

Alimentation et grossesse ... : nourrir de dires pour dire de se nourrir

Pierre-Arnaud Soncin

▶ **To cite this version:**

Pierre-Arnaud Soncin. Alimentation et grossesse ... : nourrir de dires pour dire de se nourrir. Médecine humaine et pathologie. 2012. hal-01873720

HAL Id: hal-01873720
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01873720

Submitted on 13 Sep 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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sage-femmes P. Morlanne

Alimentation et Grossesse ...

Nourrir de dires pour dire de se nourrir



Mémoire présenté et soutenu par

SONCIN Pierre-Arnaud

Promotion [2008-2012]

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sage-femmes P. Morlanne

Alimentation et Grossesse ...

Nourrir de dires pour dire de se nourrir

Mémoire présenté et soutenu par

SONCIN Pierre-Arnaud

Promotion [2008-2012]

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur.

Remerciements

À Mme BERNARD, sage-femme cadre formatrice de l'école de sage-femme de Metz, pour son aide précieuse et constante, et qui a eu foi en mon sujet dès le début de mon travail.

Au docteur BALAY VILLAUME, qui a accepté de m'orienter dans ce travail, et m'a soutenu dans sa réalisation.

À ma mère, mon frère et ma sœur, pour leur bienveillance, leur patience, et leur constance à mes côtés dans tout ce que j'entreprends.

À Amélie JALABERT, Carole WEYH, Julie CROUVIZIER, Sophia FLAUS, Stéphanie BOULIER, Mickaël RICH et Sébastien FAURE, pour leur simple présence, leurs encouragements et leur amitié si précieuse.

À toute ma promotion à laquelle je tiens et avec laquelle je suis fier d'avoir partagé ces quatre années.

Sommaire

Introduction 6

Partie 1 : L'ALIMENTATION ET LA GROSSESSE 7

A. L'ALIMENTATION : GENERALITES 8

1. Risques d'inadéquation des apports alimentaires 8
2. Les bases de l'équilibre alimentaire 8

B. L'ALIMENTATION DE LA FEMME ENCEINTE 11

1. Pourquoi une alimentation spécifique? 11
2. Les besoins spécifiques à la femme enceinte 14
3. Les déséquilibres alimentaires propres à la femme enceinte. 18
4. Surveillance clinique : la prise pondérale 20
5. Quelques troubles spécifiques. 21
6. Des aspects qualitatifs de l'alimentation à prendre en compte 22

C. **NE MANGE-T'ON QUE POUR SE NOURRIR** 24

1. Manger ou ressentir : interaction entre alimentation et psychologie 24
2. Manger pour se faire plaisir 25
3. Manger et partager 26

Partie 2 : CENT FEMMES PARTAGENT LEUR EXPÉRIENCE ALIMENTAIRE AU COURS DE LEUR GROSSESSE... 28

A. UN PROBLÈME, DES OBJECTIFS, DES HYPOTHÈSES 29

B. METHODOLOGIE 30

C. RESULTATS 31

1. Des généralités quant à l'échantillon 31
2. Suivi de grossesse 33
3. L'alimentation au cours de la grossesse 35
4. L'alimentation des femmes en pratique 44
5. Activité physique durant la grossesse 50

Partie 3 : EXPLOITATION DES RÉSULTATS ET SOLUTIONS 52

1. Des données justifiant une intervention en terme de nutrition 53
2. Modalités de l'intervention 56
3. Comment améliorer cette intervention? 7

CONCLUSION 77

BIBLIOGRAPHIE 78

ANNEXES 81

Introduction

La monarchie de l'alimentation est un système absolutiste, dont Diététique est la reine, Science et Médecine, sont les Églises, et, Plaisir et Goût, le tiers-État.

Dans cette société, des sujets se perdent dans leur alimentation, partagés entre une science omnisciente qui réduit l'aliment à ses molécules, des savoirs populaires païens, des traditions familiales, et la peste de l'excès et du hors-norme.

Les mangeurs que nous sommes, semblent aujourd'hui en difficulté avec ce geste au moins trois fois quotidien que nous accomplissons.

C'est ce que rapporte notre état santé en France, avec une situation de surpoids pour 41 % des hommes et 23,8 % des femmes, et d'obésité pour 16,1 % des hommes et 17,6 % des femmes (1, 2).

De plus, nous avons pris 3,1 kg depuis 1997, ce qui explique que notre Indice de Masse Corporel (IMC) augmente au fur et à mesure du temps, et s'empire.(3).

C'est cette évolution que nous constatons également auprès de nos patientes, lorsque nous les accompagnons durant toute leur vie génitale, et en particulier durant la grossesse : leur IMC semble de plus en plus perturbé, et beaucoup prennent du poids de manière excessive.

Or la grossesse est une période délicate où le poids, la prise de poids et l'alimentation peuvent hâter ou au contraire prévenir de certaines complications.

« Manger et bouger », « manger 5 fruits et légumes par jour », « pour notre santé, bouger plus » … Sommes-nous aussi évasifs et imprécis dans l'accompagnement des femmes enceintes dans leur alimentation?

C'est devant ces constats que j'ai choisi d'étudier l'alimentation au cours de la grossesse en me demandant « ***Comment la sage femme aborde et assure le suivi de l'équilibre nutritionnel de toute femme durant sa grossesse ? »***

Afin de cerner au mieux cette prise en charge, nous allons tout d'abord nous intéresser à l'alimentation au cours de la grossesse dans une première partie, puis nous intéresser à notre étude portant sur l'expérience alimentaire de cent femmes durant leur grossesse, pour enfin discuter de nos résultats dans une troisième partie.

Partie 1

L'alimentation et la grossesse ...

A. L'ALIMENTATION : GÉNÉRALITÉS

1. Risques d'inadéquation des apports alimentaires (4, 5)

Trente pour cent des cancers dans les pays développés, peuvent s'expliquer en partie par des facteurs nutritionnels. En particulier l'obésité qui constitue un facteur de risque majeur dans l'apparition des néoplasies colorectales, œsophagiennes, mammaires, et endométriales.

De même, les hyperlipidémies, l'hyperinsulinisme et l'insulinorésistance du sujet obèse, l'hypertension artérielle, et plus généralement le syndrome métabolique, sont des facteurs de risques majeurs de l'athérosclérose, induisant une majoration du risque cardiovasculaire.

Enfin, l'obésité abdominale, et l'insulino-résistance sont favorisées par une alimentation riche en graisses et en glucides, pauvre en légumes, en fruits, ou en poissons.

Une perte de poids de 5 à 10 %, et une adaptation des apports alimentaires seraient suffisantes pour améliorer la sensibilité à l'insuline chez de tels sujets, et réduire les risques suscités.

➨*On peut donc facilement comprendre l'importance de l'équilibre alimentaire dans la prévention de telles maladies.*

2. Les bases de l'équilibre alimentaire

Comment comprendre l'expression «équilibre »?

Parle-t-on d'une dimension juste de satiété, de plaisir, de quantité ni insuffisante ni excédentaire, ou est-ce une question du choix de ses aliments?

Peut-on trouver un compromis dans ces dimensions alimentaires et parler d'alimentation « optimale »?

Cette alimentation optimale, comprendrait l'ingestion de macronutriments, micronutriments, et d'eau.

2.1. Apports en macronutriment

Les macronutriments constituent la source d'énergie métabolisable par l'organisme.

Ce sont : les glucides, les lipides, et les protéines.

2.1.a. Apports en glucides (7, 8, 11)

- Nature chimique des glucides

Les glucides sont composés de molécules d'oses. Ils se différencient notamment par le nombre de molécules qui les composent.

On distingue ainsi les **sucres rapides,** rapidement absorbés et métabolisés. Ils provoquent une hyperglycémie rapide, ainsi qu'une réponse insulinique immédiate.

Ils s'opposent aux **sucres lents**, dont l'absorption et le métabolisme sont plus longs.

- L'index glycémique

Le glucose est utilisé comme glucide de référence pour définir le pouvoir hyperglycémiant d'un aliment : on parle **d'index glycémique**. Cet index varie selon les propriétés de l'aliment en question et le type de sucre qu'il contient.

- Besoins glucidiques

Ils doivent représenter **50 à 55% des apports énergétiques totaux.**

Un apport glucidique excessif engendre un gain pondéral important.

L'apport en glucides doit faire **préférer** des aliments à **index glycémique bas ou modéré.**

Ainsi, on recommande de **limiter :**

–le « sucre » et les aliments sucrés (chocolat, biscuit, pâtisseries, ...)

–les aliments à amidon raffiné ou farine blanche (pain blanc, pâtes blanches, ...)

–les pommes de terre cuites à haute température (frites, chips, ...), souvent imprégnées de graisses et dont la cuisson modifie les propriétés nutritionnelles, conférant à leur amidon un index glycémique élevé.

2.1.b. Apports en lipides (7, 8, 11)

- Nature chimique des lipides

Ils sont constitués d'unités de base ou **acides gras** dont le type et la nomenclature dépendent de la nature des liaisons chimiques au sein de la molécule.

Ils possèdent une forme de stockage, le **triglycéride**, qui représente l'essentiel de l'apport lipidique par l'alimentation.

On retient une forte diversité des propriétés physico-chimique des triglycérides.

Ainsi plus un aliment contient d'acides gras saturés, plus il sera solide, et résistant aux hautes températures.

Rôles des lipides

Ils ont bien sûr une fonction énergétique essentielle, et interviennent notamment dans **la constitution des membranes cellulaires, et l'inflammation.**

De plus, les acides gras poly-insaturés oméga 3 présentent des rôles propres : ils participent, en co-action avec les acides gras oméga 6, au développement cérébral et rétinien, ont un rôle antidépresseur et antiagrégant.

Besoins

Ils sont de **35 à 40 %** de la ration énergétique totale, dans la population générale.

Une alimentation optimale doit comporter **le moins possible :**

– de graisses cuites à **forte température** (engendrant des composés toxiques)

–de graisses **saturées** animales, et de graisses de conformation atomique **« trans »** (dans certaines margarines, chips, biscuits et viennoiseries, ...).

–d'aliments riches en **graisses « cachées »** (mauvaise une qualité nutritionnelle)

Enfin, les **acides gras essentiels** doivent être apportés en quantité suffisante, comme l'acide eicosapentaénoïque, et l'acide docosapentaénoïque, dits omégas 3.

2.1.c. Apports en protéines (8, 11)

Nature chimique des protéines

Les protéines sont constituées d'acides aminés, liés par des liaisons peptidiques.

Rôles des protéines

Elles sont essentielles dans les fonctions métaboliques de l'organisme.

Besoins

Un apport suffisant en protéines, est fourni par moins de 100 grammes de viande au quotidien.

Ces besoins sont couverts par la consommation de protéines animales (produits laitiers, œufs, viandes, poissons, ...), et de protéines végétales (pain, céréales, légumes secs, pommes de terre, ...).

2.2. Apports en micronutriments (8)

Ils représentent la portion non énergétique de l'alimentation, et correspondent aux vitamines, minéraux et oligoéléments.

Leur importance découle de leur forte utilisation métabolique, et seule une alimentation « optimale », variée et suffisante, est garante de leurs apports.

Les vitamines jouent principalement d'importants rôles de cofacteurs enzymatiques, à divers étages métaboliques. Elles sont principalement issues d'apport exogènes, hormis les vitamines K et D. La première est synthétisée par la flore intestinale saprophyte, (avec une contribution hépatique), et la seconde par métabolisme cutané (sous l'action solaire), ou rénal.

Type de vitamine	Propriétés	Sources globales	Stockage
A, D, E, K	Liposolubles	Animales et Graisses végétales	Oui
C, B1, B2, B3, B6, B9, B12	Hydrosolubles	Quasi totalité des aliments	Non

Quant aux minéraux et oligoéléments, une vingtaine minéraux est essentielle chez l'Homme : des minéraux majeurs dit macroéléments tels que le calcium, le magnésium ou le sodium , ainsi que des oligoéléments ou éléments en trace (fer, zinc, cuivre, fluor ou iode).

2.3. Eaux et boissons (8, 11)

On considère que l'eau représente environ 60% de la masse corporelle, cette part augmente avec la masse musculaire, et diminue avec le tissu adipeux.

Les déperditions aqueuses engendrent un besoin de 2 litres d'eau par jour.

Cette eau est apportée par :

- les eaux de boissons, 1litre à 1,5 litre par jour,
- l'eau des aliments, 0,5 à 1,1 litre par jour,
- des eaux « de synthèse métabolique », 120 ml par jour.

B. L'ALIMENTATION DE LA FEMME ENCEINTE.

1. Pourquoi une alimentation spécifique?

1.1 Les besoins énergétiques spécifiques (6)

En 1971, Hytten et Leitch ont établi un budget énergétique moyen, propre à la grossesse, en se basant sur la somme des éléments fœtaux, annexiels, tissulaires et métaboliques. Ces besoins spécifiques correspondent à 67 253 kcal, ramenés à environ 240kcal/jour.

Fœtus			
Lipides	477 g		5 263 kcal
Protéines	409		2 871
Placenta			
Lipides	4		48
Protéines	98		695
Tissus maternels			
Lipides	34		360
Protéines	360		2 512
		Sous total	11 749
			≈ 42 kcal/j
Augmentation du MB			30 145
Masse grasse	2 300		25 359
		Total	67 253
			≈ 240 kcal/j

D'après Hytten & Leitch, 1971

I.B.1.1 analyse de Hytten et Leitch

source : J.L BRESSON « Nutrition de la conception à l'enfance : certitudes et perspectives » (6)

Bien que non représentative de la dynamique et du rythme de la grossesse, cette étude fonde les bases quantitatives et qualitatives de l'investissement énergétique de la grossesse. Il est aujourd'hui possible de préciser ces aspects.

Les besoins qualitatif (6,7)

Le tableau suivant consigne la nature des dépenses spécifiques à la grossesse :

Pôle de dépense	Activité	Source énergétique maternelles
Placenta	élaboration et métabolisme propre (échanges materno-fœtaux, synthèse.)	glucose
Fœtus	croissance foetale	accumulation et oxydation de glycoprotéines
	constitution de la masse grasse (3 ème trimestre)	accumulation de glycogène et de triglycérides
Organisme maternel	augmentation des dépenses de base.	Alimentaires diverses
	augmentation de la masse grasse	

On notera que les **dépenses de base** du métabolisme maternel sont variables : en effet, chez des femmes "*energy profilgate*" (6) cette dépense augmente dès les premiers mois de grossesse, contrairement à d'autres femmes plus "économes", chez qui cette dépense s'infléchit jusqu'à la vingtième semaine, puis commence à augmenter légèrement.

Cette augmentation du métabolisme de base est proportionnelle à la masse adipeuse avant la grossesse, ainsi qu'à la prise de poids au cours de la grossesse.

Les dépenses de base sont par conséquent, plus importantes chez les femmes ayant un IMC plus élevé, ou une prise de poids plus importante pendant la grossesse.

Les besoins quantitatif (8,9)

L'alimentation doit, en fait, évoluer au cours de la grossesse avec des apports que l'on peut estimer à :

- 2000 Kcal/j au cours du premier trimestre (sans modification)
- 2100 à 2200 Kcal/j au second trimestre
- 2350 à 2500 Kcal/j au troisième trimestre

Ces apports adaptés en vue de l'augmentation du coût énergétique de la grossesse, concernent des femmes en bonne santé, et de poids stable avant la grossesse, avec un IMC normal.

Ainsi, pour une femme obèse, on pourrait limiter l'apport à 1600 K cal/jour, en évitant des apports inférieurs, en raison du risque d'hypotrophie fœtale.

Dans le cadre d'un excès pondéral moyen, on pourrait limiter les apports à 1800 voire 2000 K cal/jour.

- *L'investissement énergétique important et rythmé de la grossesse, par ses différents pôles budgétaires doit pouvoir être équilibré par un apport d'énergie adapté.*

- *Or, l'alimentation représentant un aspect essentiel de cet apport, son traitement métabolique se voit inclus dans des modifications de l'organisme maternel, en vue de potentialiser le développement fœtal.*

1.2 Les modifications métaboliques de l'organisme maternel (8,10)

Le **métabolisme du glucose**, se voit modifié tout au long de la grossesse :

–Dès le premier trimestre, une hyperinsulinémie favorise l'anabolisme glucidique.

–Une baisse de la sensibilité à l'insuline, croît au niveau périphérique, altérant son action biologique, et élevant son taux de sécrétion .

Il en découle une situation d'**intolérance physiologique au glucose**, marquée par une hyperglycémie postprandiale plus longue et plus importante.

Les tissus maternels adipeux et squelettiques réduisent leur consommation de glucose, afin de **l'orienter vers les tissus fœto-placentaires.**

On comprend donc le risque de diabète gestationnel, (indépendamment de tout facteur de risque supplémentaire) de par l'insulinémie augmentée, l'hyperglycémie postprandiale caractéristique, et l'intolérance relative au glucose.

Au cours des **deux premiers trimestres de grossesse,** un anabolisme lipidique très actif et une augmentation physiologique de l'appétit, provoquent une **accumulation de réserves énergétiques.**

Au **troisième trimestre, par contre, c'est un processus de catabolisme** des graisses qui mobilise ces réserves pour subvenir à la croissance fœtale accélérée.

On notera enfin que l'activité intestinale est modifiée pour être potentialisée, puisqu'il y a une **augmentation des capacités d 'absorption de l'intestin**, afin de prévenir les carences maternelles dues au transfert actif des nutriments vers le fœtus.

Une « alimentation spécifique » répond en fait à des besoins énergétiques particuliers, afin de mener à bien la grossesse.

Mais on peut se demander ce que représentent ces besoins en terme de substrats alimentaires.

2. Les besoins spécifiques à la femme enceinte

2.1. Les besoins nutritionnels spécifiques en terme de macronutriments

2.1.a. Les glucides (7, 8, 12, 13, 14)

Ils doivent représenter l'apport calorique majeur, **50 à 55 % de la ration énergétique** (soit environ **300g/jour** en fin de grossesse).

Quant aux types de glucides consommés, un maximum de **10% de sucres rapides** doit être apporté, afin d'éviter les malaises hypoglycémiques ainsi qu'un gain pondéral trop important. **Les sucres lents ou polysaccharides** doivent être **privilégiés** (féculents et pain par exemple).

2.1.b. Les lipides (7, 8, 12, 13, 14)

Quantitativement, ils doivent représenter 30% de la ration calorique de la femme enceinte, soit environ 70 à 80 g/j , sans dépasser 90 g/j .

L'équilibre entre apport d'oméga 3 et apport d'oméga 6 est également nécessaire à un développement cérébral fœtal optimum, surtout lors de l'organogénèse du premier trimestre.

2.1.c. Les protéines (7, 8, 13, 14)

Leur apport représente 20% de la ration calorique de la femme enceinte, dont au moins 50% d'origine animale (par leur richesse en acides aminés indispensables.)

Soit au total **70 à 80 grammes par jour au premier trimestre,** majorés à **80 à 100 g/j au second et troisième trimestre (**avec l'accélération de la croissance fœtale).

Cet apport étant largement couvert par des apports moyens, il n'y a aucune recommandation de supplémentation.

Les protéines contribuent à édifier le fœtus et ses annexes. Il faut donc veiller à un apport parfaitement adapté à certaines situations telles le végétalisme ou végétarisme, la grossesse gémellaire ou encore la grossesse chez l'adolescente (en raison de la croissance maternelle encore inachevée.).

2.2. Les besoins nutritionnels spécifiques en terme de micronutriments

Il faut surtout évoquer les éléments nécessitant des précautions durant la grossesse, sans oublier l'importance de toutes les vitamines et de tous les oligoéléments . (voir en annexe A)

2.2.a. Les vitamines :

La vitamine B9 ou folates. (7, 8, 14)

➢Les besoins de la femme enceinte en folates :

Ils sont augmentés durant la grossesse, et sont estimés à **400 µg/ jour.**

Ils peuvent aisément être fournis par une alimentation variée et équilibrée (voir en annexe C), mais il est recommandé d'en prescrire à toute femme ayant un projet d'enfant, et ce dès l'arrêt de la contraception. En fait, au delà de l'apport quotidien, la notion de **réserve pré-conceptionnelle** est importante.

Dans certaines « situations à risque » (adolescence, grossesse gémellaire, multiparité, dénutrition, consommation de tabac ou d'alcool, ou prise de contraception œstroprogestative, d'antibiotiques, d'antipaludéens, d'anticonvulsifs, …), la quantité de vitamine B9 stockée peut être insuffisante, ce qui peut induire des complications essentiellement fœtales.

➢Supplémentation de la femme enceinte en folates :

Le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) (14) recommande :

Femmes cibles	période	posologie
Toutes	Pré-conceptionnelle	100 à 200 µg/j (ou augmentation des apports alimentaires)
	début de grossesse	
Anémiées par carence en folate	Jusqu'à correction	1mg/j.
Situation à risque de carence	grossesse	
Antécédent d'anomalie de fermeture du tube neural.	grossesse	4 à 5mg/j
Antécédent de fente labio-palatine.	grossesse	10mg/j

La Direction générale de la santé recommande depuis août 2000 (8) de :

–sensibiliser **toute femme en âge de procréer** à la consommation de folates

–supplémenter **4 semaines avant la conception, jusqu'à 8 semaines après, d**e 0,4mg/j d'acide folique toute femme sans antécédent particulier.

– supplémenter sur le même schéma de 5mg par jour en cas d'anomalie de fermeture du tube neural, ou de traitement antiépileptique.

Les besoins spécifiques en vitamine D (7, 8, 14, 17, 18)

Elle est essentielle à la minéralisation osseuse et à l'absorption du calcium.

Une carence a clairement été mise en cause dans les hypocalcémies néonatales, le rachitisme, et les déperditions calciques maternelles.

On sait que sa synthèse endogène, source majoritaire, dépend des rayons solaires.

En fin de grossesse la consommation de la réserve maternelle en vitamine D, justifie une prescription d'une **dose unique de 100 000 UI de vitamine D au début du septième mois de grossesse. (surtout en hiver ou au début du printemps).**

Précisions quant à la vitamine A (8, 14, 17).

L'hypervitaminose A semble avoir des effets tératogènes, et d'une manière générale, le stock hépatique du fœtus reste sensiblement proche d'une grossesse à une autre, quel que soit le statut vitaminique maternel.

Il n'y a donc **aucune indication de supplémentation** en France.

2.2.b. Les besoins en minéraux et oligoéléments

Le calcium (7, 8, 14, 15),

Durant la grossesse, les besoins sont accrus afin d'élaborer le squelette de l'enfant. Ils sont estimés à 750 à 1100 mg par jour.

Ils ne nécessitent **pas de supplémentation**, mais un apport de produits laitiers suffisants (au moins 3 par jour), d'eaux minérales riches en calcium, de fruits et de légumes.

Le fer (7, 8, 14).

Les besoins en fer de la femme enceinte, sont majorés, du fait de l'augmentation de la masse des érythrocytes, de la croissance fœtale, et du développement placentaire.

Ces pôles d'investissement martiaux représentent environ 850 mg, et sont estimés à 10 à 15 mg par jour , voire 30 mg par jour au troisième trimestre.

On estime qu'un **stock en fer** supérieur ou égal à 500mg, est nécessaire **avant la grossesse**. Un apport alimentaire en fer est donc important . (voir en annexe D)

Quant à une éventuelle supplémentation, elle n'est indiquée qu'en cas **d'anémie par carence martiale**, définie par une hémoglobinémie inférieure ou égale à 11g/dl et un taux d'hématocrite inférieur à 32% .

On prescrira alors 30 à 60 mg/j de fer jusqu'à correction de l'anémie.

Précisions quant à l'iode(7, 8, 14)

L'iode permet entre autres la synthèse des hormones thyroïdiennes maternelles et fœtales, influençant ainsi la croissance et le développement cérébral de l'enfant.

La grossesse et la lactation majorent les besoins en iode de 50 microgrammes par jour chez la femme, les menant à 150 à 200 microgrammes par jour.

On comprend alors les risques d'apparitions et de majoration de déficiences thyroïdiennes, d'autant que depuis 1985, l'ETA (European Thyroid Association) classifie la France comme pays à problème de goitre endémique..

C'est pourquoi :

– des cas d'antécédents de déficiences légères à modérées, justifient des **conseils nutritionnels** quant aux aliments riches en iode,

– des **situations de risque de carence avérée**, induisent une supplémentation iodée de l'ordre de 100 à 150 microgrammes par jour sous forme médicamenteuse

2.3. Les besoins en eaux et boissons (7, 8, 15)

Les besoins en eau de la femme enceinte sont majorés de 500 ml, impliquant au total 2,5 litres d'eau quotidiens dont 1 litre à 1,5 litres issus de l'eau des boissons.

Un apport aqueux suffisant , favorise le transit et évite la concentration urinaire, source de lithiases et d'infections urinaires.

Les apports hydriques sont plutôt recommandés sous forme d'eau, de soupes, de tisanes mais doivent être limités pour ce qui concerne les boissons sucrées, ou le café et le thé, ces deux derniers limitant l'absorption intestinale du fer (s'ils sont consommés au cours du repas.)

Ces besoins assez précis sont toutefois à adapter à chaque femme.

En cas d'apports déséquilibrés, on peut se demander quels risques encourrait la femme enceinte.

3. Les déséquilibres alimentaires propres à la femme enceinte

Ils consistent en des carences, ou des excès d'apports, et chaque situation engendre des risques spécifiques.

3.1. Les carences (14)

D'un point de vue général, le jeûne est mal toléré par la femme enceinte, et engendre une augmentation des corps cétoniques synthétisés, délétères pour le développement cérébral de l'enfant.

En ce qui concerne les macronutriments, des carences d'apports en lipides oméga 3 altèrent le développement cérébral fœtal, surtout lors de l'organogénèse .

Une insuffisance d'apports protéiques augmente le risque de faible poids de naissance pour l'enfant.

Pour ce qui est des micronutriments, un déficit maternel en folates du 14ème au 21ème jour de grossesse peut engendrer une anomalie de la fermeture du tube neural, comme une spina-bifida ou anencéphalie. Cette carence est aussi mise en cause en cas de prématurité ou d'autres malformations.

D'autre part, des carences iodées peuvent avoir des conséquences thyroïdiennes pour la mère et le foetus, et perturber le développement cérébral de celui-ci.

Une carence en vitamine D est mise en cause dans les hypocalcémies néonatales, le rachitisme, et les déperditions calciques maternelles

3.2. Les excès (28, 30, 31)

Un excès d'apports alimentaires au cours de la grossesse, se répercute cliniquement par une prise de poids excessive, avec une majoration des risques :

– de complications vasculaires maternelles (hypertension artérielle gravidique, ou pré-éclampsie)

– d'allongement de la durée du travail et du taux de césariennes en cours de travail.

– d'augmentation du taux d'extractions instrumentales

– de macrosomies fœtales, par hyperglycémie maternelle

– de surpoids persistant en post-partum plusieurs mois après l'accouchement.

Cette situation est à différencier d'un surpoids ou d'une obésité pré-existants, dont les conséquences sont plus graves, au point d'en faire une grossesse à risque .

Une prise en charge multidisciplinaire est alors nécessaire. Il est recommandé de proposer une réduction pondérale aux femmes ayant un projet de grossesse. Par ailleurs, le CNGOF recommande chez les patientes avec un IMC supérieur à 25, de dépister le diabète gestationnel par hyperglycémie orale provoquée. Prise de poids modérée et activité physique maintenue seront préconisées avec un accompagnement hygiéno-diététique renforcé.

Il semble donc que la surveillance pondérale durant la grossesse soit un moyen de surveillance adapté aux manifestations de ces déséquilibres nutritionnels.

4. Surveillance clinique : la prise pondérale.

Facteur de culpabilité chez certaines patientes, qui parlent de « l'épreuve de la balance », le suivi pondéral est pourtant essentiel au cours de la grossesse.

Recommandations de l'Institute Of Medicine (IOM) (Etats-Unis) (28, 32)

Depuis les années 1990, l'IOM a su corréler le poids de départ des patientes à la prise de poids optimale en considérant leur IMC initial.

Fixés par des études de mortalité fœtale, de prématurité et du poids de naissance, ces chiffres révèlent des prises de poids qui peuvent aller de 7 à 18 kg. Comme l'indique le tableau suivant :

IMC antérieur à la grossesse	Prise de poids recommandée
moins de 19,8	12,5 à 18
19,8 à 26	11,5 à 16
26 à 29	7 à 11,5
supérieur à 29	7

I.D.3.1.a. Recommandation de prise de poids durant la grossesse, selon l'IOM

On note que le gain pondéral varie selon le morphotype des patientes.

D'un point de vue dynamique, l'Institut National pour la Prévention et l'Education à la Santé (INPES) (16), décrit une prise de poids de 4 à 5 kg pour la première moitié de la grossesse, et de 1 à 2 kg par mois en fin de grossesse, du fait de l'accélération de la croissance foetale.

En cas de prise de poids excessive, au cours de la grossesse, on limitera la prise de poids de 1 à 1,5 kg par mois durant tout le dernier trimestre. (33)

- *Il apparaît donc nécessaire d'adapter les conseils diététiques aux patientes et à leur prise de poids.*
- *Ces conseils peuvent également concerner quelques troubles digestifs propres à la femme enceinte...*

5. Quelques troubles spécifiques (15, 31)

La grossesse s'accompagne bien souvent de « signes sympathiques de grossesse », qui peuvent troubler les prises alimentaires. Il est possible de les résoudre ou de les apaiser :

- Les nausées et les vomissements

Généralement modérés, bénins, et fréquents en début de grossesse, ils sont à surveiller. On peut craindre une prise pondérale trop minimale et des carences en micronutriments.

Plus rarement, en cas de déshydratation ou de dénutrition, induite par les vomissements, une prise en charge plus spécifique s'impose en milieu hospitalier.

Les nausées sont souvent dues au jeûne nocturne, mais d'autres étiologies sont envisageables : des facteurs psychologiques, la répression partielle du péristaltisme, ou encore la béance sphinctérienne du cardia.

En réponse à ce symptôme on peut conseiller à la patiente

– de consommer plus glucides complexes au dîner (pour une glycémie nocturne stable)

– d'éviter la consommation de produits gras le soir (favorisant le relâchement du cardia)

– de fractionner son alimentation sur la journée (moins de volumes, mais plus fréquents)

- Le pyrosis est également fréquent et est notamment dû à la béance du cardia. Il est conseillé aux patientes qui en souffrent de fractionner les repas, de bien mâcher les prises alimentaires, et d'éviter les aliments trop gras. La position couchée peu après le repas favorise cette sensation.

- La constipation, est caractéristique, et peut s'accompagner de crises hémorroïdaires.

Dans ce cas, il faut veiller à un apport en fibres, à une hydratation suffisante pour faciliter l'exonération, et à une activité physique d'au moins 30 minutes de marche par jour, afin de solliciter le péristaltisme, physiologiquement altéré.

D'un point de vue général, il est donc recommandé d'effectuer de prendre 3 repas par jour, enrichis d'une ou de deux collations durant la journée, entre le repas du matin et du midi, ou du midi et du soir (afin d'assurer un apport glycémique constant). (voir annexe B)

A cet effet, les collations doivent consister en : des sucres lents, comme deux tranches de pain ou une barre céréalière), avec éventuellement un fruit, ou un produit laitier, (selon les

consommations aux autres repas).

On espère ainsi neutraliser les fringales ou sensations de faim brutales. C'est aussi l'occasion de corriger ou de prévenir des fréquences de prises alimentaires irrégulières et désorganisées (grignotages), vectrices de prise de poids excessive.

➨*Outre ces prudences envers l'appareil digestif de la femme enceinte, une prudence quant à la nature et aux conditionnements de certaines substances sont à relever.*

6 Des aspects qualitatifs de l'alimentation à prendre en compte

6.1. Prévention du risque microbien et parasitaire.

6.1.a. Mesures générales (16)

De simples règles d'hygiènes sont à rappeler afin de prévenir au mieux certains risques microbiens et parasitaires : il s'agit de :

–se laver soigneusement les mains plusieurs fois par jour, après avoir manipulé des aliments, été aux toilettes, après les changes aux enfants, le jardinage, le contact avec des animaux, ou des objets souillés (par la terre, ou du sable).

–Bien laver les crudités, et les ustensiles utilisés pour leur préparation

–Quant à la conservation des aliments au réfrigérateur, il faut disposer d'une température de réfrigération de 4°C, afin de ralentir la prolifération microbienne, avec un réfrigérateur régulièrement nettoyé, puis rincé et désinfecté .

Il faut aussi consommer rapidement les restes, dans les 2 ou 3 jours.

–Un autre point concerne les œufs, qui peuvent être vecteurs de salmonelles. Les préparations issues d'œufs crus ou à la coque doivent être consommées immédiatement et élaborées avec des œufs d'origine connue.

A défaut, les consommer bien cuits, ou acheter des préparations du commerce, prévues pour limiter la multiplication bactérienne (notamment les mayonnaises)

6.1.b. Prévention de la listériose

Cette pathologie rare peut entraîner **un avortement spontané, une mort fœtale in utéro, un accouchement prématuré, ou encore la mort de l'enfant.**

Elle est due à une bactérie, *Listeria Monocytogenes*, présente dans le sol, la végétation

et l'eau, qui est capable de se multiplier à 4°C mais qui est sensible à la chaleur.

Ainsi, l'éviter, revient à ne pas consommer d'aliments sans cuisson après une longue conservation au réfrigérateur, soient :

–Les fromages à pâtes molles à croûte fleurie, (brie, camembert), à croûte lavée, et surtout ceux au lait cru . (La croûte de tous les fromages doit être retirée.)

–Les produits de charcuterie consommés sans cuisson ou recuisson avant consommation, comme les rillettes, le foie gras, les pâtés et les produits en gelée.

–Les aliments d'origine animale, consommés crus ou peu cuits. (viandes, coquillages, poissons crus ou fumés.)

6.1.c. Prévention de la toxoplasmose (16)

La toxoplasmose congénitale, est responsable de fœtopathies oculaires ou nerveuses. Elle est due au *toxoplasma gondii,* qui se loge au sein des fibres musculaires animales sous forme kystique, où se retrouve dans les crudités souillées par la terre et mal lavées.

Cette bactérie peut être éliminée par la cuisson de la viande ou de l'aliment à plus de 68°C (viande non « rouge »), ou par la congélation de l'aliment à moins 18°C.

Ainsi, pour une patiente non immunisée contre la toxoplasmose en début de grossesse, il est recommandé d'éviter toute viande crue, peu cuite, ainsi que les végétaux ayant été au contact de la terre, si ceux-ci sont mal lavés.

6.2. Les substances toxiques à bannir … ou à limiter (16)

La caféine, présente dans un certain nombre de boissons tels que le thé, le café, ou certains sodas ne présente pas d'effet réellement toxique ou néfaste.

Mais une consommation supérieure à 5 tasses de café ou 3 litres de cola par jour, semble pouvoir induire des troubles du rythme cardiaque fœtal (résolutifs à court terme).

Il faut rappeler la nécessité de consommation nulle d'alcool au cours de toute la grossesse, en raison de la diversité d'atteintes de fœtus soumis à ce produit, et de l'absence de seuil minimal de risque .

C. NE MANGE-T'ON QUE POUR SE NOURRIR ?

La connaissance des besoins nutritifs spécifiques de la femme enceinte en terme d'aliments suffit-elle à pouvoir accompagner une patiente dans son alimentation ?

Ne mange t'on que pour se nourrir ?

« Manger » semble en fait ne pas se limiter à son simple sens nutritif, et inclut donc plusieurs sens...

1. Manger ou ressentir : interaction entre alimentation et psychologie

1.1. Dès le début de la vie...(20, 21)

Pour le nourrisson, manger est plaisir, et le plaisir oral est la principale source de son développement. C'est l'acte nourricier en lui même qui permet l'élaboration de l'affect, du soi, et de la société (ou du non-soi). Et ainsi, se nourrir est **établir une relation à l'autre, grâce à la mère** par la nourriture qu'elle administre.

De plus, lorsque le bol alimentaire passe dans son tube digestif, c'est **son propre corps** qu'il explore de l'intérieur : il se découvre et découvre également « l'épreuve digestive », tout ceci à travers l'autre, qu'est la mère.

1.2. Tout au long de la vie …(21, 22, 23)

La psychologie du mangeur, sans se rompre des liens évidents avec sa mère et le début de son enfance, s'enrichit, et peut s'articuler en plusieurs concepts :

–Le principe d'incorporation

C'est une « pensée magique » : ce qui est incorporé, passe de corps étranger, à composant du corps du mangeur. « Je mange, donc je suis » ou « Je deviens ce que je mange », exemple : « Je mange gras, donc je suis gras » .

En mangeant, on se nourrit et s'approprie « les caractéristiques de l'aliment en absorbant ses qualités symboliques ».

–L'angoisse du mangeur

Aujourd'hui, le mangeur se confronte à un désarroi « ce qui est bon au goût » ne le serait pas forcément pour le corps. Faudrait-il se méfier du fait de se nourrir ? Faut-il dissocier une « sphère orale » (le goût), d'une sphère diététique ou médicale, et donc d'une sphère sociale (le repas et sa convivialité) ?

–Les troubles alimentaires du mangeur

En considérant l'impact émotionnel et social qu'est celui de manger, il faut envisager que le parcours digestif puisse être atteint de « ratages ». Ces ratages peuvent être somatiques avec des rétentions, blocages, lourdeurs, aigreurs, ou bien psychiques (stress, angoisse) voire psychanalytiques.

On retient par exemple l'anorexie, qui remet en cause le rapport à la mère, les viscères du mangeur rejettent alors le corps maternel nourricier, bienveillant et en même temps destructeur.

➨*Tout ce versant psychologique est à coupler avec un ressenti somatique ou plaisir.*

2. Manger pour se faire plaisir.

2.1. Le plaisir gustatif (20, 24)

D'un point de vue **physiologique**, le plaisir dépend du système dopaminergique, qui stimule le cortex pré frontal, et engendre désir, plaisir ou encore satiété.

La philosophie, quant à elle, oppose la sagesse au plaisir alimentaire. La dépendance et la servitude que celui-ci pourrait engendrer, s'opposent à l''autonomie et de contrôle de soi. Le salut de l'épicurien serait alors la vertu, qui pourrait protéger le mangeur des excès, et dissocier les bons des mauvais plaisirs...

Quant à la **culture gastronomique française**, le goût en serait le but principal au service du plaisir : « si le corps de l'homme est sain, toutes les choses qui lui ont meilleure saveur à la bouche, mieux le nourrissent. »(24).

De plus, on connait l'appétence naturelle du nouveau né pour le goût sucré ; c'est la part innée du gustatif, qui composera avec un acquis ultérieur. L'apprentisage, et ses ressentis conditionneront un **goût POUR l'aliment qu'il faut distinguer du goût DE l'aliment. (20)**

Enfin, le plaisir gustatif présente une valeur sociale fondamentale: le partage de ce

plaisir unit les Hommes autour de la table, engendrant la convivialité du repas.

2.2. Le plaisir, allié ou ennemi ?(20, 23)

L' « Organisation Mondiale de la Santé » (OMS) inscrit le plaisir au sein de la santé. Ces deux concepts seraient à associer **tant que le plaisir se différencie de l'excès, et serait même nécessaire à l'épanouissement personnel.**

Malgré cela, les mangeurs envisagent le plaisir comme une menace, sous le joug de la médecine et de la diététique actuelles qui ont **tendance à vouloir rationaliser l'aliment**.

Or un produit, qui doit être associé à d'autres, cuisiné pour devenir un plat, et ordonné pour composé un repas, se limiterait-il à ses simples apports nutritifs ?

Ces sciences, avec l'insatisfaction du présent et la peur de l'avenir alimentaire tendraient donc à **diaboliser les aliments plaisir.**

➔*Ainsi, qu'il soit entendu comme un élément fondateur de soi ou comme une personnification maligne, le plaisir, essentiel, s'associe au partage de l'aliment.*

3. Manger et partager

3.1. La sociologie de l'alimentation (22,25)

Au delà de la convivialité , la place sociale de l'alimentation s'articule autour de modèles alimentaires. Des valeurs sociales et techniques, qui rattachent l'être humain à son milieu, son identité, mais aussi à son statut social, et à tout un héritage de connaissances techniques de sélection, et de préparation culinaire.

Il y a donc des enjeux identitaires, avec charge importante de la société et de la culture sur « l'identité alimentaire ». Or des **tendances à l'individualisation des comportements émergent.**

A l'origine de ce phénomène, une déritualisation de l'alimentation qui s'aggrave de par une baisse des influences religieuses, morales et généralement sociales.

3.2. Ce que « faire à manger » veut dire (26)

Les habitudes de l'enfance, du cadre familial qui s'y rattachent, les modalités des relations entre les membres de la famille, le cheminement acquis, le cadre social, l'état psychologique, … tant d'influences du comportement alimentaire de chacun qui conditionnent

également la manière de « faire à manger ».

Cuisiner est donc « *une pratique élémentaire humble, obstinée et répétée […] enracinée dans le tissus des relations aux autres et à soi-même, marquée par le roman familial, et l'histoire de chacune, solidaire des souvenirs d'enfance* » (26). C'est un savoir faire qui se transmet, en plus de subvenir aux besoins vitaux des mangeurs.

Le cuisinier ou la cuisinière pourra s'affirmer et démontrer son identité sociale.

- *Il faut donc retenir l'aspect psychologique, sensoriel, et social de l'alimentation, qui, couronné d'une épidémiologie inquiétante, compose avec la délicatesse de la grossesse.*

* * *

Parce qu'on ne mange pas que pour se nourrir, accompagner une femme enceinte dans son alimentation au cours de la grossesse est un sujet complexe, qui relève de l'éducation nutritionnelle.

La grossesse est en effet un moment adapté pour aborder ce sujet, et la sage femme constitue donc un interlocuteur privilégié. (24, 33, 35, 36)

Ce sont ses qualités d'empathie, d'ouverture d'esprit, de mise en confiance, de pédagogie : qui assureront « l'interaction personnalisée » (21, 35, 36, 37)

L'importance de l'accompagnement spécifique des femmes a un enjeu double : en plus d'un déroulement optimal de la grossesse : il est important qu'elles aussi véhiculent des concepts favorables à la santé. A ce sujet, elles constituent un destinataire délicat pour des raisons personnelles, mais aussi socio-familiales (21, 35, 36)

- *On peut donc se demander comment les femmes sont réellement informées du point de vue pratique...*

Partie 2

Cent femmes partagent leur expérience alimentaire durant la grossesse…

A. UN PROBLÈME, DES OBJECTIFS, DES HYPOTHÈSES

Avec la responsabilité de cette vie en elle, les éventuels désagréments ou pathologies de sa grossesse, la femme devrait s'alimenter de manière optimale, au risque de se heurter aux sciences qui régissent ce domaine...

On peut donc se demander, comment l'alimentation est vécue pendant la grossesse.

Il semble évident qu'un médiateur entre santé, grossesse, plaisir, et maternité a un rôle essentiel à assurer ...Et, n'est-ce pas justement un aspect de la profession de sage-femme que de s'intéresser à un tel accompagnement ?

C'est en regard de toutes ces questions que j'ai choisi de traiter de l'alimentation pendant la grossesse, avec la problématique suivante :

« ***Comment la sage femme aborde et assure le suivi de l'équilibre nutritionnel de toute femme durant sa grossesse ? »***

- Objectifs du mémoire :

Mon objectif principal est de « Réaliser un état des lieux quant aux modalités de l'échange offert aux gestantes autour de l'alimentation » (Objectif 1).

Mes objectifs secondaires, sont de montrer que l'abord de l'alimentation au cours de la grossesse est une réelle nécessité et justifie une prise en charge pertinente des patientes par les professionnels de santé (Objectif 2)

Puis, d'analyser le rôle joué par la sage-femme dans la nutrition de la femme enceinte (Objectif 3)

Et enfin, de proposer aux professionnels de consultation, un guide simple, afin d'aborder naturellement la question de la nutrition avec toute femme, et de l'accompagner selon son habitus. (Objectif 4)

- Hypothèses de base:

1. L'abord des habitudes alimentaires n'est pas systématique, ou n'est effectué qu'une fois, sans récurrence au fur et à mesure du suivi de grossesse.

2. Les échanges autour de la nutrition, et les conseils délivrés par le professionnel ne sont pas effectués de manière optimale, car tous les outils de communication à disposition ne sont pas toujours exploités.
3. Les échanges autour de la nutrition , et les conseils délivrés par le professionnel ne sont pas ciblés.
4. Le plaisir alimentaire occupe une place secondaire dans les discussions autour de l'alimentation.
5. La sage-femme est un interlocuteur privilégié dans le cadre de l'accompagnement nutritionnel.

B. MÉTHODOLOGIE

L'étude a été menée au niveau du CHR Metz-Thionville (Maternités Bel Air de Thionville, et Hôpital Maternité de Metz), établissement public de niveau IIb, qui offre une population large et nombreuse.

Un questionnaire a été distribué aux patientes sans critères d'exclusion. (voir annexe E)

Après leur avoir expliqué le sujet et les objectifs de mon mémoire, je leur ai laissé jusqu'au lendemain pour remplir ce questionnaire .

Cent trente questionnaires ont été distribués, et 100 récupérés.

C. RÉSULTATS

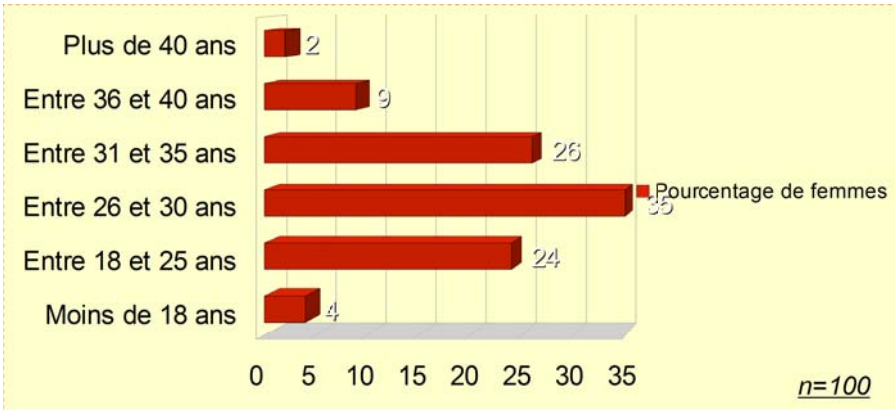
1. Des généralités quant à l'échantillon …

1.1 Âge :

Les femmes interrogées ont de 16 à 46 ans.

L'âge moyen est de 26,7 ans.

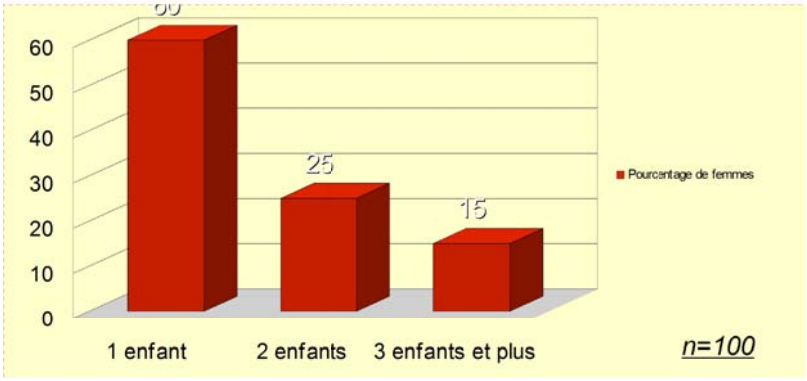
La répartition est la suivante:



1.2 Situation matrimoniale des femmes de l'échantillon :

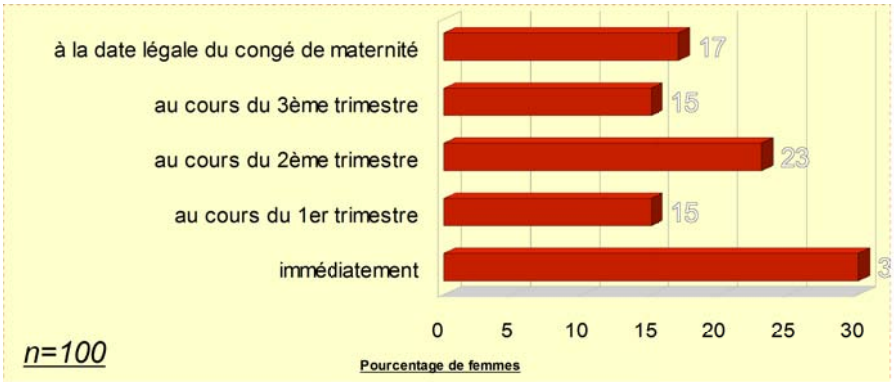
- 50 % des femmes de l'échantillon sont mariées et vivent en couple
- 46 % des femmes sont célibataires en couple
- 2 % vivent « seules » chez leurs parents
- 1 % vit seul
- 1 % vit en foyer pour femme.

1.3 Nombre d'enfants des foyers :



- *Il y a en moyenne « 1,6 » enfants par femme.*

1.4 Arrêt de travail durant la grossesse :



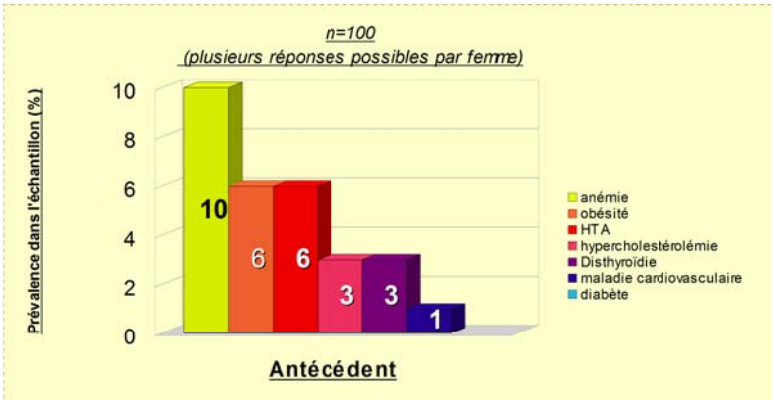
- *On remarque que 30 % des patientes se sont immédiatement arrêtées de travailler en début de grossesse.*

1.5 Antécédents familiaux

Dans la population étudiée :

- 31% présentent un antécédent familial de diabète
- 19% présentent un antécédent familial d'hypercholestérolémie
- 12% présentent un antécédent familial d'obésité

1.6 Antécédents médicaux personnels



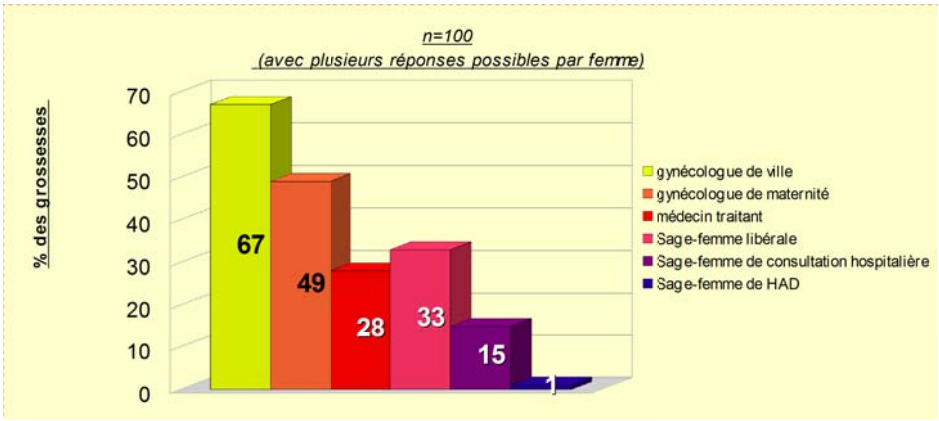
- *On retient qu'environ 10% des femmes de l'échantillon présentaient un antécédent d'anémie.*
- *6% disent être obèses.*
- *0% souffrent de diabète*

1.7 Antécédents chirurgicaux personnels

Au sein de l'échantillon : 1 femme a subi une chirurgie pour obésité .

2. Suivi de grossesse

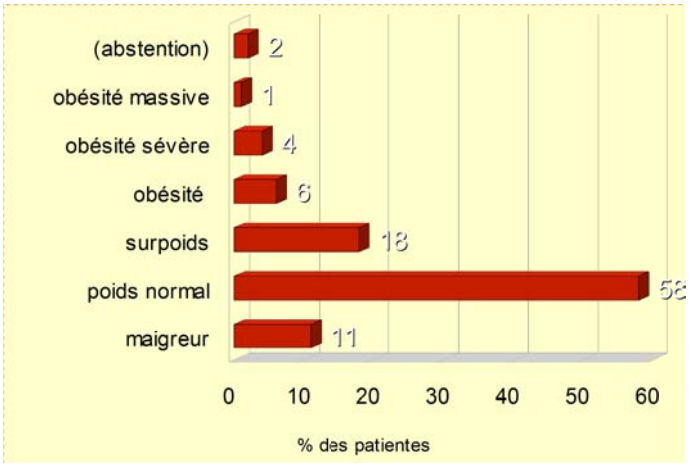
2.1 Intervention générale des professionnels auprès des femmes :



- *Les sage-femmes interviennent auprès de :*
  - *33% des patientes en libéral*
  - *15% des patientes en consultation à l'hôpital*
  - *1% des patientes en H.A.D*
- *La plupart des patientes sont suivies par un gynécologue*

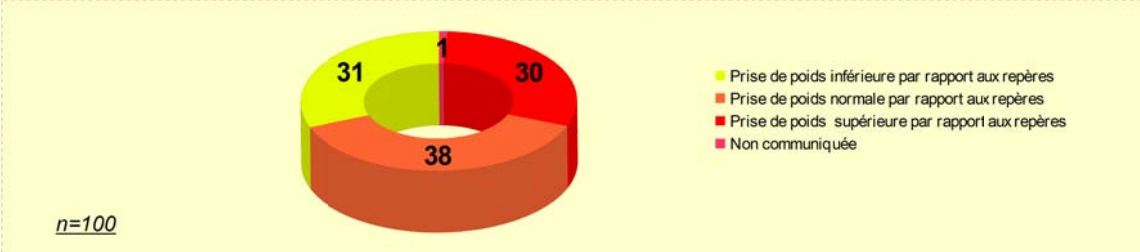
2.2 IMC et prise de poids durant la grossesse :

2.2.1. IMC des patientes avant la grossesse.



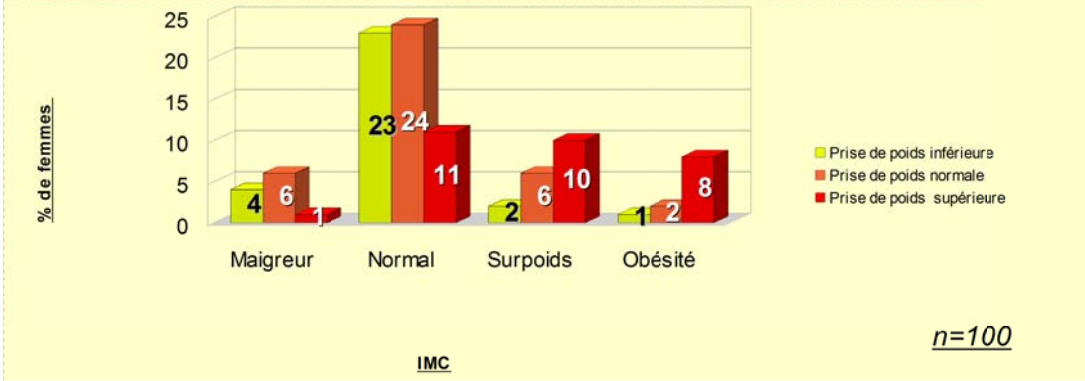
- *IMC = Poids (kg)/Taille² (m²)*
- *18% des femmes de l'échantillon sont en surpoids*
- *11% au total sont obèses d'après le calcul IMC (seules 7 se disaient obèses. Voir 1.6)*

2.2.2. Qualification de la prise de poids des patientes de l'échantillon (selon les repères de l'IOM)



- *Seul 38% des femmes ont une prise de poids « normale » ou conforme aux repères de l'IOM.*

2.2.3. Importance de la prise de poids (d'après l' IOM) en fonction de l'IMC

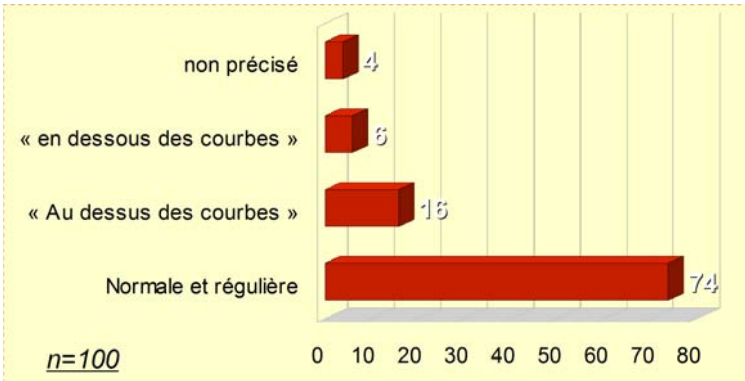


- *Parmi les patientes ayant eu une prise de poids excessive, on dénombre :*
  - *1/5ème des patientes de poids normal (11% de la population totale)*
  - *plus de 1 patiente en surpoids sur 2 (10% de la population totale)*
  - *4 patientes obèses sur 5 (8% de la population totale.)*

2.3 Prévalence du diabète gestationnel dans l'échantillon :

Au sein de l'échantillon, 9% des patientes on développé un diabète gestationnel.

2.4 Croissance foetale au cours de la grossesse selon les femmes



- *Il s'agit d'un critère subjectif, qui indique comment à été décrite aux femmes, la croissance de leur enfant*

3. L'alimentation au cours de la grossesse

3.1 Évocation de l'alimentation au cours de la grossesse par les professionnels :

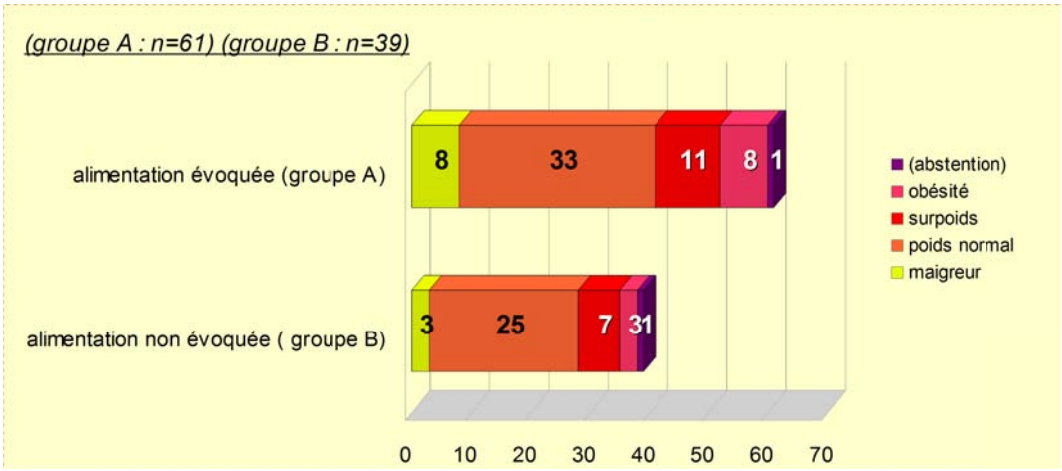
À la question « A-t'on évoqué votre alimentation, au cours du suivi de la grossesse? »

- 61% des femmes ont répondu « OUI »
- 39% ont répondu « NON »

- *La population peut donc être considérée en 2 groupes :*
  - *celui des patientes dont l'alimentation a été abordée au cours du suivi de grossesse (groupe A : 61% de la population)*
  - *celui des patientes dont l'alimentation n'a pas été abordée au cours du suivi de grossesse (groupe B : 39% de la population)*

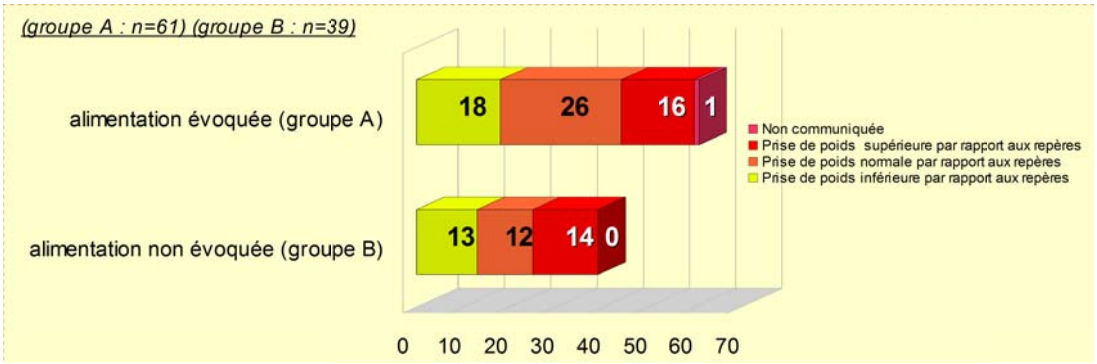
On peut s'intéresser à quelques caractéristiques des deux groupes : IMC, prise de poids et croissance foetale.

3.1.1. IMC des patientes non informées



- *Parmi les 39 patientes pour lesquelles l'alimentation n'a pas été évoquée :*
  - *7 étaient en surpoids en début de grossesse*
  - *3 en situation de maigreur*
  - *3 étaient obèses.*

3.1.2. Prise de poids excessive et évocation de l'alimentation



- *On constate donc que :*
  - *quasiment la moitié des patientes ayant pris trop de poids durant la grossesse n'ont pas reçu d'informations quant à l'alimentation.*
  - *13 femmes sur les 31 ayant une prise de poids insuffisante, ou quasiment 1 sur 3, n'ont également pas été informées.*

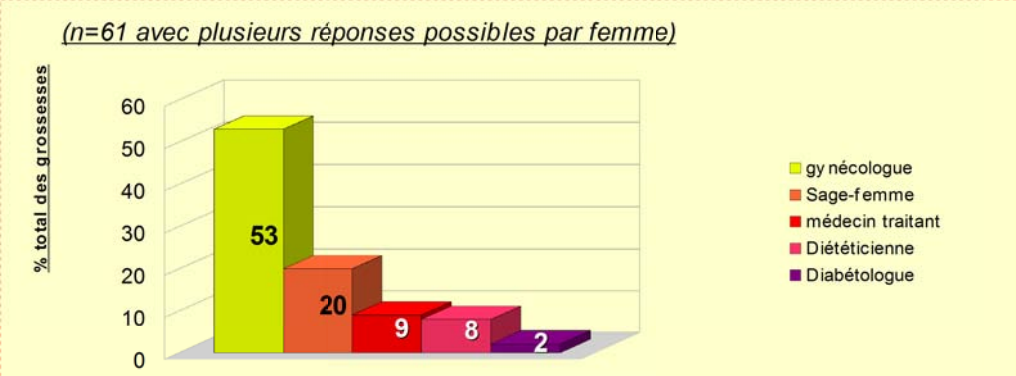
3.1.3. Croissance foetale et évocation de l'alimentation

Parmi l'échantillon :

- 3% des patientes décrivent une croissance foetale « au-dessus des courbes », et disent ne pas avoir reçu d'informations quant à l'alimentation.
- 2% des patientes décrivent une croissance foetale « en dessous des courbes », et disent ne pas avoir reçu d'informations quant à l'alimentation.

- *La « croissance foetale » est un critère subjectif, qui indique comment à été décrite aux femmes, la croissance de leur enfant*

3.2 Taux d'intervention des professionnels en terme de conseils alimentaires :



- *Les sage-femmes interviennent donc dans 20 grossesses sur les 61 ayant bénéficié des conseils alimentaires.*

3.3 Moment et fréquence de l'information

Fréquence et moment de l'information	Pourcentage des femmes
Avant la grossesse	**0**
Une fois, au cours d'une consultation	**41**
- dont information en séance de préparation à la naissance	*8*
- dont SANS information en séance de préparation à la naissance	*32*
Tout au long du suivi de grossesse	**20**
- dont information en séance de préparation à la naissance	*4*
- dont SANS information en séance de préparation à la naissance	*16*
Aucune	***39***

- *On voit que seul 20 % des femmes ont bénéficié d'informations régulières ou d'un réel suivi diététique pendant la grossesse. (n=100)*

- *L'étude révèle aussi que 12% des patientes ont bénéficié de conseils diététiques au cours des*

séances de préparation à la naissance avec :

- *8 % pour lesquelles la question alimentaire a été abordée une seule fois*
- *4 % pour lesquelles la question alimentaire a fait l'objet d'un suivi.*

3.4 Fond de l'information délivrée

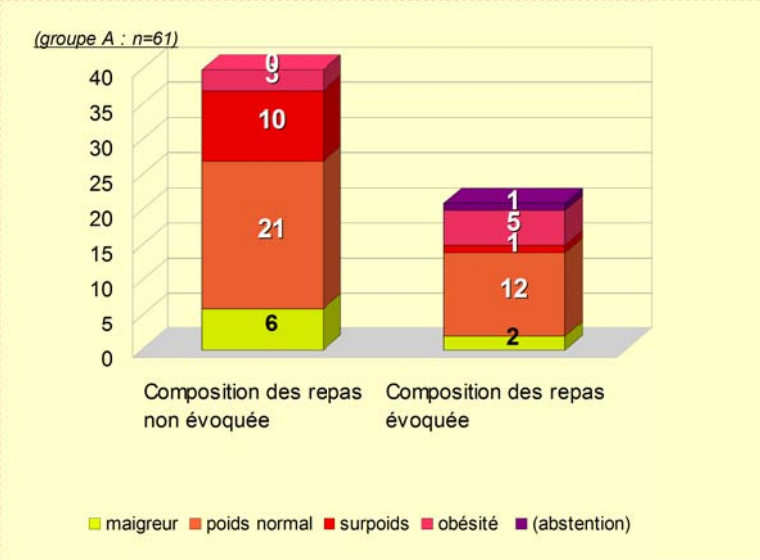
Sujet	Nombre d'évocations
(témoin : évocation d'au moins un sujet)	61
La prévention alimentaire de la toxoplasmose	47
La prévention alimentaire de la listériose	37
Les risques d'une prise de poids trop importante	34
Les risques du diabète gestationnel	24
La composition des repas	21
Le rythme des repas	15
L'exercice physique durant la grossesse	14
Les troubles digestifs	11
Le plaisir alimentaire	2

- *Les conseils sanitaires sont les plus fréquents*
- *La composition des repas n'est évoquée que pour 15 grossesses,*
- *l'exercice physique pour 14*
- *le plaisir alimentaire pour 2 grossesses.*

On peut se demander pour quel profil de patientes les professionnels se sont attardés sur l'évocation de la composition, des rythmes des repas et de l'activité physique.

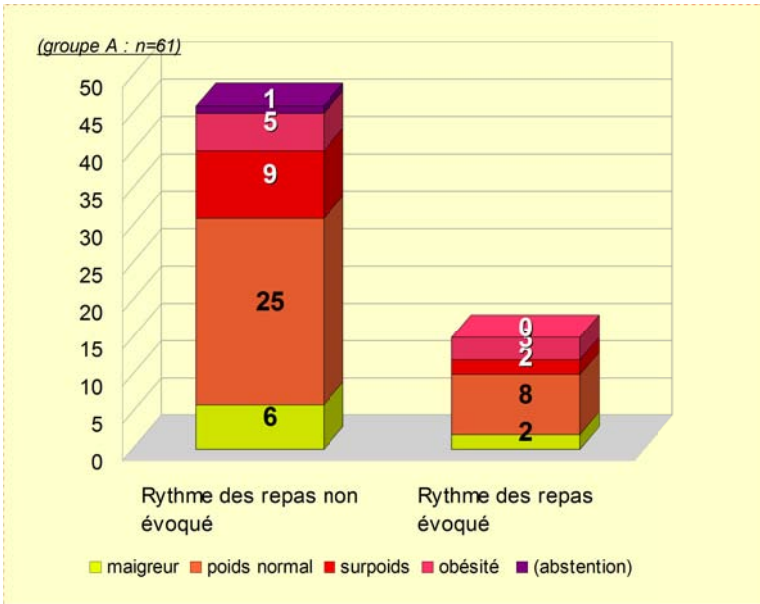
3.4.1. Équilibre nutritionnel et IMC

- Évocation de la composition des repas et IMC



- *Parmi le groupe A, la composition des repas n'a pas été évoquée pour :*
- *6 femmes « maigres » sur 8 parmi l'échantillon*
- *10 femmes en surpoids sur les 11 de l'échantillon*
- *3 femmes obèses sur les 8.*

- Évocation du rythme des repas et IMC



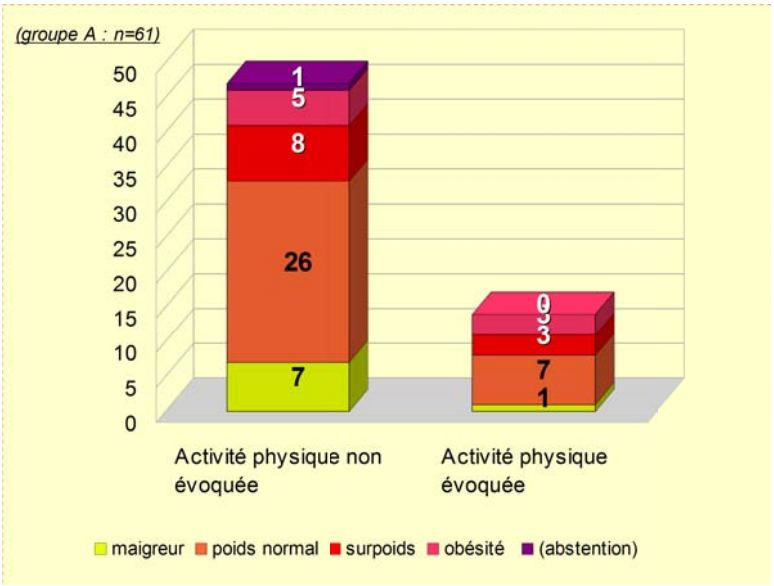
- *Parmi le groupe A, le rythme des repas n'a pas été évoquée pour :*

– *6 femmes « maigres » sur 8 parmi l'échantillon*

– *9 femmes en surpoids sur les 11 de l'échantillon*

– *5 femmes obèses sur les 8.*

- Évocation de l'activité physique et IMC



- *Parmi le groupe A, l'activité physique n'a pas été évoquée pour :*

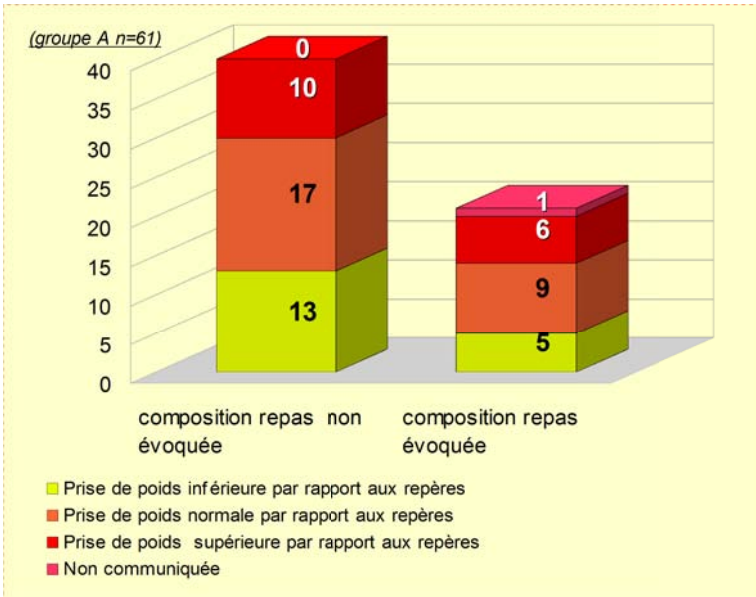
– *7 femmes « maigres » sur 8 parmi l'échantillon*

– *8 femmes en surpoids sur les 11 de l'échantillon*

– *5 femmes obèses sur les 8*

3.4.2. Composition et rythme des repas, activité physique et prise de poids

- Évocation de la composition des repas et prise de poids



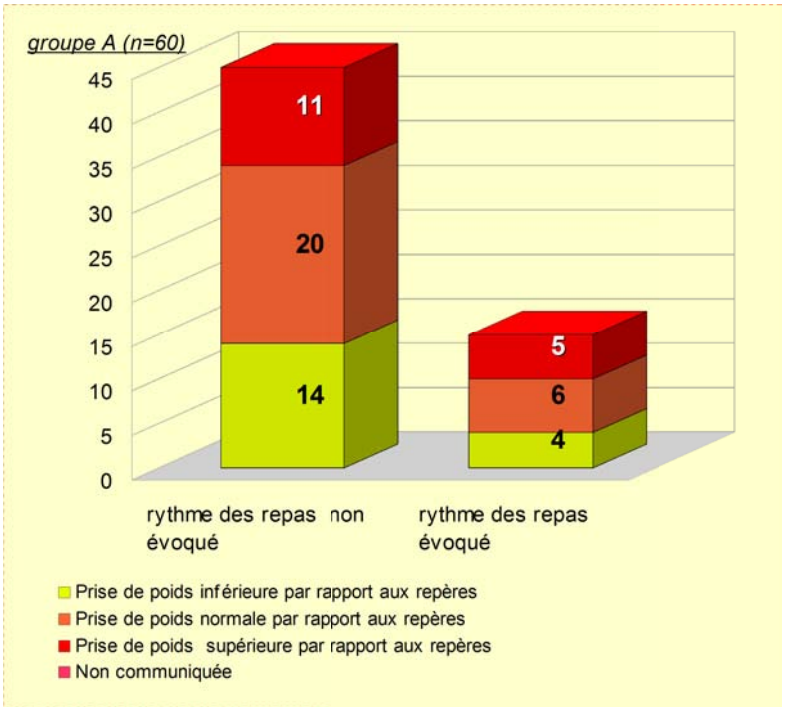
- *Parmi le groupe A, la composition des repas n'a pas été évoquée pour :*

– *13 femmes dont la prise de poids est « insuffisante » sur 18*

– *10 femmes dont la prise de poids est « excessive » sur 16*

- Évocation du rythme des repas et prise de poids

(n=60, 1 patiente n'a pas communiqué sa prise de poids)



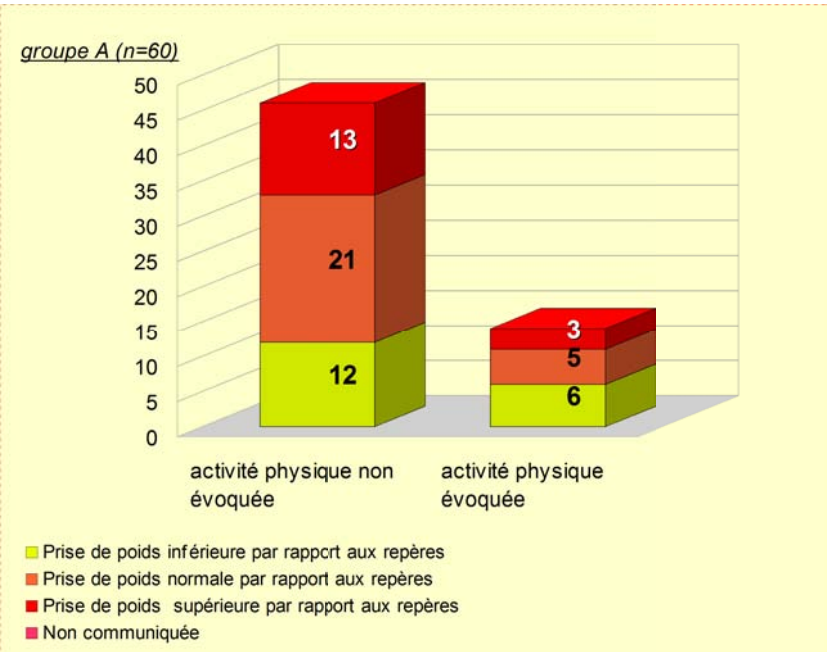
- *Parmi le groupe A, le rythme des repas n'a pas été évoquée pour :*

– *14 femmes dont la prise de poids est « insuffisante » sur 18*

– *11 femmes dont la prise de poids est « excessive » sur 16*

- Évocation de l'activité physique et prise de poids

(n=60, 1 patiente n'a pas communiqué sa prise de poids)



- *Parmi le groupe A, l'activité physique n'a pas été évoquée pour :*

  – *12 femmes dont la prise de poids est « insuffisante » sur 18*

  – *13 femmes dont la prise de poids est « excessive » sur 16*

3.4.3. Évocation de l'activité physique chez les patientes n'ayant pas travaillé durant la grossesse

– Nous avions vu que 30 patientes interrogées se sont immédiatement arrêtées de travailler durant la grossesse.

– Seules 18 de celles-ci ont reçu des informations diététiques au cours de la grossesse.

- *Parmi elles : 1 femme seulement a été informée sur l'activité physique durant la grossesse, soit une femme en arrêt de travail immédiat sur 30.*

3.5 Forme de l'information délivrée



3.6 Ciblage de l'information (n=61)

À la question « Vous a-t'on d'abord questionnée sur vos habitudes alimentaires? »

- 15% des femmes ont répondu « OUI »
- **46% « NON »**

3.7 Qualité de l'information(n=61)

À la question «Les informations reçues étaient-elles claires et compréhensibles?»

- 57 femmes ont répondu « OUI »
- 3 « NON »
- 1 ne s'est pas prononcée

3.8 Adaptation de l'information (n=61)

À la question « Pensez -vous que ces informations étaient adaptées à vous? »

- 50 femmes ont répondu « OUI »
- 10 « NON »
- 1 ne s'est pas prononcée

3.9 Disponibilité de l'intervenant (n=100)

À la question « A-t'on répondu à vos questions en terme d'alimentation? »

- 81% des femmes ont répondu « OUI »
- 8% « NON »
- 11% ne se sont pas précisés

3.10 Grossesse et régimes alimentaires

3.10.1. Régimes alimentaires dans l 'année précédant la grossesse

Parmi l'échantillon, 9% des femmes disent avoir suivi un régime alimentaire dans l'année précédant la grossesse.

- *Ces femmes nécessiteraient un accompagnement alimentaire tout particulier en vue de leur risque majoré de prendre du poids de manière excessive.*

Voici ce qu'il en a été pour ces 9 femmes :

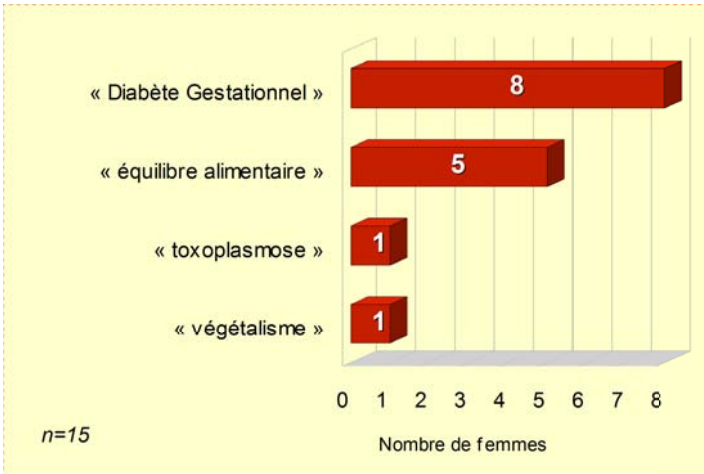
	conseils diététiques donnés	absence de conseils diététiques
Prise de poids « insuffisante »	0	**1**
Prise de poids «**normale**»	2	2
Prise de poids « excessive »	1	**3**
total	3	6

- *Ainsi, parmi ces 9 femmes ayant suivi un régime dans l'année avant la grossesse :*
  - *4 ont eu une prise de poids excessive*
  - *3 femmes sur 4 ont eu une prise de poids excessive et n'ont pas reçu de conseils diététiques.*

3.10.2. Régimes alimentaires durant la grossesse

Au sein des 100 patientes, 15 disent avoir suivi un régime alimentaire pendant la grossesse.

Quant aux motifs de ces régimes :

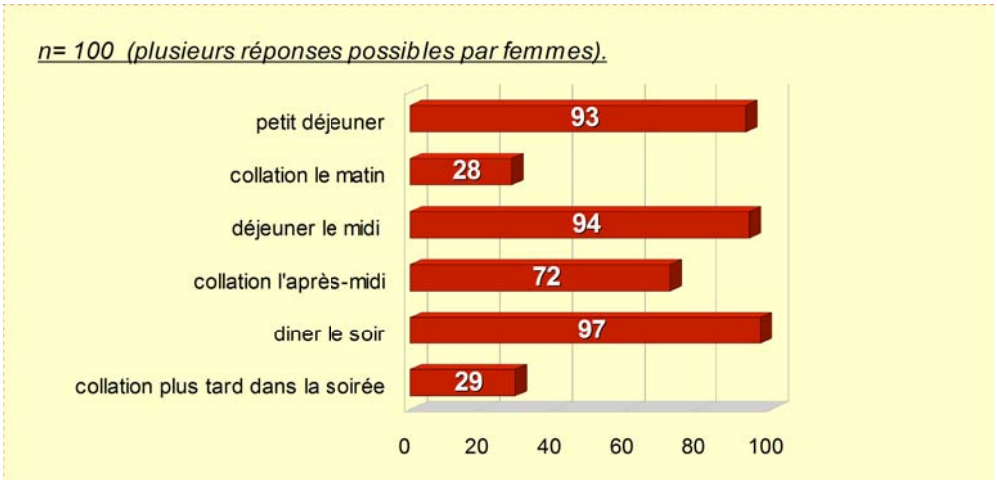


- *On retient que :*
  - *8 femmes ont suivi un régime du fait de leur diabète gestationnel .*
  - *1 femme a nommé « régime » les précautions quant à la toxoplasmose*

- Parmi les 5 femmes ayant effectué un régime de rééquilibration de l'alimentation
  - 2 se sont faites prescrire un régime
  - 3 nomment « régime » l'application des conseils diététiques qu'elles ont reçu.

4. L'alimentation des femmes en pratique

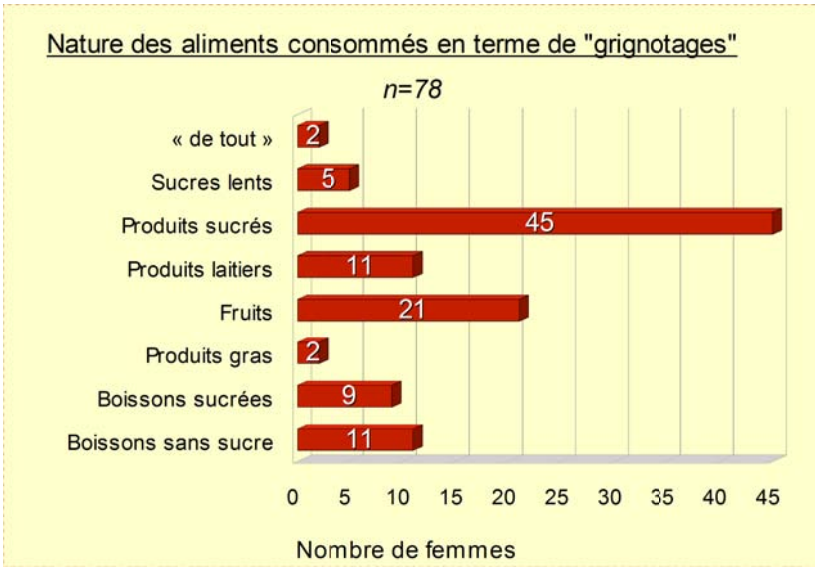
4.1 Repas pris par les femmes



- *On remarque que les trois repas principaux ne sont pas pris à 100%*

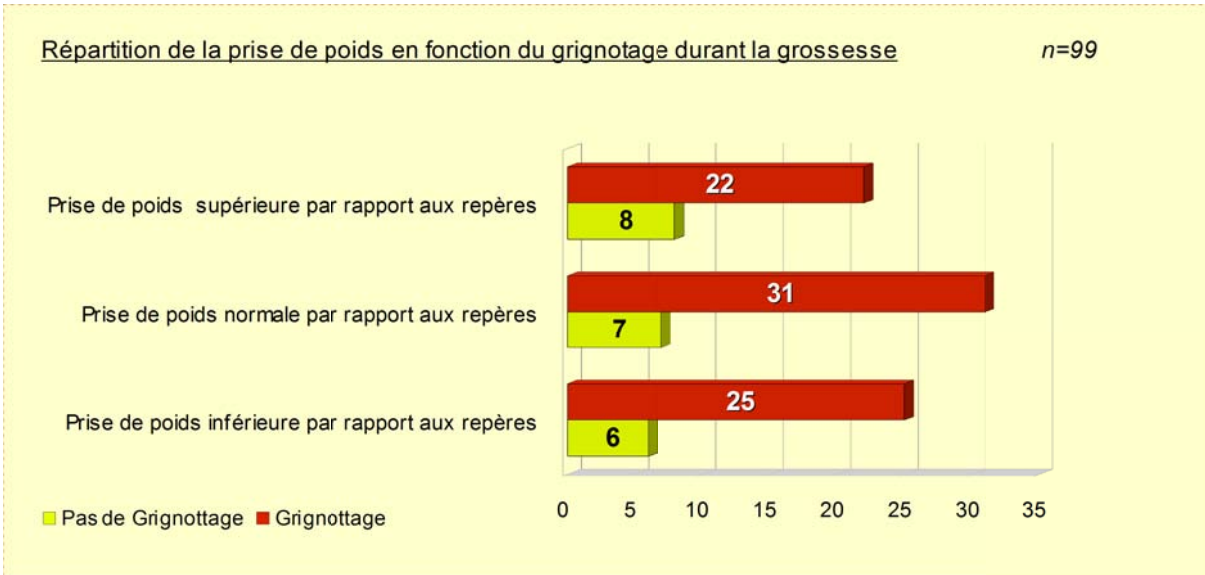
4.2 Grignotages durant la grossesse

– Parmi l'échantillon, 78 % des femmes disent avoir grignoté durant la grossesse. (1% s'est abstenu de répondre.)



- Corrélation entre grignotage et prise de poids

(1 patiente s'était abstenue d'indiquer sa prise de poids : donc n=99)



- *Parmi les 78 femmes qui ont grignoté durant la grossesse :*
  - *22 ont pris du poids de manière excessive*
  - *31 ont pris du poids de manière normale*
  - *25 ont pris du poids de manière « insuffisante »*

4.3 Enquête alimentaire

4.3.1. Alimentation durant la grossesse

- Afin de se rendre compte des modalités de l'alimentation des femmes interrogées, il faut connaître certaines références en terme de consommation alimentaire, qui correspondent à celles du Plan National Nutrition et Santé (15).

- Ces références sont consignées dans le tableau suivant, avec les résultats de l'enquête alimentaire concernant les 100 femmes de la population :

Groupe d'aliment	Repère de consommation optimale	Pourcentage des femmes ayant une consommation du groupe d'aliment			abstention
		inférieure au repère	**en accord** avec le repère	**supérieure** au repère	
Fruits	*3 par jour*	**55**	27	17	*1*
Légumes	*2 portions par jour*	**56**	31	12	*1*
Féculents	*3 à 5 portions par jour*	**72**	25	1	*2*
Produits laitiers	*3 par jour*	**41**	35	23	*1*
Matières Grasses ajoutées	*2 à 4 cuillères à soupe par jour*	**53**	37	8	*2*
Produits sucrés	*Limiter à 1 par jour*	13	31	**54**	*2*
Viandes	*1 à 2 fois par jour*	**56**	41	1	*2*
Poissons	*1 fois par semaine ou plus*	16	**82**	/	*2*
Eau	*au moins 1,5 litres par jour*	33	**63**	/	*2*
Boissons sucrées	*Limier à 1 verre par jour*	**44**	24	29	*3*
Boissons light	*1 verre par jour*	**70**	15	14	*1*
Alcool	*Alcool 0*	/	**98**	**2**	*0*

- Parmi les 54% de femmes consommant plus de produits sucrés que les repères préconisés, 19% consomment 3 produits sucrés et plus par jour
- Parmi les 29% consommant plus de boissons sucrées que les repères, 6% en consomment 3 et plus par jour

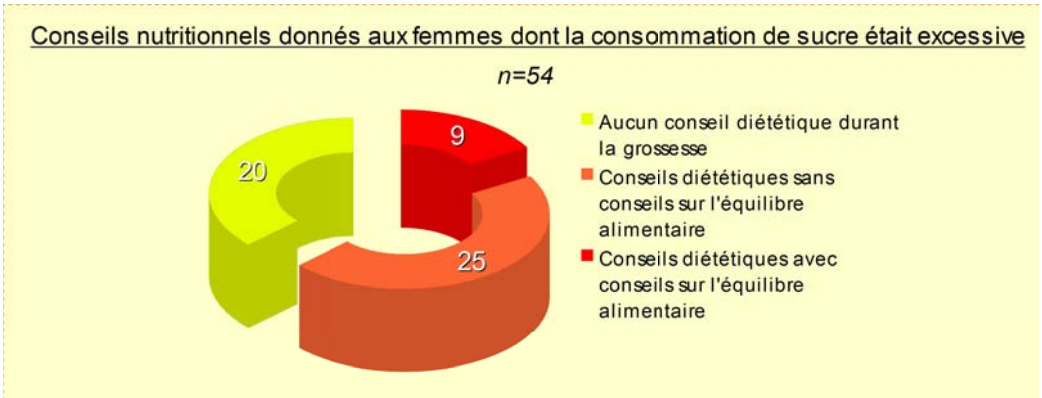
- Consommation de féculents et grignotages

	Consommation de féculents			
	inférieure au repère	**conforme au repère**	**supérieure au repère**	total
Grignotages	**57**	18	1	78
Absence de grignotages	**15**	7	0	22
total	72	25	1	100

- *Parmi les 72 femmes qui consomment des féculents de manière inférieure au repère : 57 grignotent, soit quasiment 8 femmes sur 10*

- *Parmi les 25 femmes qui consomment des féculents de manière conforme au repère :18 grignotent, soit quasiment 7 femmes sur 10*

- Consommation excessive de sucre et conseils nutritionnels



4.3.2. Ce qu'elles modifient dans leur alimentation, tableau A (n=100)

Groupe d'aliment	Pendant la grossesse : pourcentage des femmes ayant			abstention
	diminué sa consommation :	**la même** consommation	**augmenté** sa consommation	
Fruits	3	41	**54**	2
Légumes	4	**72**	22	2
Féculents	2	**76**	20	2
Produits laitiers	2	42	**54**	2
Matières Grasses ajoutées	11	**81**	6	2
Produits sucrés	16	34	**48**	2
Viandes	14	**70**	14	2
Poissons	3	**74**	21	2
Eau	1	34	**63**	2
Boissons sucrées	23	**59**	17	2
Boissons light	13	**80**	6	1
Alcool	43	**56**	0	1

- *On peut retenir que 48% des femmes augmentent leur consommation de produits sucrés.*

- *On peut aussi se demander quelles sont les modifications de l'alimentation des femmes ayant reçu des conseils spécifiques à la composition des repas,*

Influence des conseils diététiques sur les modifications alimentaires

– Voici les modifications que les 21 femmes ayant bénéficié de conseils quant à la composition des repas, ont apporté à leur alimentation : (tableau B)

Groupe d'aliment	Pendant la grossesse : pourcentage des femmes ayant			abstention
	diminué sa consommation :	**la même** consommation	**augmenté** sa consommation	
Fruits	3	4	**14**	0
Légumes	1	**17**	3	0
Féculents	0	**15**	6	0
Produits laitiers	1	7	**13**	0
Matières Grasses ajoutées	1	**19**	1	0
Produits sucrés	**10**	3	8	0
Viandes	4	**12**	5	0
Poissons	1	**14**	6	0
Eau	0	3	**18**	0
Boissons sucrées	**10**	8	3	0
Boissons light	5	**14**	2	0
Alcool	**12**	9	0	0

On peut donc maintenant comparer les modifications de l'alimentation en fonction de l'information quant à la composition des repas.

4.3.3. Tendances des modifications alimentaires en fonction de l'information

En comparant les tableaux A et B, les modifications alimentaires chez les patientes qui n'ont pas reçu d'information spécifique, représentent les valeurs du tableau A soustraites à celles du tableau B

L'augmentation de la consommation de fruits: *concerne 14 femmes sur 21 ayant reçu des conseils sur la composition des repas (6,5/10) contre 40 femmes sur 79 n'ayant pas reçu de conseils sur la composition des repas (2/10)*

L'augmentation de la consommation de légumes *concerne 3 femmes sur 21 ayant reçu des conseils sur la composition des repas (1,5 / 10) contre 19 femmes sur 79 n'ayant*

pas reçu de conseils sur la composition des repas (2,5/10)

- L'augmentation de la consommation de féculents *concerne 6 femmes sur 21 ayant reçu des conseils sur la composition des repas (3/10) contre 14 femmes sur 79 n'ayant pas reçu de conseils sur la composition des repas (1,5/10)*

- L'augmentation de la consommation de produits laitiers *concerne 13 femmes sur 21 ayant reçu des conseils sur la composition des repas (6 /10) contre 41 femmes sur 79 n'ayant pas reçu de conseils sur la composition des repas (5/10)*

- L'augmentation de la consommation d'eau *concerne 18 femmes sur 21 ayant reçu des conseils sur la composition des repas (8,5/ 10) contre 45 femmes sur 79 n'ayant pas reçu de conseils sur la composition des repas (5,5/10)*

- La diminution de la consommation de produits sucrés *concerne 10 femmes sur 21 ayant reçu des conseils la composition des repas (5/10) contre 6 femmes sur 79 n'ayant pas reçu de conseils sur la composition des repas (0,7/10)*

- La diminution de la consommation de boissons sucrées *concerne 10 femmes sur 21 ayant reçu des conseils sur la composition des repas (5/10)contre 13 femmes sur 79 n'ayant pas reçu de conseils sur la composition des repas (1,6/10)*

4.4 Quant à certains comportements alimentaires

- **Consommation de plats industriels « déjà cuisinés » (n=100)**
  - 81% des femmes consomment moins de 3 plats industriels par semaine
  - 16% entre 3 et 6
  - 3% 7 fois ou plus

- **Fréquentation des restaurants et fast food (n=100)**
  - 95% des femmes de l'échantillon disent s'y rendre moins de 3 fois par semaine
  - 4% entre 3 et 6
  - 1% 7 fois ou plus

5. Activité physique durant la grossesse

5.1.1. Repos strict (n=100)

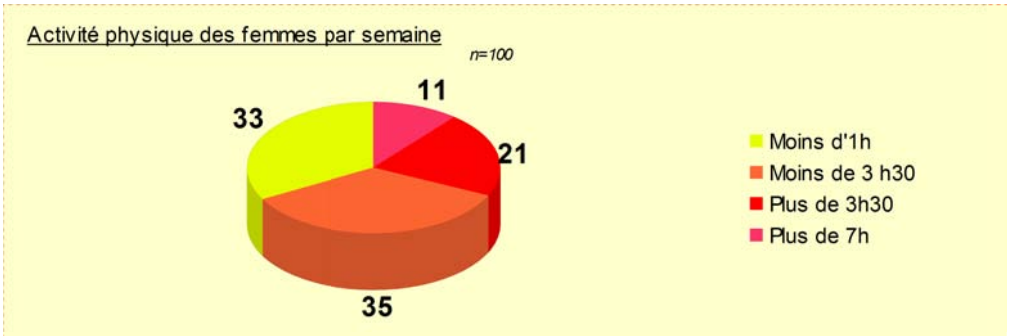
- 45% des femmes de l'échantillon disent avoir été au repos strict moins de 3 heures sur une journée
- 38% entre 3 et 6
- 17% 6 heures ou plus

5.1.2. Repos strict, prise de poids, et conseils quant à l'activité physique

- Parmi les 17 femmes ayant cumulé plus de 6 heures de repos strict par jour :
  - 3 femmes ont pris du poids de manière « insuffisante » par rapport aux repères de l'IOM
  - 7 femmes ont une pris de poids « normale » (1,8 femmes sur 10 ayant une prise de poids normale)
  - 7 femmes ont une prise de poids «excessive» par rapport aux repères de l'IOM , (2,3 femmes sur 10 ayant une prise de poids excessive)

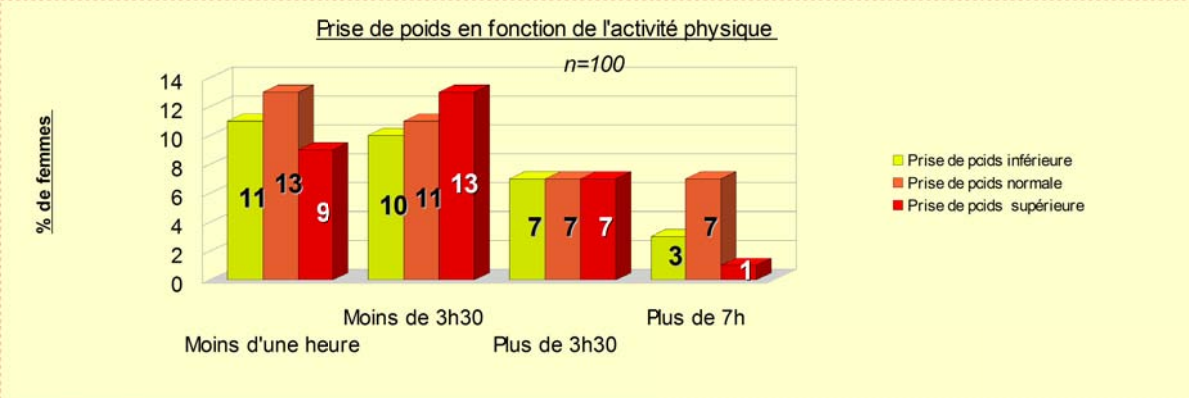
- Parmi les 17 femmes ayant cumulé plus de 6 heures de repos strict par jour : 15 n'ont reçu aucun conseil quant à l'activité physique durant la grossesse.

5.1.3. Activité physique



5.1.4. Activité physique, prise de poids, et conseils donnés

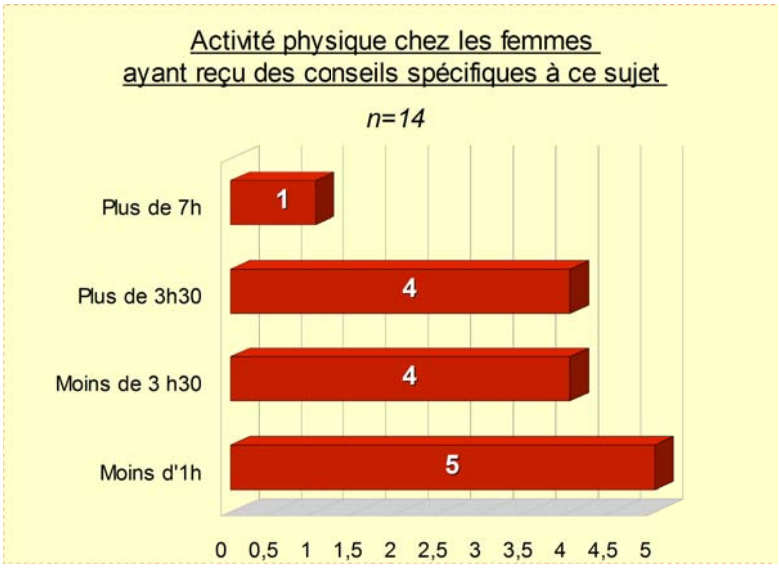
- Activité physique et prise de poids des femmes.



- *On remarque que parmi les 30 femmes en surpoids de l'échantillon :*
  - *22 ont au total pratiqué moins de 3h30 d'activité physique par semaine durant la grossesse (soit 7 femmes ayant une prise de poids excessive sur 10) ,*

- *9 ont pratiqué moins d'une heure d'exercice physique par semaine.*

- Activité physique et conseils donnés aux femmes.



Partie 3

Exploitation des résultats et solutions …

1. Des données justifiant une intervention en terme de nutrition

1.1. Des antécédent notables

Dans la population étudiée, 10% des femmes avaient un antécédent d'anémie, et 6%, d'hypercholestérolémie. Ces sont des atteintes que l'on peut prévenir voire juguler avec une alimentation adaptée.

Il suffirait par exemple, pour ce qui est de l'anémie, de veiller à un apport suffisant en fer: en recommandant la consommation de viande rouge, de poisson, ou encore de cacao, d'haricots blancs ou lentilles, qui pourront éviter une supplémentation médicamenteuse.

1.2. IMC

Toutes patientes présentant un IMC, autre que « poids normal », (entre 19 et 25), doivent pour moi bénéficier d'une attention toute particulière quant à leurs apports nutritifs.

- Parmi les patientes de l'étude, 11% des femmes étaient « maigres » .

  On peut se demander si elles ne sont pas plus « à risque » d'être carencées en certains éléments. 4 femmes sur les 11 en situation de « maigreur » ont d'ailleurs pris du poids de manière insuffisante.

  Il me semble donc logique de s'inquiéter de la suffisance de leurs apports nutritifs.

- 18% des patientes étaient en surpoids.

  Mon étude redémontre qu'elles sont plus à risque de développer une prise de poids excessive, puisque cela a concerné plus d'une femme en surpoids sur 2.

  On peut s'inquiéter de leur équilibre nutritionnel (composition, rythme de leurs repas et activité physique), peut être déjà perturbé avant la grossesse et qui risque de s'altérer davantage.

- Enfin ,il y avait 11% des patientes obèses.

Je pense qu'il faut redoubler de prudence mais aussi de délicatesse avec ces femmes.

Prudence, car les risques sont du même ordre que pour le surpoids, mais d'intensité majorée, avec quasiment 8 femmes obèses sur 10 ayant pris du poids de manière excessive.

D'autre part, de délicatesse, au vu du lourd regard de la société qui pèse en temps normal sur ces femmes, ainsi que « l'image du gros » à qui notre société attribue laisser aller et passivité. Des plaies récurrentes qu'il faut penser à panser, de notre humilité et écoute, afin de les accompagner au mieux dans leur alimentation pendant la grossesse.

Pour toutes ces patientes, de simples question peuvent être posées afin d'éventuellement tenter de réajuster certains comportements.

1.3. Prise de poids

Au sein de l'échantillon, 30% des patientes avaient une prise de poids « excessive », c'est un critère clinique justifiant tout à fait une intervention nutritionelle.

Mais pour caractériser une prise pondérale dynamique, avoir en tête les chiffres statiques de l'IOM ne me semble pas suffisant .

On pourrait se baser sur des courbes de prise de poids en fonction de l'IMC, et ré-envisager la question alimentaire avec la patiente si sa prise de poids devait atteindre ou dépasser les valeurs supérieures.

1.4. Alimentation

Les déséquilibres alimentaires pré-existants ou inhérent à la grossesse, sont des vecteurs d'IMC perturbé ou de prise de poids excessive.

Par déséquilibre alimentaire, on peut tout d'abord entendre déséquilibre de composition des repas.

On retient de l'enquête qu'environ 50% des femmes consomment moins de deux portions de légumes par jour, et moins de 3 fruits, ce qui est inférieur aux recommandations du PNNS.

Soixante douze pour cent des femmes consomment moins de 3 portions de féculents par jour : ce qui constitue une part importante de femmes à risque de « grignotage ».

A contrario, 54% des femmes consomment deux portions voire plus, de produits sucrés dans la journée, or idéalement , les sucres rapides devraient constituer 10% de l'apport total des sucres, avec donc 90% d'apport de sucres lents.

Un rythme des repas irrégulier peut aussi constituer un déséquilibre alimentaire.

A ce titre, parmi les femmes interrogées, 78% ont « grignoté » en dehors des repas durant la grossesse. C'est un comportement fréquent durant la grossesse, répondant aux fringales ou à un manque de consistance des repas. Souvent en cause, une consommation en glucides lents ou en féculents insuffisante.

Il est important de s'inquiéter alors de la nature des produits grignotés, qui sont malheureusement, des produits sucrés (pour 45 femmes sur les 78 ayant grignoté).

Quant au rythme des repas durant la grossesse, l'instauration de collations fixes est préférable au grignotage. Cependant, les collations du matin concernent seulement 28% des femmes, 72% prennent par contre une collation dans l'après midi.

1.5. Activité physique

N'oublions pas que la fonction nutritive de l'alimentation permet d'assurer les dépenses d'énergie de l'organisme. La dépense en terme d'activité physique peut être un versant d'intervention sur une prise de poids excessive. Il est conseillé de pratiquer au moins 30 minutes d'activité physique modérée par jour pendant la grossesse.

Au total, 68% des femmes interrogées pratiquaient moins de 3h30 d'activité physique par semaine (soit moins de 30 minutes par jour), parmi lesquelles 33% exerçaient moins d'une heure d'activité physique par semaine. Il est peu probable que toutes ces femmes aient eu des prescriptions de repos strict (l'étude ne le renseigne pas, ce qui peut constituer un biais), on

peut donc penser que subsiste le cliché du « repos absolu » de toute femme enceinte.

A ce propos, 17% des femmes sont restées au repos strict, plus de 6 heures par jour.

On compte que, parmi ces femmes, 4 femmes sur 10 ont pris du poids de manière excessive. On comprend donc toute l'importance d'intervenir sur ce point auprès des femmes.

En outre, l'activité professionnelle assure au quotidien une activité physique minimale, or parmi l'échantillon, 30% des femmes se sont immédiatement arrêtées de travailler. On espère que ce déficit en dépenses a été comblé par d'autres dépenses et non par du « grignotage » par exemple.

Ces femmes méritent des conseils simples pour assurer une activité physique minimale : « se promener » au moins 30 minutes par jour, aller effectuer ses achats de produits alimentaires de base, à pieds, ou encore faire de la préparation à la naissance en piscine.

- *Ces simples données relevées au sein de l'échantillon nous montrent qu'il est tout à fait justifié de s'investir dans des échanges autour des habitudes alimentaires et des habitudes de vie des patientes*
- *Nous avons donc montré que l'abord de l'alimentation au cours de la grossesse est une réelle nécessité et justifie une prise en charge pertinente des patientes par les professionnels de santé. (Objectif 2)*

- *Intervenir, questionner, réajuster ou encourager permettrait de limiter certaines conséquences. Voyons pour cela comment sont intervenus les professionnels auprès de ces femmes.*

2. Modalités de l'intervention

L'alimentation a, au total, été évoquée pour seulement 61% des femmes interrogées. J'ai donc choisi de constituer deux groupes dans la population :

– un groupe A, constitué par les femmes pour qui l'alimentation a été évoquée. (61%)

– un groupe B, pour qui l'alimentation n'a pas été évoquée. (39%)

- *Nous pouvons aussi dire que l'abord des habitudes alimentaires n'est pas systématique (hypothèse 1)*

2.1. Intervenant

Parmi les 100 femmes de l'échantillon, sont intervenus au cours de la grossesse :

- 116 fois, les gynécologues obstétriciens,
- 49 fois les sage-femmes
- 28 fois les médecin traitant

Parmi les 100 femmes de l'échantillon, sont intervenus **dans le cadre de l'alimentation**, au cours de la grossesse :

- 53 fois les gynécologues obstétriciens,
- 20 fois les sage-femmes
- 9 fois les médecin traitant
- 8 fois les diététiciennes
- 2 fois les diabétologues.

Nous pouvons donc constater que :

- les gynécologues évoquent l'alimentation 53 fois sur 116, dans 45% de leurs suivis
- les sage femmes dans 41% de leurs suivis
- les médecins traitants dans 32% de leurs suivis.

- *Nous pouvons donc dire que la sage-femme intervient globalement dans peu de suivis de grossesses parmi les femmes de l'échantillon. Et dans le cadre de la nutrition, la majeure partie de leurs patientes n'ont pas bénéficié d'informations nutritionnelles.*

- *Il reste donc encore à encourager les sage-femmes à aborder la nutrition des femmes.*
- *Ces premières constatations nous permettent d'analyser le rôle joué par la sage-femme dans la nutrition de la femme enceinte (Objectif 3)*

2.2. Le moment et fréquence de l'intervention

L'intervention spécifique à la nutrition de la femme enceinte ne concerne donc que le groupe A, et s'est principalement effectuée en consultation chez un professionnel, ou en séances de préparation à la naissance.

- En consultation :

On sait qu'en des termes généraux, passer des messages de promotion de la santé passe par : informer, s'assurer d'avoir été compris, vérifier si ce que l'on conseille est fait ou faisable, et réajuster ou réitérer en conséquence.

Il apparaît donc clair qu'énoncer de simples mesures concernant « 9 mois entiers de grossesse », une fois durant une consultation de 10 à 45 minutes, est insuffisant.

Or, 2 femmes sur 3 dans le groupe A ont bénéficié de conseils alimentaires ponctuels : une fois au cours d'une consultation.

Seule 1 femme sur 3 de ce groupe, soit 20% de la population totale a bénéficié d'un réel suivi diététique au cours de la grossesse.

- *On peut donc confirmer que l'abord des habitudes alimentaires n'est pas systématique, ou n'est effectué qu'une fois, sans récurrence au fur et à mesure du suivi de grossesse. (hypothèse 1)*

- En séance de préparation à la naissance : (SPN)

Outre le cadre privé d'une consultation, l'alimentation peut être évoquée au cours des SPN, comme pour 12% des femmes de l'échantillon.

Pour la femme, la question alimentaire n'est plus abordée seule, vis-à-vis d'un

professionnel répresseur des « fautes » mais avec d'autres femmes, dans la même situation qu'elle, et dans une ambiance de groupe. C'est un moyen de dédramatiser l'abord de la question et de maîtriser les éventuelles résistances des femmes.

Il s'agit alors de partir du vécu de plusieurs femmes, d'un partage de leurs expériences et comportements alimentaires.

Quoi de plus efficace pour que chacune réalise que l'alimentation est une préoccupation de toutes, et que leurs éventuelles difficultés sont en réalité partagées ?

Par la suite, les éléments partagés au cours de la séance peuvent très bien être rediscutés en consultation avec la sage-femme par exemple.

- *La SPN confère à la sage-femme un angle d'abord et de discussion exclusif et potentiellement efficace de la question de l'alimentation.*
- *Je pense toutefois que le pourcentage de femmes en ayant bénéficié est faible*
- *Nous avons donc analysé le rôle joué par la sage-femme dans la nutrition de la femme enceinte (Objectif 3)*
- *En montrant que la sage-femme est un interlocuteur privilégié dans le cadre de l'accompagnement nutritionnel (hypothèse 5)*

2.3. Fond de l'information

La grossesse justifie l'abord de plusieurs versants de l'alimentation :

- Un versant sanitaire : avec la prévention des parasitoses et des bactérioses (listériose,, toxoplasmose, ...)

  C'est le point le plus abordé parmi les femmes de l'échantillon. Les recommandations alimentaires de la toxoplasmose ne concernent pas les femmes immunisées.

- Un versant «préventif» :
  - avec tout d'abord, les risques d'une prise de poids importante, abordés pour 34% des femmes.

On peut se demander pour cet item s'il n'est pas un grand vecteur de culpabilité ou d'inquiétude pour les femmes.

Même si je comprends que parler de « risque »s peut s'avérer utile avec certaines patientes, parler de « bénéfice d'une prise de poids maîtrisée » me semble plus approprié.

Je pense que mener la femme à tirer ses conclusions de ce qui serait meilleur pour elle, grâce à tel ou tel comportement peut la pousser à agir, pour le mieux de son enfant.

- Puis les risques du diabète gestationnel, pour 24% des femmes.

- Un versant d'équilibre nutritionnel : il est important pour toute femme et notamment durant la grossesse .

  Le souci du bien être de l'enfant peut en effet être le moteur d'un rééquilibrage alimentaire. N'oublions pas que ces femmes portent en elles un enfant à qui elles transmettront toute une culture alimentaire. Si leur propre alimentation devait être déséquilibrée, c'est celle de leur enfant qui risque de l'être plus tard .

  Aider les femmes à équilibrer l'alimentation c'est donc quelque part s'assurer du futur équilibre de la future personne à qui elles donneront naissance.

  C'est un axe d'intervention précoce de la prévention de l'obésité infantile .

  Cet équilibre peut se décomposer en plusieurs items :

  - la composition des repas, qui n'a été évoqué que pour 24% des femmes
  - le rythme des repas, évoqué pour 15% des femmes seulement
  - l'activité physique pour 14% des femmes.

- Un versant spécifique à la grossesse : avec les troubles digestifs, évoqué pour 11% des femmes.

- Le plaisir alimentaire : n'a été évoqué que pour 2% des femmes .

  Or avec toutes les recommandations dont nous « bombardons » nos patientes, ne faudrait-il pas leur rappeler de se faire tout de même plaisir ?

Laisser par exemple la patiente « accroc au chocolat » dévorer une tablette par jour n'est pas indiqué. Mais totalement l'en priver, c'est la frustrer, et risquer de fixer une objectif trop ambitieux qu'elle n'atteindra pas (avec toute la culpabilité corollaire).

Pourquoi ne pas négocier avec elle une consommation d'un à deux carrés par jour, qu'elle pourrait consommer à la fin du repas ? Ceci permettrait de juguler l'hyperglycémie d'absorption, et limiterait son apport en chocolat.

Cette consommation pourra être encore réduite par la suite si toutefois on observait une prise de poids excessive chez la patiente.

Mais en intervenant tôt sur cette consommation, tout en permettant au plaisir du chocolat de se satisfaire, peut-être cette patiente ne prendra t'elle jamais de poids de manière excessive...

- *Nous retiendrons donc lorsque l'alimentation est évoquée durant la grossesse, l'équilibre alimentaire est très peu évoqué, et le plaisir encore moins il occupe donc une place secondaire dans les discussions autour de l'alimentation.(hypothèse 4)*

2.4. Forme de l'information

Les différents supports de transmission d'un même message, sont des assurances de sa compréhension, de son intégration, et de sa portée.

Les femmes enceintes se voient souvent submergées par le nombre d'informations que nous leur apportons en peu de temps. Il est alors difficile pour elles de toutes les comprendre ou les retenir.

Or l'étude révélait que :

– 58% des femmes avaient reçu une information orale

– 23% un prospectus ou dépliant

– et 6% un livret.

On peut en déduire que 3% des patientes du groupe A n'ont pas reçu d'information orale, et n'auraient reçu qu'un document : comment s'assurer que celui-ci a été lu et compris ?

Au minimum 29% des femmes n'ont reçu qu'une information orale, ont-elle retenu la totalité des conseils et messages qui leur ont été donnés ?

On peut enfin s'étonner de la pauvreté des supports proposés, puisque des sites internet sérieux et bien élaborés, ainsi que des pages personnelles internet de professionnels existent.

- *On peut donc dire que les échanges autour de la nutrition, et les conseils délivrés par le professionnel ne sont pas effectués de manière optimale, car tous les outils de communication à disposition ne sont pas toujours exploités.(hypothèse 2)*

2.5. Ciblage de l'information

Il paraît logique qu'on ne peut parler d'alimentation à toute patiente avec le même discours. C'est en plus, un sujet tellement vaste, qu'on ne peut « tout dire », et ce, encore moins au cours d'une consultation par mois.

Accompagner au mieux les femmes dans ce domaine, c'est donc pouvoir cibler les information à leur transmettre.

Il est ainsi nécessaire de connaître les antécédents médicaux de la femme à qui l'on donne des conseils, savoir s'adapter à ses possibilités de compréhension, mais aussi connaître les grands traits de ses habitudes alimentaires.

L'étude montre que, parmi le groupe A, très peu de femmes ont été questionnées sur leurs habitudes alimentaires (à peine plus de 1 sur 6), et que 1 sur 6 pensent que les informations reçues ne leur étaient pas adaptées.

Nous allons préciser les modalités du ciblage des informations données, quant à l'équilibre alimentaire : en fonction de l'IMC, de la prise de poids, et de l'activité physique.

- Item : composition des repas

La composition des repas est le sujet le plus simple à aborder. Il suffit parfois de faire retracer à la patiente sa « journée alimentaire » de la veille pour dépister d'éventuels déséquilibres.

Bien évidemment, un IMC de base anormal, ou une prise de poids non optimale, sont

des signes d'appels qui devraient encourager les professionnels à aborder cette question avec les femmes.

Cependant, l'étude montre que la composition des repas n'a pas été évoquée pour :

- les trois quarts des femmes « maigres »,
- quasiment la totalité des femmes en surpoids,
- presque la moitié des femmes obèses,
- quasiment 6 femmes de prise de poids « insuffisante » sur 10
- un peu plus de 6 femmes ayant une prise de poids excessive sur 10.

Item : rythme des repas

Le rythme des repas est un autre versant important de l'équilibre alimentaire. Les 3 repas par jour sont essentiels, afin d'assurer un apport énergétique suffisant, et de prévenir des éventuels grignotages qui sont encouragés par le sédentarisme (arrêt de travail) ou encore les fringales de la grossesse.

C'est dans cette optique qu'on peut alors préconiser aux femmes d'instaurer une à deux collations par jour, prises à des moments fixes.

Ces modalités pourtant essentielles n'ont pas été abordées pour :

- les trois quarts des femmes « maigres »,
- 9 femmes en surpoids sur 10
- 5 femmes obèses sur les 8
- plus de 6 femmes de prise de poids « insuffisante » sur 10
- un peu plus de 8 femmes ayant une prise de poids excessive sur 10.

Item : activité physique

Parler d'équilibre au sein de la balance de l'alimentation, c'est avoir conscience des deux plateaux dont elle se compose. Nous avons détaillé les modalités du premier plateau : les apports, il faut s'attacher aussi à un deuxième plateau souvent délaissé, qui est celui des

dépenses.

On peut comprendre que pour une femme enceinte prenant du poids de manière excessive, augmenter l'activité physique, en plus de contrôler ses apports alimentaires potentialise les chances de juguler cette prise de poids.

Au delà de cette idée, avec l'arrêt de l'activité professionnelle, la femme enceinte réduit ses dépenses énergétiques sans pour autant modifier ses apports alimentaires.

Il est donc essentiel de veiller à ce que nos patientes soient convaincues de l'importance d'une activité physique suffisante, qui se veut modérée, et d'au moins 30 minutes par jour.

Or parmi l'échantillon, ce point n'a pas été évoqué pour :

- quasiment 8 femmes en surpoids sur 10
- 5 femmes obèses sur les 8
- un peu plus de 8 femmes ayant une prise de poids excessive sur 10.
- quasiment la totalité des femmes qui se sont immédiatement arrêtées de travailler durant la grossesse..

En fonction des régimes alimentaire

Quasiment la la moitié des femmes de l'échantillon ayant suivi un régime dans l'année avant la grossesse, ont pris du poids de manière excessive.

On connait toute la délicatesse de cette situation : se souciant d'avoir des apports suffisants pour l'enfant, des femmes qui suivaient un régime reviennent à leur alimentation « classique » et sont à risque de prendre du poids de manière importante.

Toutefois, parmi les 9 femmes ayant suivi un régime dans l'année avant la grossesse, 6 n'ont reçu aucun conseil diététique.

En fonction de l'activité physique

Nous pouvons tout d'abord nous intéresser à une situation extrême qui est le repos strict des patientes.

En effet 17 des patientes de l'échantillon ont cumulé 6 heures ou plus, de repos strict par

jour, et parmi elles, 7 patientes ont pris du poids de manière excessive.

On comprend tout l'enjeu qui aurait été de les encourager à augmenter leur activité physique : or seules 2 patientes, sur les 17 ayant cumulé ces 6 heures de repos strict ont bénéficié d'informations ciblées sur l'activité physique.

On peut ensuite se demander si les patientes on effectué au moins 3h30 d'activité physique par semaine.

68% des patientes de l'échantillon ont pratiqué un temps d'activité physique inférieur à ce repère, avec tout de même 33% de l'échantillon pratiquant moins d'une heure d'activité physique par semaine.

L'information délivrée quant à l'exercice physique n'a cependant concerné que

- 9 femmes sur les 68 exerçant moins de 3h30 d'activité physique par semaine
- dont 5 femmes sur les 33 exerçant moins d'une heure d'activité physique par jour

On notera tout de même que parmi les 30 femmes ayant pris du poids de manière excessive : 22 ont pratiqué moins de 3h30 d'activité physique par semaine .

Il y a donc un réel aspect de l'accompagnement à revaloriser qui est celui de promouvoir l'activité physique. Nous avons toutefois bien conscience que sa nature doit être modérée, et qu'elle devient contre-indiquée en cas de menace d'accouchement prématuré par exemple.

- *Bien que toutes les femmes enceintes aient droit à la même information en terme de qualité, et de quantité, on peut dire que les items d'informations que nous avons explorés n'ont absolument pas été utilisés de manière optimale.*
- *L' « ironie » de ces résultats, est que les femmes qui se trouvaient dans des situations délicates envers leur prise de poids, ou leur équilibre alimentaire, on été les moins informées!*

- *L'état actuel des choses montre donc que l'information, même délivrée, est peu ciblée (hypothèse 3)*

2.6. Portée de l'information

En communiquant des conseils, ou des informations, nous offrons un message favorable à la santé. Ce message que nous avons élaboré selon nos modalités propres, risque d'être mal entendu, non compris, voire non perçu.

Or informer est une démarche entreprise « pour l'autre » : que font donc les femmes de l'information qu'elles reçoivent?

Une information de qualité, comprise par la patiente, et applicable au quotidien, devrait provoquer l'application des conseils partagés, et permettre un « mieux vivre » de nos patientes.

Dans notre étude, on peut donc comparer les tendances des modifications alimentaires des femmes selon qu'elles aient reçu ou non des conseils quant à la composition des repas.

Soit le groupe X le groupe de femmes ayant reçu ces conseils, et Y le groupe n'ayant pas reçu ces conseils :

Il est apparu que par rapport au groupe Y, parmi le groupe X :

– plus de femmes ont augmenté leur consommation de fruits, de féculents, de produits laitiers, et d'eau.

– Plus de femmes ont diminué leur consommation de produits ou de boissons sucrées.

– Moins de femmes ont par contre augmenté leur consommation de légumes.

Il est donc évident « qu'informer est utile », puisque plus de femmes informées rapprochent leur alimentation de certains repères optimaux.

On peut toutefois émettre une réserve quant au chiffre concernant les légumes : ces femmes consommaient-elles déjà au moins 2 portions de légumes par jour? Ou ont-elles été peu sensibilisées à ce sujet?

2.7. Conclusion quant à ces modalités

Nous pouvons maintenant dresser un bref état des lieux de l'information délivrée aux patientes en terme d'alimentation au cours de leur grossesse :

- L'information n'est pas systématique
- Peu de femmes bénéficient d'un suivi de leur alimentation par le professionnel responsable de la grossesse . L'échange est surtout ponctuel.
- La sage-femme aurait une place d'interlocuteur privilégié mais suit encore trop peu de grossesse, ou n'aborde pas assez le sujet de l'alimentation.
- Le fond de l'information est incomplet.
- La forme de ces informations est peu variée.
- Les informations délivrées sont très peu ciblées par rapport au profil des patientes.

- *Ce bilan quelque peu négatif réaliser un état des lieux quant aux modalités de l'échange offert aux gestantes autour de l'alimentation (Objectif 1 ou objectif principal).*
- *Il rend compte, pour moi, de toute la difficulté que représente le domaine de l'alimentation, et des interventions à ce sujet.*
- *Les professionnels sont une fois de plus responsables de la santé des patientes, et portent la charge d'éduquer » avec pour seuls outils, des connaissances théoriques, et un vécu personnel.*
- *Des pistes pourraient améliorer la situation de l'abord de l'équilibre nutritionnel au cours de la grossesse.*

3. Comment améliorer cette intervention?

Nous avons pu constater les grands défauts que possèdent les modalités des informations délivrées aux patientes en terme d'alimentation (lorsqu'elles le sont).

Or, évoquer et prétendre pouvoir modifier l'alimentation d'un patient est loin d'être chose aisée, notamment parce qu'en mangeant on ne fait pas que « se nourrir ».

Pourquoi ne pas cheminer vers la patiente pour lui permettre d'aller d'elle même vers des comportements plus favorables à sa santé? Et donc, peut-être, de modifier son alimentation?

Avec tous les apports que cette étude nous a fournis, je choisis donc de m'orienter vers les professionnels, afin de reformuler clairement quoi dire à nos patientes et comment le dire.

Je vais pour cela reprendre les conditions ou modalités optimales d'une sorte d' « éducation alimentaire » que l'on peut offrir aux gestantes, avant d'élaborer un support simple que les professionnels pourraient utiliser en consultation pour effectuer leur intervention.

3.1. Pistes « d 'éducation alimentaire »

- La grossesse : un temps d'opportunité :

Pendant la grossesse, la femme peut disposer d'une écoute plus favorable envers le domaine de l'alimentation.

Plusieurs causes à cela :

- vouloir veiller à la santé de l'enfant, parce que leurs actes ne concernent plus « qu'elles » mais aussi un enfant innocent
- vouloir conserver une certaine esthétique, en limitant les « déformations » corporelles
- ou harmoniser sa prise pondérale tout simplement.

La question de l'alimentation devrait être abordée tôt au cours de la grossesse, puis réévaluée, réajustée à chaque consultation.

- Qui doit informer?

Tout professionnel qui prétendrait vouloir effectuer de « l'éducation alimentaire » devra détenir toutes les connaissances médicales et pratiques, suivantes :

- conséquences des déséquilibres alimentaires durant la grossesse
- besoins nutritionnels de la gestante

– psychologie de la femme enceinte

– interactions entre psychisme et nutrition

Parce qu'elle maîtrise ces domaines, qu'elle dispose théoriquement de durées de consultations propices, et d'une constance auprès de la femme enceinte : la sage-femme possède une place de choix dans la promotion de la santé de la femme, et donc de son alimentation.

En terme d'agir, il faut ne pas moraliser, et risquer de faire de la patiente victime de tel ou tel comportement une coupable avérée, mais adopter une démarche « positive » en favorisant le bienfait de la prudence, de l'effort, à la conséquence néfaste de l'écart.

C'est alors le moment de mettre à profit ses qualités d''empathie, d'ouverture d'esprit, d'instauration d'un climat de confiance, et de pédagogie.

- S'adapter à la destinataire des messages

Dans la question alimentaire, promouvoir la santé auprès des femmes, c'est connaître leur place au centre de la famille.

Bien souvent ce sont elles qui achètent les aliments, cuisinent, et subviennent aux besoins alimentaires de la famille. On peut donc dire qu'elles peuvent véhiculer des concepts de santé .

Tout cela ne va pas sans **difficulté** et la femme enceinte est un destinataire délicat pour plusieurs raisons :

– elle même possède des habitudes propres souvent héritées de sa famille .

– elle est en proie à toute une psychologie de la grossesse.

– elle possède déjà un savoir qui peut être issu d'idées reçues, et des savoirs populaires

Il est alors difficile de transmettre des informations sur des bases parfois erronées, et surajouter de l'information peut engendrer des contradictions

– énoncer un message, implique que celui-ci soit faisable au quotidien et nécessite donc une bonne connaissance des patientes

– il y a une réelle indulgence sociale envers les rondeurs de la femme enceinte .

Ainsi des femmes qui surveillaient leur alimentation avec des motivations vestimentaires, ou sociales présenteraient un risque de « trop » lâcher prise...

- Le fond de l'information

Il m'apparaît essentiel que les patientes soient informées des points suivants :

- La spécificité de leurs besoins alimentaires
- La composition équilibrée des repas au cours de la journée
- Le rythme des repas à prendre
- L'instauration et la composition des collations.
- Les risques sanitaires, et leur prévention
- Les précautions alimentaires propres à la grossesse
- Le décodage des emballages
- La nécessité d'une activité physique modérée régulière d'au moins 30 minutes par jour
- Les bienfaits d'une prise de poids contrôlée et harmonieuse

- La forme de l'information

Comme toute information , la transmission de ces éléments implique une information mise à jour, valable, claire, concise, précise, mais aussi adaptée à la patiente, à sa portée, et applicable.

Cette information peut être :

– Un sujet abordé en consultation, mis en lien avec la santé de l'enfant et la bonne adaptation du corps à l'état gravide.

– Abordée au cours de l'entretien prénatal individuel,

– Échangée lors de séances de préparation à la naissance, pour la richesse des discussions de groupe, lors de différentes séances.

– À domicile

– À tout moment lors d'une hospitalisation.

3.2. Leur alimentation en 6 questions

- Projet d'un élément du dossier médical

Nous avons vu qu'évoquer l'alimentation n'est pas simple. Quelques questions ouvertes pourraient faire l'objet d'une courte partie de la consultation, et permettre de cibler le profil alimentaire de la patiente et d'échanger autour de celui-ci.

Voici ces questions et leur portée :

- « Avez-vous modifié quelque chose à votre alimentation depuis le début de la grossesse? »

Cette question nous permettrait de :

– construire un lien direct entre alimentation et grossesse

– réajuster immédiatement le « manger pour 2 ».

– dépister les situations de certaines femmes qui suivaient un régime avant la grossesse et risquent une prise de poids excessive.

– féliciter les patientes ayant déjà tenté de rééquilibrer leur alimentation.

– leur expliquer les grandes lignes d'une modification optimale de l'alimentation :

  – augmenter la consommation de légumes,

  – réduire la consommation de sucres rapides,

  – boire au moins 1,5l d'eau,

  – ajouter des collations à leur journée alimentaire en expliquant leur nature, si nécessaire.

- « Et, que mangez-vous généralement sur une journée? »

En recomposant la « journée alimentaire » de la patiente on peut :

- **en premier lieu** revoir avec elles le rythme des repas, et leur expliquer l'importance de ne pas jeûner, dans l'intérêt de la croissance foetale.
- puis, dépister des grands déséquilibres alimentaires éventuels.

  Il faut alors tenter de combattre certaines idées reçues en valorisant le rôle de chaque aliment :

  - les légumes apportent des vitamines, permettent un bon transit, et réduisent l'absorption intestinale des graisses
  - les fruits sont riches en vitamines MAIS contiennent du sucre, en consommer 3 par jour est suffisant.
  - les sucres lents sont à apporter à chaque repas pour permettre de tenir jusqu'au suivant et de ne pas grignoter.
  - les sucres rapides sont moins bien tolérés, il faut limiter la consommation de ces produits sucrés, et tenter de les absorber en fin de repas. En consommer 1 par jour c'est s'autoriser à se faire plaisir raisonnablement.
  - les graisses sont à limiter mais restent nécessaires.
  - la viande permet à l'enfant de grandir, il faut en consommer au moins tous les jours.

- « De quel aliment ne pourriez-vous pas vous passer? »

Parlons aux femmes de plaisir alimentaire ! Les repas durant la grossesse doivent conserver leur convivialité et leur goût. Il ne faut pas en faire des moments d'anxiété.

Si ce que les femmes préfèrent manger consistent en des produits à limiter, on peut fixer avec chaque femme un objectif de consommation journalier ou hebdomadaire à contenir.

- « Connaissez-vous les avantages d'une prise de poids harmonieuse? »

C'est l'occasion de mettre en avant une vision positive de la prise de poids, pour éradiquer « l'épreuve de la balance » . Il suffit de rappeler qu'une prise de poids harmonieuse :

- permet une « bonne santé » de l'enfant
- prévient de certaines complications de la grossesse (Diabète gestationnel)
- facilite l'accouchement (Puisque les tissus ne seraient pas infiltrés de graisses)
- facilite la pose de la péridurale
- évite de devoir perdre trop de poids après l'accouchement.

- « Pouvons nous fixer un objectif, d'une prise de poids à ne pas dépasser? »

Le professionnel de santé devra avoir établi l'IMC de la patiente en premier lieu. On pourrait « négocier » la prise de poids avec la patiente : c'est à dire avec son accord et sa participation.

Il suffirait de proposer par exemple la fourchette de prise pondérale établie par l'IOM en fonction de l'IMC de la patiente.

J'espère de cette démarche pouvoir faire en sorte que la patiente se sente actrice de sa grossesse et de son alimentation.

« Je prends trop de poids, je dois me recentrer sur mon objectif » serait plus constructif que « j'ai pris du poids, ma sage-femme va encore me disputer »

- « Exercez-vous une activité physique? Laquelle, et combien de temps? »

Cette question a pour but de montrer aux femmes que le poids ne dépend pas uniquement de ce que l'on consomme. De plus, une patiente qui ne réussirait vraiment pas à adapter son alimentation se verrait offrir une autre possibilité d'agir sur sa prise de poids.

On insistera sur le simple repère de 30 min d'activité physique modérée consécutive, par

jour. On ciblera surtout les femmes qui arrêtent précocement de travailler, ou qui ont une profession « de bureau », souvent assise.

On peut leur donner des pistes qui seraient par exemple d'aller chercher les enfants à l'école à pieds (si celle si est située à une distance raisonnable du domicile », de faire des « promenades » en couple ou en famille, ou encore d'aller à la piscine.

- *Nous avons donc élaboré une méthode d'aborder l'alimentation au cours de la première consultation de grossesse.*
- *Or nous avions mis en évidence l'importance d'un suivi : voyons ses modalités.*

3.3. Suivi de l'alimentation au cours de la grossesse.

Pour pouvoir parler de suivi, il faut avoir accès aux éléments recueillis grâce à ces 6 questions : pour pouvoir, à chaque consultation, reprendre certaines données et requestionner sur des éléments de difficultés .

Par exemple : une patiente qui consommait 5 produits sucrés par jour, qui s'est fixé de se limiter à 1 produit, doit pouvoir être questionnée sur son cheminement. C'est l'occasion de la féliciter pour ses efforts, de l'encourager, ou d'aborder les difficultés que cela engendre.

J'ai donc réalisé un outil de travail adaptable à tous les dossiers médicaux, afin de reporter ces informations de manière claire et synthétique.

Le principe de cet outil est le suivant :

– il est rempli par le professionnel qui établit le dossier à la première consultation

– l'identité de la patiente est reportée sur un étiquette d'identification.

– le professionnel renseignera les antécédents médicaux de la patiente pouvant induire des mesures diététiques (il faudra penser à y renseigner une consommation ou un sevrage tabagique), et son IMC qui figurent normalement dans tout dossier.

– les « 6 questions pour aborder l'alimentation » sont posées afin de remplir la fiche.

A l'issue de la première consultation, le professionnel établit une conclusion et conduite à tenir (CAT), qu'il a expliquée à la patiente. Il peut aussi mette en évidence des notions qui indiqueraient des risques de déséquilibres alimentaires ou de prise de poids excessive.

Puis lors des consultations ultérieures, le professionnel peut demander à la patiente comment est vécue son alimentation, si par exemple, elle continue à limiter ses apports en produits sucrés, si ce problème avait été dépisté lors de la première consultation.

Puis, la courbe de prise de poids est complétée par le professionnel (c'est une prise de poids totale en référence au poids avant la grossesse), et la prise de poids est comparée à l'objectif de départ.

Enfin, après l'accouchement, il est possible de réaliser une synthèse des modalités de l'alimentation et de l'activité physique de la grossesse, afin d'optimiser la prise en charge d'une grossesse ultérieure de la patiente.

- *Nous pouvons donc proposer aux professionnels de consultation, un guide simple, afin d'aborder naturellement la question de la nutrition avec toute femme, et de l'accompagner selon son habitus. (Objectif 4)*

(étiquette patiente)

Équilibre nutritionnel durant la grossesse

Date : …../...../.....

➢ Antécédents :

- nécessitant des mesures diététiques ?

□ non
□ oui : antécédent : .....
recommandations ou traitement :

- Régime dans l'année avant la grossesse

□ non
□ oui : étiologie : .....

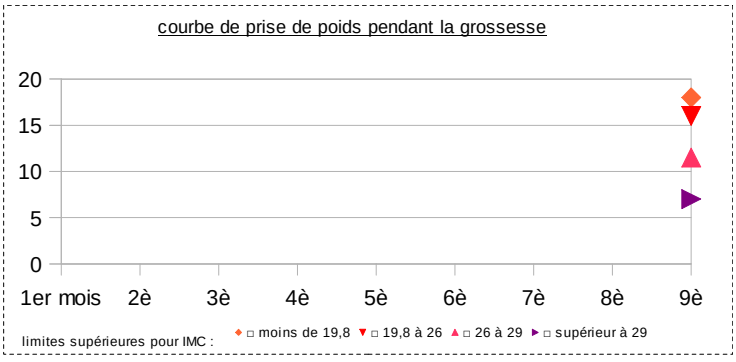
➢ Alimentation :

Repas consommés :

□ petit-déjeuner □ collation matin □ déjeuner □ collation A-M □ dîner □ collation soir

portions consommées des différents groupes d'aliments :					
Groupe d'aliment	Portion consommée sur une journée	Adaptation envisagée.	Groupe d'aliment	Portion consommée sur une journée	Adaptation envisagée.
Légumes			Poissons		
Féculents			Eau		
Produits laitiers			Boissons sucrées		
Matières Grasses ajoutées			Boissons light		
Produits sucrés			Alcool		

➢ Prise de poids au cours de la grossesse



IMC avant la grossesse :	.....
Prise de poids recommandée (kg) :	.....à..... kg
Projet de prise de poids durant la grossesse :	+.....kg

➢ Activité physique

Au moins 30 min par jour ? □ non □ oui : type : .....

➢ Conclusions : *(CAT et éléments à réévaluer)*

➢ Synthèse après l'accouchement :

CONCLUSION

On peut retenir de notre étude que l'équilibre nutritionnel des patientes est encore peu abordé. Il en découle logiquement une quasi absence de suivi, par la plupart des professionnels, y compris par la sage-femme.

Cette dernière est pourtant un acteur clef de l'optimisation de cet équilibre, notamment parce qu'elle détient des connaissances à ce sujet, qu'elle peut profiter des consultations prénatales, de la préparation à la naissance, ou de l'entretien prénatal individuel pour intervenir, et qu'elle offre proximité et disponibilité à la patiente.

On ne peut pas se réduire à penser que l'équilibre nutritionnel mobilise peu d'intérêt chez les professionnels, puisqu'il existe une réelle difficulté de l'explorer auprès des patientes. Nous avons donc pu tenter de démystifier cette difficulté dans le but que les professionnels eux-même en renvoient à la patiente une image positive et non contraignante (et améliorent donc cet équilibre).

Nous avons cité au cours de ce travail, le bien fondé du souci de l'alimentation maternelle, dans l'optimisation de l'alimentation future de l'enfant.

Pourrait-il s'agir d'un angle de prévention de l'obésité infantile?

De plus les dimensions familiales et « héréditaires » des modes de vie (dont les habitudes alimentaires), ne justifieraient-ils pas de comparer au sein des enfants obèses, les habitudes de toute le famille proche?

La prévention de l'obésité de l'enfant, et sa prise en charge pourraient-elles donc s'orienter vers toute la cellule familiale, au lieu de se focaliser seulement sur l'enfant?

BIBLIOGRAPHIE

(1) PNNS 2011-2015 http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf

(2) Étude Nationale Nutrition Santé (ENNS, 2006) « Situation nutritionnelle en France selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme National Nutrition Santé » (PNNS) Résumé des résultats présentés au colloque PNNS, 12 décembre 2007

(3) Pr RITZ Patrick « L'étude OBEPI a plus de 10 ans : évolution de la corpulence en France » dans Diabète et Obésité, décembre 2009, vol 4, numéro 34.

(4) La revue du praticien,volume 59, parue le 20 janvier 2009, dans la « monographie consacrée à la nutrition et prévention des maladies chroniques

(5) MOLAVI B, RASOULI N, KERN P. « The prevention and treament of metabolic syndrome and high-risk obesity. Dans Curr Opin Cardiol 2006;n°21:479-85,

(6) J-L BRESSON « Prévention nutritionnelle durant la grossesse et l'allaitement » dans « Nutrition de la conception à l'enfance : certitudes et perspectives », symposium de L'IFN (Institut Français pour la Nutrition) du 5 février 2009

(7) M FAVIER et I.HININGER – FAVIER, "Nutrition la femme enceinte " dans Traité d'obstétrique

(8) E MILLION « Supplémentation et grossesse » Ed Sauramps medical, mars 2008

(9) polycopié national du CEN (http://www.fascicules.fr/data/consulter/nutrition-polycopie-besoins-nutritionnels-femme-enceinte.pdf) disponible

(10) S.HAUGUEL-DE MOUZON « Métabolisme maternel et son contrôle hormonal au cours de la grossesse » dans Traité d'obstétrique,

(11) J.MÉDART « Manuel pratique de nutrition » L'alimentation préventive et curative de 2ème édition, édition de Boeck 2009

(12) M. FAVIER « Nutrition au cours de la grossesse: savoir assurer un bien être alimentaire »., XXVIIème Assise nationale des sage-femmes, Xème session Européenne Dauville les 19 et 21 mai 1999

(13) F.HAMMANI " l'alimentation de la femme enceinte" première partie, Dossier "alimentation et grossesse" dans Les dossiers de l'obstétrique, novembre 2004, n°332.

(14) RPC du CNGOF "Supplémentation au cours de la grossesse" Paris, le 5 décembre 1997

(15) PNNS" Les folates: n'attendez pas d'être enceinte pour les inviter à table" brochure à visée publique

(16) INPES, « Livret d'accompagnement (de la brochure le guide nutrition pendant et après la grossesse) destiné aux professionnels de santé », septembre 2007

(17) F.HAMMANI " l'alimentation de la femme enceinte" deuxième partie, Dossier "alimentation et grossesse" dans Les dossiers de l'obstétrique, novembre 2004, n°332.

(18) C-E TOURNÉ « la naissance comme période », Obstétrique psychosomatique et fonctionnelle, éditions Sauramps médical mai 2002, p53-63

(19) fiche action n°19 « le vécu de la grossesse par les femmes » tiré du guide … édité l'INPES en mai 2010

(20) L.BAÏCHI « Le plaisir: ami ou ennemi de notre alimentation? » compte rendu de publication des actes du colloque de l'IFN du 12/12/2006 mis en ligne le 10/09/2008 sur www.lemangeurocha.com

(21) G.PAICHELER « La nourriture et nous corps imaginaire et corps social.» Compte rendu de lecture de cet ouvrage, de C.DURIF-BRUCKERT. en ligne sur www.lemangeurocha.com

(22) V.PARDO « Des aliments et des hommes » colloque de l'IFN des 8 et 9 décembre 2009« des aliments et des hommes entre science et idéologie, définir ses propres repères en ligne sur www.lemangeurocha.com

(23) J-P CORBEAU « Le plaisir n'est pas un luxe pour la santé;donnons à nos enfants une véritable culture alimentaire. » Extrait de la conférence de l'OCHA du 3 décembre 208

(24) J-P POULAIN « des risques de médicaliser l'alimentation quotidienne » dans « Manger aujourd'hui : attitudes, normes et pratiques » Éditions Privat Paris 2002

(25) J-P POULAIN « Les modèles alimentaires » dans « Manger aujourd'hui : attitudes, normes et pratiques » Ed Privat Paris 2002, p 23-38

(26) B.BOUCHER « Ce que faire à manger veut dire : représentation, signification, évolution. Le médecin nutritionniste à l'écoute de ses patients » Colloque de l'OCHA à Toulouse les 12, 13 et 14 décembre 2005 « faire la cuisine analyses pluridisciplinaires d'un nouvel espace de modernité »

(27) S. DESSAJAN« Au baromètre du plaisir de cuisiner 2 françaises sur 3 se régalent » Colloque de l'OCHA à Toulouse les 12, 13 et 14 décembre 2005 « faire la cuisine analyses pluridisciplinaires d'un nouvel espace de modernité »

(28) N.DELVILE, P.DERUELLE, V HOUFFIN-DEBARGE, N HÉLOU, D SUBTIL, P VAAST « Quels sont les effets d'une prise de poids maternelle excessive? » Vocation Sage-femme, Novembre-Décembre 2004, n°26

(29) J.BRINGER « Grossesse et excès de poids », dans *Réalités en Nutrition,* Octobre 208, n°13, p11-16

(30) *Y.AUBARD, E.DECROISETTE* dossier : obésité et grossesse: « Epidémiologie et complications » dans *Réalités en Nutrition,* Octobre 208, n°13, p7-10

(31) C. FOULHY, « l'alimentation de la femme enceinte et allaitante » dans Vocation Sage-femme, Octobre 2007, n°56, p8-11

(32) F. GALTIER, J.BRINGER « Poids et grossesse : avant, pendant, après. »dans cahiers de la nutrition et de la diététique, mai 2003, n°38, p287-290

(33) V.ESCORBIAC, A;REVEL « diététique et prévention d'une prise de poids excessive en cours de grossesse », dans Information diététique, février 2002.

(34) M.BENCHIMOL « conséquences fœtales d'une prise de poids excessive au cours de la grossesse » dans Réalités en Gynécologie-Obstétrique, n°131, juin 2008, p1-4

(35) « Diététique de la femme enceinte et allaitante » dans Vocation Sage-femme, n° 41, E.Massons SAS, 2007

(36) A.SELLES « L'éducation alimentaire de la femme enceinte, vers une alimentation consciente. » dans Les dossiers de l'obstétrique, Octobre 2010, n°397

ANNEXES

Annexe A :
Besoins journaliers en vitamines et oligoéléments de la femme enceinte .

		Besoins	
Vitamines	A	370 à 450	µg/jour
	B9	300 à 400	µg/jour
	B12	120	mg/ jour
	C	120	mg/ jour
	D	10	mg/ jour
	E	12	mg/ jour
Calcium		1000 (1T)	mg/ jour
		2000 (2T et 3T)	mg/ jour
Fer		15 à 20 (1T et 2T)	mg/ jour
		30 (3T)	mg/ jour
Iode		150 à 200	µg/jour
Magnésium		400 à 500	mg/ jour
Zinc		25	mg/ jour

1T = Premier Trimestre de grossesse
2T = Second Trimestre de grossesse
3T = Troisième Trimestre de grossesse

(D'aprés E.MILLION « Supplémentation et grossesse » (8))

Annexe B :
Schéma d'une journée alimentaire optimale chez la femme enceinte.

Petit Déjeuner

1 laitage

pain ou céréales

15g de beurre environ

1 fruit

1café ou thé ou tisane

Collation à 10h

1 yaourt

1/8 de baguette de pain

tisane, eau, boisson light

Déjeuner

crudités assaisonnées avec 1 cuillère à soupe d'huile

légumes cuits

1 portion de viande, œufs ou poisson

féculents (jusqu'à 100g)

¼ baguette de pain

1 produit laitier

1 produit sucré

Collation à 16h

1/8 de baguette de pain

1 yaourt

tisane, eau, boisson light

Dîner

crudités assaisonnées avec 1 cuillère à soupe d'huile

légumes cuits (jusqu'à 200g)

1 portion de viande, œufs ou poisson

féculents (jusqu'à 100g

¼ baguette de pain

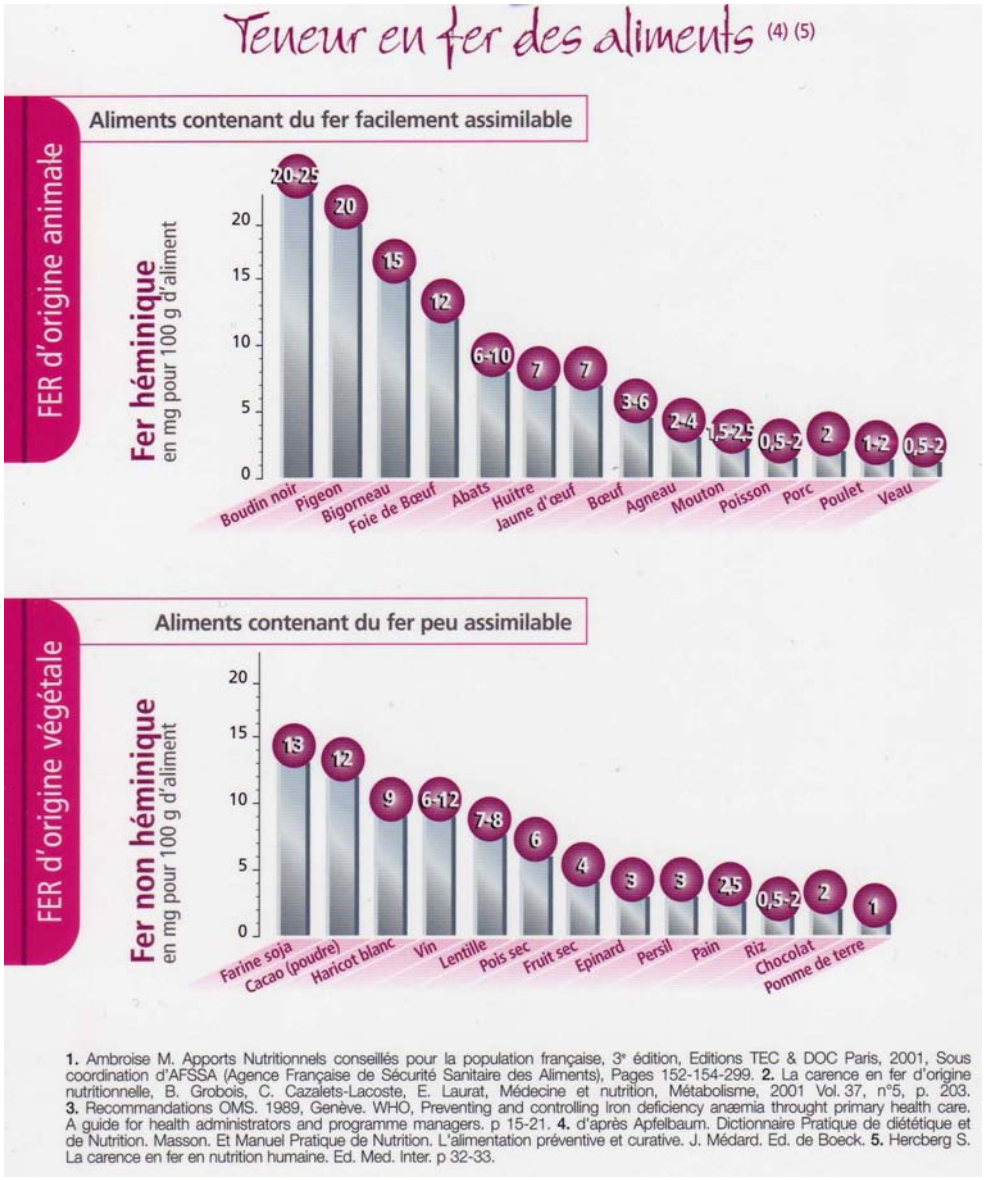
1 fruit

<u>Annexe C :</u>
Teneur en folates de certains aliments.

TENEUR en µg/100g		ALIMENT	INTERET
Très forte*	>1000	levure	**REDUIT** Car nous en consommons très peu.
forte	100-200 100-150	épinards, cresson, chicorée, pissenlit, mâche, melon graines (noix, châtaigne, pois chiche,...) fromages affinés (brie, bleus, chèvre...).	**RELATIF** Car nous en consommons peu ou en toute petites proportions.
moyenne	50-100 20-50	autres légumes à feuille (laitue, endive, choux, poireau, artichaut), haricots verts, petits pois, radis, asperges, betteraves, courgettes, avocat, lentilles, carottes, tomates, oignon, potiron, maïs, poivron, agrumes, banane, kiwi, fruits rouges, dattes, figues, œufs, autres fromages, frites, pains.	**TRES IMPORTANT** Car nous consommons régulièrement l'un ou l'autre de ces aliments et dans des proportions assez élevées.
faible	5-20 5-10	concombre, céleri, aubergine, champignons, olives, pommes de terre, riz, pâtes, laitages frais, viandes, poissons, pommes, poires, prunes, pêches, abricot.	**IMPORTANT** Car nous consommons régulièrement ces aliments même si leur apport en folates est plus réduit.

<u>Source :</u> PNNS" Les folates: n'attendez pas d'être enceinte pour les inviter à table" brochure à visée publique (15)

<u>Annexe D :</u>
Teneur en fer de certains aliments



1. Ambroise M. Apports Nutritionnels conseillés pour la population française, 3e édition, Editions TEC & DOC Paris, 2001, Sous coordination d'AFSSA (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments), Pages 152-154-299. **2.** La carence en fer d'origine nutritionnelle, B. Grobois, C. Cazalets-Lacoste, E. Laurat, Médecine et nutrition, Métabolisme, 2001 Vol. 37, n°5, p. 203. **3.** Recommandations OMS. 1989, Genève. WHO, Preventing and controlling Iron deficiency anæmia throught primary health care. A guide for health administrators and programme managers. p 15-21. **4.** d'après Apfelbaum. Dictionnaire Pratique de diététique et de Nutrition. Masson. Et Manuel Pratique de Nutrition. L'alimentation préventive et curative. J. Médard. Ed. de Boeck. **5.** Hercberg S. La carence en fer en nutrition humaine. Ed. Med. Inter. p 32-33.

<u>Source :</u> Plaquette informative TARDYFÉRON B9®

Annexe E :
Questionnaire distribué aux patientes dans le cadre de l'étude .

Madame,

Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études ayant pour but de savoir comment les sage-femmes abordent et assurent le suivi de votre équilibre alimentaire pendant toute votre grossesse, je vous propose de partager de votre vécu et de contribuer à mon étude avec ce questionnaire qui suit .

Je vous remercie d'avance du temps que vous y consacrerez, et vous félicite pour votre accouchement.

1. A propos de vous

1.1. Votre âge : ….. ans.

1.2. Vous êtes:

- □célibataire vivant seule
- □mariée ou pacsée
- □célibataire en concubinage
- □chez vos parents
- □dans une autre situation : précisez ….....

1.3. Combien d'enfants avez-vous? Nombre d'enfants: …..

1.4. Quel métier exercez-vous?

Métier : ….....

Avez-vous travaillé durant la grossesse? □non □oui

Si oui, vous êtes vous arrêtée de travailler?

- □pendant le premier trimestre
- □pendant le deuxième
- □pendant le troisième
- □à la date légale du congé de maternité

1.5. Dans votre famille, pouvez vous indiquer s'il y a des antécédents de :

□obésité □diabète □excès de cholestérol

1.6. Veuillez indiquer si vous-même vous souffrez :

- □d'obésité
- □d'hypertension artérielle
- □de diabète
- □de maladie cardiovasculaire
- □d'excès de cholestérol
- □de problèmes de thyroïde
- □d'anémie

1.7. Avez-vous déjà été opérée ?

- □de la thyroïde
- □de chirurgie de l'obésité
- □d'autre intervention sur l'appareil digestif (précisez) ….....

2. **Autour de votre grossesse**

2.1. Quel(s) professionnel(s) de santé a (ont) suivi votre grossesse ? *(plusieurs réponses possibles)*

- votre gynécologue en ville
- votre gynécologue de la maternité
- votre médecin traitant
- votre sage-femme libérale
- votre sage-femme de consultation dans l'hôpital
- autre : ….....

2.2. Quels étaient votre taille, et votre poids avant la grossesse? ….m..... pour ….kg

2.3. Votre prise de poids durant la grossesse :

« J'ai pris …. kg durant ma grossesse, dont ….. kg pris au premier trimestre de grossesse, puis ….. kg au deuxième, et ….. kg au troisième trimestre. »

2.4. Avez vous fait du diabète gestationnel durant la grossesse?

- oui
- non

2.5. Aux échographies, comment était qualifiée la croissance de votre enfant durant la grossesse?

- « normale et régulière »
- « au dessus des courbes »
- « en dessous des courbes »
- On ne vous l'a pas précisé

3. **Votre alimentation au cours de la grossesse**

3.1. A-t'on évoqué votre alimentation, au cours du suivi de la grossesse?

- non
- oui

(si non, aller directement à la question 3.9)

3.2. Qui a abordé ce sujet avec vous? *(plusieurs réponses possibles)*

- votre gynécologue
- votre médecin traitant
- votre sage-femme
- une diététicienne
- autre : .....

3.3. Quand était-ce?

- avant la grossesse
- une fois au cours d'une consultation pendant la grossesse
- tout au long de la grossesse (au cours de plusieurs consultations)
- en séance de préparation à la naissance

3.4. Pouvez-vous cocher les sujets évoqués par cette (ces) personne(s)?
(plusieurs réponses possibles)

□prévention alimentaire de la toxoplasmose
□prévention alimentaire de la listériose
□les risques d'une prise de poids trop importante
□les risques du diabète gestationnel
□la composition des repas
□le rythme des repas
□les troubles digestifs
□le plaisir alimentaire
□l'exercice physique durant la grossesse

3.5. Comment la question a-t'elle été abordée? *(plusieurs réponses possibles)*

□ information orale
□remise d'un prospectus,ou dépliant
□remise d'un livret
□autre : précisez: .....

3.6. Vous a-t'on d'abord questionnée sur vos habitudes alimentaires
□non □oui
Si oui, que vous a-t'on demandé? ….....

3.7. Les informations reçues étaient-elles claires et compréhensibles?
□non □oui

3.8. Pensez-vous que ces informations étaient adaptées à vous?
□non □oui

3.9. A-t'on répondu à vos questions en terme d'alimentation?
□non □oui

3.10. Avez-vous suivi un régime alimentaire précis **dans l'année avant** la grossesse?
□non □oui
Avez-vous suivi un régime alimentaire précis **durant** la grossesse?
□non □oui

Si oui, était-ce un régime : □prescrit par un professionnel de santé
□fait de votre propre initiative
□fait pour d'autres raisons : ….....
Si oui, en quoi consistait-il?
….....
.....
.....

3.11. Quels repas faisiez vous en général sur une journée?

□un petit déjeuner □une collation l'après-midi
□une collation le matin □un diner le soir
□un déjeuner le midi □une collation plus tard dans la soirée

3.12. Vous arrivait-il de grignoter entre les repas ? □non □oui
Si oui, que mangiez ou buviez vous? .....

3.13. En pratique, que mangez-vous et combien de fois par jour?

groupe d'aliment	consommation	
	avant la grossesse	pendant la grossesse
fruits **par jour**		
légumes, **en fois par JOUR**		
pain, céréales, pommes de terre, légumes secs **en fois par JOUR**		
lait et produits laitiers **en nombre par JOUR**		
matières grasses ajoutées (beurre, huiles) **en cuillères à soupe parJOUR**		
produits sucrés (gâteaux, confiseries, pâtisserie) **en fois par JOUR**		
viandes, volaille, œufs **en fois par SEMAINE**		
poisson **en fois par SEMAINE**		
eau **en litres par JOUR (1 verre =0,2 l)**		
boissons sucrées **en litres par JOUR (1 verre =0,2 l)**		
boissons light**en litres par JOUR (1 verre =0,2 l)**		
alcool **en verres par MOIS**		

3.14. Sur une semaine, combien de fois consommez-vous des plats industriels déjà cuisinés?
□moins de 3 fois □de 3 à 6 fois □7 fois ou plus

3.15. Sur une semaine, combien de fois allez-vous au restaurant ou fast-food?
□moins de 3 fois □de 3 à 6 fois □7 fois ou plus

3.16. En moyenne, combien de temps estimez-vous être restée au repos strict, dans une journée ? *(on parle de sieste, de temps assise devant un écran par exemple)*

□ moins de 3h00 □entre 3 et 6h □plus de 6h

3.17. Sur une semaine, pendant combien de temps pratiquez vous une activité physique assez intense,et laquelle? *(il peut s'agir d'actes quotidiens comme le ménage, marche à vive allure, ou d'activité sportive)*

□moins d'une heure □ moins de 3h30 □plus de 3h30 □plus de 7h
votre type d'activité(s) :
….....

« Alimentation et grossesse …

Nourrir de dires pour dire de se nourrir »

Comment attendre de toute femme enceinte des habitudes hygiéno-diététiques irréprochables, sans intervention spécifique des professionnels de santé à ce sujet ?

Est-il possible de dire que tout suivi de grossesse comprend un temps d'échange à propos de l'alimentation des femmes ?

De quelle manière est abordé et assuré l'équilibre nutritionnel de la femme enceinte ?

Ce travail de recherche, a été guidé par deux principales volontés : celle d'établir un état des lieux quant aux modalités de l'échange offert aux gestantes autour de ce point, ainsi que celle de proposer une méthode simple et pratique pour favoriser ce dialogue, et l'optimiser.

Pour cela, les pratiques actuelles des professionnels de santé ont été analysées à travers une étude réalisée auprès de 100 femmes.

Partir de ce qui leur a été dit, analyser ce qu'elles ont retenu, compris, appliqué, leur demander d'évaluer cet accompagnement... toutes ces démarches ont permis d'ériger une « méthode » adaptée et plus abordable, pour le professionnel, qui lui permettrait de s'assurer de l'équilibre nutritionnel de la patiente.

Ainsi, communiquer, dialoguer, informer, réajuster revient à « nourrir » l'esprit de ces femmes de nos messages (ou « dires »), afin de tenter de les accompagner au mieux dans leur alimentation, ou de mieux leur « dire de se nourrir ».