



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

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



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

L'image corporelle et les changements de comportement alimentaire pendant la grossesse



Photo et droits obtenus : cultmax

Mémoire présenté et soutenu par : **Anaïs AULAGNIER**
Née le 12 février 1992
En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme
Promotion 2011-2016

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1
UFR de Médecine et Maïeutique Lyon Sud – Charles Mérieux
Site de Formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse

L'image corporelle et les changements de comportement alimentaire pendant la grossesse

Mémoire présenté et soutenu par : **Anaïs AULAGNIER**
Née le 12 février 1992
En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme
Promotion 2011-2016

Remerciements

À Mme BONHOURE Paola, sage-femme formatrice de l'école de sage-femme de Bourg-en-Bresse et guidante de mon mémoire, pour son aide précieuse et constante et qui a eu foi en mon sujet dès le début de mon travail.

À Mme FOUCAN Delphine, psychologue à l'hôpital de Fleyriat et directrice de mon mémoire, pour ses conseils avisés en tant que psychologue.

À Mme RIO Caroline, diététicienne au CERIN, qui a accepté de m'accompagner tout au long de ce travail, m'orientant dans mes recherches et m'encourageant dans sa réalisation.

À Mme PERRIN-FAYOLLE Christelle, sage-femme et diététicienne, pour son aide précieuse et ses conseils en tant que sage-femme et diététicienne

Enfin, un grand merci à ma famille pour leur patience, leur soutien et leurs encouragements tout au long de ces années d'étude. Je leur dédie ce mémoire.

Une pensée toute particulière pour les 6 Fantastiques qui m'ont permis de voir la vie sous 6 horizons différents et à Sébastien, ma source de motivation.

SOMMAIRE

Introduction.....	<u>8</u>
PREMIERE PARTIE :.....	<u>9</u>
I. Le corps de la femme et ses représentations.....	<u>10</u>
1) Définition.....	<u>10</u>
2) Les modifications physiques de la grossesse.....	<u>10</u>
3) Les modifications psychiques de la grossesse.....	<u>12</u>
4) Le vécu des changements corporels	<u>14</u>
II. Une femme enceinte peut-elle, doit-elle, s'autorise-t-elle à grossir ?.....	<u>15</u>
1) Les facteurs influençant.....	<u>15</u>
2) Poids de santé / Poids de beauté.....	<u>17</u>
3) La prise de poids recommandée.....	<u>18</u>
4) L'impact de la prise de poids chez la femme enceinte.....	<u>20</u>
III. Les conseils alimentaires tiennent-ils compte de la singularité de la personne?.....	<u>22</u>
1) L'alimentation de la femme aujourd'hui.....	<u>22</u>
2) Prévention du surpoids et des risques infectieux / toxicologiques.....	<u>24</u>
3) Les difficultés de transmission des conseils diététiques	<u>25</u>
DEUXIEME PARTIE : L'enquête.....	<u>27</u>
I. Thème et problématique de l'étude.....	<u>28</u>
II. Objectifs et Hypothèses d'enquête.....	<u>28</u>
III. Matériel et méthodes.....	<u>30</u>
1) L'outil d'enquête.....	<u>30</u>
2) Population cible.....	<u>30</u>
3) Réalisation des entretiens.....	<u>30</u>
4) Les limites de l'étude.....	<u>31</u>
5) Les forces de l'étude	<u>32</u>
IV. Résultats.....	<u>33</u>
1) Informations générales.....	<u>33</u>
a) Age maternel.....	<u>33</u>
b) L'IMC initial.....	<u>33</u>
c) Habitudes toxiques.....	<u>33</u>
d) Situation familiale.....	<u>34</u>
e) Le suivi de grossesse.....	<u>35</u>
f) Activités sportives / régime.....	<u>36</u>
2) Ressenti de la patiente.....	<u>37</u>
a) Le vécu de la grossesse.....	<u>37</u>
b) Le physique.....	<u>38</u>
c) Imaginée enceinte.....	<u>39</u>
d) Les vêtements pendant la grossesse.....	<u>40</u>
e) Les craintes et les peurs concernant la grossesse.....	<u>41</u>
3) Le ressenti de l'entourage.....	<u>42</u>

4) Objectif de poids.....	44
5) Cours de préparation à l'accouchement	45
6) Les informations sur les transformations corporelles de la grossesse / conseils diététiques.....	45
7) Manger équilibré	46
8) Les modifications des habitudes alimentaires pendant la grossesse.....	46
9) Les raisons de ces modifications.....	47
10) Les regrets.....	49
11) L'information diététique pendant la grossesse.....	50
12) Grossesses futures ?.....	52
13) Présence du papa.....	52

TROISIEME PARTIE : Discussion.....54

I. L'image corporelle pendant la grossesse.....55

1) L'importance de l'image corporelle pendant la grossesse.....	55
a) Anticiper sa grossesse	55
b) La féminité pendant la grossesse	56
c) Les vêtements : le reflet de l'image corporelle.....	57
2) L'image corporelle dépend du regard de l'entourage.....	58
a) L'entourage.....	58
b) Le conjoint.....	58
3) Le rôle des cours de préparations à la naissance et à la parentalité (PNP).....	60
4) Le corps avant et après une grossesse	60

II. Le changement de comportement alimentaire pendant la grossesse.....62

1) Le poids pendant la grossesse.....	62
a) Par les professionnels de santé.....	62
b) Par la patiente.....	63
c) La maternité anxiogène.....	64
2) Les modifications alimentaires.....	65
a) L'alimentation : le reflet de la personnalité.....	65
b) Non respect des conseils alimentaires.....	66
c) Peur des aliments.....	67
d) Le tabac.....	68
e) Régimes et grossesse.....	68
3) L'alimentation : un impact social.....	69
4) La grossesse psychique.....	71

III. Propositions.....72

1) La grossesse : un heureux événement ?.....	72
2) Quels conseils diététiques ?	73
3) Que faire en pratique ?.....	74
4) La consultation diététique	76
5) L'entretien du 4ème mois.....	78
6) Le groupe de parole.....	78

Conclusion.....80

Références bibliographiques.....	<u>82</u>
Bibliographie.....	<u>85</u>
Annexes.....	<u>91</u>

Introduction

La grossesse est une étape importante dans la vie d'une femme. De nombreux remaniements psychiques mais aussi physiques mettent à l'épreuve la future mère, et notamment la primipare.

Durant la grossesse, la femme va voir son corps se modifier (ventre rond, sein, pigmentation, prise de poids...). Cette transformation corporelle spécifique de la grossesse est rapide. En seulement neuf mois, la future maman va se métamorphoser afin d'accueillir son bébé. Elle va également subir une véritable crise maturative nécessaire pour répondre aux besoins de son enfant à la naissance.

Au milieu de tous ces changements, comment la primipare se voit-elle ? Son image corporelle prend-t-elle plus d'importance et va-t-elle modifier son comportement alimentaire ? Ce mémoire a ainsi pour objectifs de montrer l'importance de l'image corporelle pendant la grossesse et de mettre en évidence le rôle essentiel des conseils diététiques face au changement de comportement alimentaire.

Nous avons tout d'abord présenté les remaniements qu'engendrent la grossesse et la prise de poids tant d'un point de vue physique que psychologique. Nous avons ensuite rencontré 21 primipares d'IMC normal initial à l'hôpital Fleyriat de Bourg-en-Bresse afin de connaître leur vécu de ces changements. Après analyse des résultats tirés de ces entretiens, nous avons cherché à identifier les pistes de réflexions pour permettre à chaque patiente d'appréhender au mieux cette période de grossesse et tout particulièrement les modifications importantes qu'elle entraîne : image corporelle, rapports sociaux, comportement alimentaire.

PREMIERE PARTIE :

I. Le corps de la femme et ses représentations

1) Définition

Il est important de différencier l'image corporelle et le schéma corporel. Françoise Dolto, pédiatre et psychanalyste française, distingue ces deux notions comme non équivalentes mais plutôt complémentaires.[1]

Le schéma corporel caractérise l'individu en tant que représentant de l'espèce. En principe, il est le même pour tous. Il renvoie au corps anatomique, physiologique. Il se construit dès les premiers mois de vie de l'individu et se développe progressivement grâce à la maturation du système nerveux.[2]

L'image corporelle, quant à elle, est liée à l'histoire du sujet. C'est la perception qu'à un individu de son corps. Elle sera donc différente d'une personne à l'autre en fonction de leur vécu respectif, de leurs expériences émotionnelles propres. L'image corporelle se construit donc à partir des pensées et valeurs de chacun mais aussi du regard de l'entourage et du contexte socioculturel. Selon les cultures et les époques, la minceur n'aura pas la même connotation : actuellement dans notre culture occidentale, la minceur est synonyme de beauté alors qu'au XIXe siècle elle était plutôt un signe de maladie comme la tuberculose par exemple. Dans d'autres cultures c'est la rondeur qui est mise en avant car elle reflète la santé et la fécondité.[3]

Pour la future mère, la grossesse est une étape clé de la transformation de son corps, c'est une expérience singulière. Il est donc nécessaire de l'accompagner durant ces neuf mois où de nombreux changements apparaissent : tant psychique que physique.

2) Les modifications physiques de la grossesse

Pendant la grossesse, la femme va voir son corps se transformer au fil du temps. Ces modifications peuvent être plus ou moins rapides et plus ou moins attendues par la parturiente, surtout chez la primipare. En effet, tout est nouveau pour elle.

La première modification marquant la grossesse est l'**aménorrhée**. C'est cette modification qui amène généralement la femme à découvrir sa grossesse. Elle est souvent accompagnée des « petits maux » tels que des nausées, vomissements mais aussi des troubles urinaires comme la pollakiurie, des troubles du sommeil et une hypersensibilité olfactive. Ces troubles sont présents à des degrés différents pour chaque patiente mais aussi pour chaque grossesse. « Chacune est diversement – et de façons différentes à chaque âge – réceptive aux signaux que lui adresse son corps ».[4]

Les **modifications mammaires** sont visibles et apparaissent rapidement : augmentation de volume provoquant une tension mammaire importante (mastodynies), œdèmes mammaires, réseau veineux visible, écoulement de colostrum en fin de grossesse.

La femme peut aussi voir apparaître une **hyper-pigmentation** se retrouvant au niveau de la vulve, de l'aréole, de la paroi abdominale appelée « la ligne brune » et du visage (chloasma). Ce phénomène est due à l'augmentation de la progestérone pendant la grossesse, provoquant une synthèse importante de mélanine, pigment de la peau.

La grossesse peut également favoriser une augmentation de la **pilosité** et l'apparition des **vergetures** de façon définitive due à une perte d'élasticité des fibres conjonctives de la peau.

Enfin, la grossesse s'accompagne d'une **prise de poids** tout au long de ces neuf mois. C'est l'une des modifications les plus marquantes pour la femme. Si, au début de grossesse, elle est plutôt moindre et régulière, au troisième trimestre, elle augmente plus radicalement. À partir de 13 semaines d'aménorrhée, elle devient linéaire (figure 1). La future maman peut avoir alors une impression « de perte de contrôle » face à cette prise de poids plus conséquente. Il est donc important de la préparer à accepter cette transformation physique.

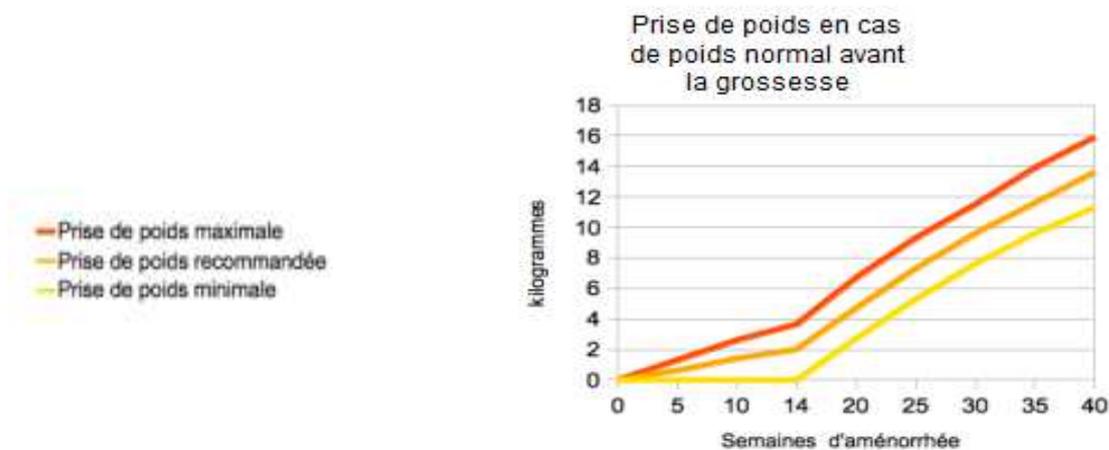


Figure 1 : l'évolution de la prise de poids en cas de poids normal avant la grossesse.

D'après le Dr Guilherme Romain « la prise de poids normale pendant la grossesse ». [5]

Les modifications physiques pendant la grossesse sont nombreuses. Elles s'accompagnent aussi d'un état émotionnel particulier.

3) Les modifications psychiques de la grossesse

La grossesse est un grand bouleversement psychique dans la vie d'une femme.

En effet cela provoque un réel raz de marée émotionnel. La parturiente vit une véritable crise identitaire : elle passe du statut de « fille de » à celui de « mère de ». Monique Bydlowski parle de « **transparence psychique** » qui met à nu l'inconscient, « des fragments du préconscient et de l'inconscient viennent facilement à la conscience. »[6]. Des souvenirs enfouis ou refoulés refont surface et peuvent être à l'origine d'angoisse. De ce fait, la grossesse emmène la femme dans un état inhabituel, celle-ci connaît une véritable crise maturative permettant la mise en place d'une identité nouvelle. Ce processus se retrouve également chez les adolescentes.

Cet état psychique particulier, propre aux femmes enceintes se poursuit par « **la préoccupation maternelle primaire** », décrite par D.W. Winnicott, psychanalyste britannique. Débutant quelques semaines avant l'accouchement, cet état s'observe

principalement après la naissance de l'enfant. La mère, centrée sur les besoins de son enfant, décrypte les signaux d'appel. Il existe un véritable lien entre eux. C'est le dévouement quasi absolu des mères à la naissance : celles-ci anticipent tous les besoins de leur bébé.

Le passage de la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire participe à cette crise maturative. La grossesse est physique mais aussi psychique. Durant ces neuf mois de grossesse, la future mère va connaître trois étapes émotionnelles [7] :

- Le premier trimestre est marqué par un sentiment d'**ambivalence**.
D'un côté, la femme enceinte instaure une réaction de défense contre les changements de la grossesse. Cela concerne les modifications physiques et le changement de statut vis-à-vis du couple et de la famille mais aussi du travail.
De l'autre côté, une réaction plus positive se met en place. En effet, la grossesse va permettre dans certains cas de se sentir plus féminine et s'accompagne d'un sentiment de joie et d'épanouissement de soi.
On retrouve cet état d'ambivalence lors de la découverte de la grossesse : « suis-je enceinte ou non ? » Cette période d'incertitude sera source d'angoisse pour certaines femmes ou au contraire un état euphorique pour d'autres. Celles-ci s'amuseront de cette possibilité et de ce désir de grossesse : « être *peut-être* enceinte » est différent qu'être enceinte.[4]
- Le deuxième trimestre se présente sous le signe de l'**harmonie**. La parturiente se sent mieux en adéquation avec sa grossesse et elle le montre. C'est donc le trimestre du bien-être puisque l'organisme maternel s'est habitué à la grossesse. La mère est gorgée d'hormones qui la rendent joviale et épanouie. C'est le moment où la patiente perçoit les premiers mouvements fœtaux.
- Enfin, le troisième trimestre marque un tournant : c'est l'**échéance**. Il peut y avoir un véritable mal être physique. C'est à cette période que la femme prend le plus de kilos. A cela s'ajoute également le poids du bébé ; celui-ci finissant sa croissance prend plus de place dans le ventre, entraînant des répercussions sur la mobilité, la qualité du sommeil, l'apparition des œdèmes des membres inférieurs (OMI). Chaque mouvement devient plus compliqué. Plus le terme approche, plus la femme se marginalise de la

société, ne pouvant plus pratiquer ses activités habituelles.[4] De plus, il y a un conflit qui va apparaître par rapport à l'accouchement : d'un côté la mère a envie d'accoucher, de l'autre elle est très anxieuse et appréhende la naissance. Selon Bydlowski, cela fait partie de l'angoisse de la castration au féminin, c'est à dire l'ambivalence entre l'envie d'accoucher et la peur de perdre une partie de soi. [8]

Pendant la grossesse, la femme fait face à des modifications physiques importantes mais aussi à un état psychique particulier. De ce fait, l'image corporelle peut être modifiée. Or son acceptation est un aspect primordial de l'identité maternelle.[8]

4) Le vécu des changements corporels

Les modifications physiques liées à la grossesse peuvent bouleverser la future maman. Les premiers changements visibles sont souvent les plus difficiles à accepter car ils surprennent et peuvent être inattendus, surtout chez la primipare.[7] Ils sont en général mieux vécus si elle leur donne un sens. Elle associe par exemple l'apparition du « gros ventre » avec la bonne croissance du bébé. La prise de poitrine soudaine peut gêner ou à l'inverse, permettre de se trouver plus féminine ou se sentir mère avec le sein nourricier. La femme enceinte peut aussi réagir différemment en magnifiant son corps.

Le vécu de ces transformations dépend aussi de l'entourage. En effet, le rôle du conjoint est essentiel en favorisant l'acceptation de ces bouleversements et en aidant sa femme à avoir un regard plus bienveillant. L'homme peut érotiser ce « nouveau corps » ou dans certains cas le repousser, gêné. Quoiqu'il en soit, il réagira vis-à-vis de ces modifications physiques de la grossesse. Ceci impactera la vie de couple et notamment la sexualité.[4]

A l'inverse, le comportement de la parturiente vis-à-vis de sa grossesse influence le soutien et l'attitude du conjoint.[7] Par exemple, si la femme enceinte se sent complètement épanouie, bien dans son corps, en aucun cas, l'entourage ne va venir bouleverser cet état de bien-être avec des remarques et des reproches. En revanche, si elle a une vision négative de son corps, les compliments du conjoint seront vains, et ce sujet pourrait alors devenir tabou. Le vécu et l'influence ou non du conjoint dépend de chaque personnalité et de chaque couple.

Enfin, les cours de préparation à l'accouchement permettent d'informer les futures mères sur les différentes étapes de la grossesse comme les signes d'alerte, l'accouchement, les suites de couches et l'allaitement. Débutés tôt, ces cours seraient également appropriés pour aborder les modifications corporelles qu'elles pourraient rencontrer et ainsi les préparer et les conseiller. Ils peuvent aussi développer une approche plus sensorielle autour du toucher. Les femmes peuvent également partager leurs expériences et se sentir ainsi soutenues et contenues. Un nouveau lien social va pouvoir se créer face à la solitude que certaines peuvent éprouver chez elle. [4,7]

Au premier trimestre, la grossesse peut ne pas être bien reconnue socialement. La femme peut dans certains cas vouloir montrer aux yeux de tout le monde son état et ainsi s'imposer comme « femme enceinte ». Son gain de poids peut être relativement important dès les premiers mois, prenant l'apparence (et le ventre) d'une femme enceinte de 6 mois. [4]

A l'inverse, elle peut avoir du mal à accepter la grossesse « dans son corps », malgré le fait qu'elle soit consciente d'être enceinte. C'est une forme de déni. Elle aura peu de modifications corporelles mais elle pourra avoir des manifestations corporelles telles que des nausées et des vomissements à répétition. Dans le jargon médical, ce sont « les vomisseuses ». Une fois le déni levé, son corps s'autorisera à se transformer et se modifier de façon à accueillir une naissance.[4]

L'image corporelle est une notion propre à chaque patiente. La grossesse représente une expérience particulièrement bouleversante que ce soit sur le plan physique que psychique. Cela peut modifier la vision qu'a la femme de son corps.

II. Une femme enceinte peut-elle, doit-elle, s'autorise-t-elle à grossir ?

1) Les facteurs influençant

L'image corporelle se modifie avec le temps à travers l'histoire du sujet, des différentes étapes qui ont marquées sa vie, de son entourage et de son environnement. Il existe donc plusieurs facteurs qui l'impactent :

- Tout d'abord, le rôle des médias est très important lors de la construction de l'image corporelle. En effet, leur omniprésence vis-à-vis du corps et notamment de celui de la femme, a un fort impact sur l'image corporelle. Les standards de beauté qu'ils renvoient sont stéréotypés et dictent une « norme » à laquelle les femmes ont tendance à se comparer. Aujourd'hui, les standards de beauté se mondialisent, passant outre les pays, les cultures et les milieux sociaux. Ces modèles s'imposent dans notre société via les médias comme la presse, la publicité, le cinéma et la télévision. [3]
- Le conjoint peut renforcer ce décalage ou conforter sa femme dans cette idée de par ses remarques, ses plaisanteries etc. Cela est d'autant plus important dans les moments d'intimité où le corps de la femme est exposé. D'après plusieurs études dont celle de J.L. Sangrador et C. Yela, « la relation amoureuse est jugée plus satisfaisante par les individus lorsque le partenaire est physiquement attirant. »[9] L'attirance physique joue un rôle important dans l'équilibre du couple. Selon Oscar Wilde, « la beauté est dans les yeux de celui qui regarde ». La femme a besoin de se sentir désirée par son partenaire, d'avoir un capital de séduction suffisant.[3]
- L'entourage joue aussi un rôle important : les liens entre la fratrie ou les ami(e)s sont souvent forts. Leur regard et leur avis peuvent être d'une grande influence, ainsi que leurs conseils, leurs remarques... « Nous sommes largement ce que le regard d'autrui fait de nous ».[3] Le sentiment d'appartenance à un « groupe » est avant tout ce qui définit l'image que projette la personne dans la société avec des règles et des modèles propres. Pour pouvoir en faire partie et être reconnu, il faut donc correspondre à ses standards, afin d'éviter un sentiment de solitude et d'exclusion. Cela permet de renforcer l'estime de soi.
- La relation mère-fille peut avoir un impact majeur lors d'une grossesse, de la même manière que cette relation a participé à la construction de l'image du corps. La façon dont une mère porte son enfant et le nourrit influence le développement de l'image corporelle. Ainsi, la jeune femme prendra ou non sa mère comme modèle, écoutera ou non ses conseils, cela dépendra des liens qui les unissent. [4]

- Le corps médical va également avoir un regard sur ce corps d'un point de vue « technique » plus qu'esthétique. En effet, le surpoids, l'obésité vont avoir des répercussions sur la santé de la patiente mais également sur la pratique des professionnels (aisance à la pose d'APD, intubation, chirurgie...). « Le corps médical contribue donc à entretenir l'idéologie de la minceur ». [10]

2) Poids de santé / Poids de beauté

Qu'est-ce qu'est le poids ? C'est la mesure du poids (ou plus exactement de la masse) du corps d'une personne (Dictionnaire Larousse).

Il existe 3 notions de poids différentes :

- Le poids actuel
- Le poids de santé
- Le poids de forme

Le **poids actuel** est le poids que fait la patiente. Le **poids de santé** est souvent comparé au « poids idéal » car il est déterminé par l'IMC de la patiente. Il dépend de la constitution et du métabolisme de chacun. C'est le poids adapté à la morphologie de l'individu et où il n'y a pas de danger pour la santé. Ce poids médicalement correct est souvent éloigné des canons esthétiques actuels. C'est celui pour lequel la mortalité est statistiquement la plus faible. C'est un bon indicateur de l'état de santé. Le **poids de forme** se définit comme le poids corporel le plus adapté à chacun. Il est donc totalement subjectif, il dépend de la personne. C'est le poids désiré où l'individu se sent le mieux.

Il existe souvent un décalage entre poids de santé et poids de forme. Celui-ci étant souvent plus ou moins bas que le poids de santé et donc plus ou moins réalisable pour la patiente sans se mettre en danger. Cela dépend de l'histoire de chacun, de son mode de vie (activité physique par exemple) et de la représentation de son corps. Il est donc nécessaire de prendre en compte le poids de forme de la patiente, de tenir compte de ses envies et désirs.

Existe-t-il une silhouette de rêve ? Un corps parfait reconnu par tous comme étant « l'idéal de beauté » ? En 1994, une enquête française a voulu mettre en évidence « la silhouette préférée » des femmes et des hommes. Cette étude a montré qu'il y a bien une norme relative au poids. En effet, l'extrême maigreur ou au contraire le poids excessif ne sont pas « appréciés ». De plus, les résultats ont montré que la silhouette préférée des hommes avait un IMC de 20,4 kg/m²; celle des femmes de 19,3 kg/m². Ces dernières définissent le corps idéal plus mince que le souhaitent les hommes. Cette tendance se retrouve aussi dans les nombreuses enquêtes de Ronald Henss.[3] Ce décalage peut s'expliquer par l'image erronée transmise par les médias. D'autant plus que ce « corps idéal » est véhiculé dès le plus jeune âge (par les poupées Barbie, les princesses de contes de fée...) A l'heure actuelle, 60% des jeunes filles se trouvent « trop grosses » et seulement 20% sont satisfaites de leur corps. Les femmes ont une mauvaise perception de leur corps, diminuant leur estime de soi. [11]

Si la femme a déjà une reflet de son corps erroné et négatif, qu'en est-il pendant la grossesse où de nombreuses transformations physiques apparaissent et notamment une prise de poids plus ou moins importante.

3) La prise de poids recommandée

Il n'y a pas de prise de poids « idéale » de la femme enceinte pendant la grossesse, celle-ci étant fonction de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) initial de chacune d'elles [12]. Suivant les différents instituts (CERIN, INPES, HAS), les « normes » d'IMC diffèrent légèrement (nous prendrons les valeurs de l'HAS).

En France, les nouvelles recommandations suivent celle de l'American Institute of Medicine de 2009 (IOM).[5] Ainsi, pour un IMC normal c'est-à-dire entre 18,5 et 24,9 kg/m², la femme peut prendre entre 11,3 et 15,9 kg. Chez les femmes maigres (IMC < 18,5 kg/m²), le gain pondéral peut être plus important, au contraire chez les femmes en surpoids (IMC > 25 kg/m²), il faudra limiter la prise de poids.

Classification de l'IMC¹

	IMC en kg/m ²
Poids normal	18,5-24,9
Surpoids	25-29,9
Obésité classe I	30-34,9
Obésité classe II (sévère)	35-39,9
Obésité classe III (massive)	≥ 40

Tableau 1 : La classification de l'IMC selon l'HAS.

Site de l'HAS [13]

Valeur de l'IMC avant la grossesse	Intervalle de prise de poids recommandée	Prise de poids recommandée par semaine au 2ème et 3ème trimestre de la grossesse
<18,5 <i>Maigreur</i>	Entre 12,7 kg et 18,1 kg	0,52 kg/semaine
18,5 – 24,9 <i>Normal</i>	Entre 11,3 kg et 15,9 kg	0,41 kg/semaine
25 – 29,9 <i>Surpoids</i>	Entre 6,8 kg et 11,3 kg	0,27 kg/semaine
>30 <i>Obésité</i>	Entre 5 kg et 9 kg	0,23 kg/semaine

Figure 2 : la prise de poids recommandée selon l'IMC avant la grossesse

D'après le Dr Guilherme Romain « la prise de poids normale pendant la grossesse ». [5]

Il y a cependant quelques exceptions à ces normes :

- Les adolescentes : elles peuvent prendre plus de poids
- Les femmes de petites tailles (<1,57m) doivent limiter leur prise de poids à la partie basse de l'échelle.
- Les gémellaires : la prise de poids est majorée de 3 à 4 kg

A l'heure actuelle, nous retrouvons un véritable décalage entre la prise de poids recommandée selon l'American Institute of Medicine et la prise de poids citée par les professionnels de santé lors des consultations obstétriques. En effet, d'après Monique Fournel, sage-femme de PMI à Nantes, le corps médical tend à restreindre la marge de gain pondéral à

8-12kg ! On retrouve plusieurs discours similaires dans la littérature, comme c'est le cas dans un article de 2006 sur la diététique de la femme enceinte et allaitante, parue dans Vocation Sage-femme : « la femme de corpulence moyenne devrait prendre 12-13kg expliqués par la croissance du fœtus, le développement de la graisse corporelle de la mère, du placenta, de l'utérus, du liquide amniotique, des seins et l'expansion des volumes plasmatiques et interstitiels. » [14, 15]

Enfin, il existe un calcul de prise de poids « idéale » adapté à chaque parturiente, c'est-à-dire en fonction de sa morphologie. Ce calcul, très complexe, prend en compte le formule de Lorenz pour le calcul du poids standard de la femme avant la grossesse et la courbe de Rosso pour le calcul du poids « idéal à la fin de grossesse en pourcentage ». En appliquant la formule suivante : « Prise de poids idéal pendant la grossesse = (Poids idéal pendant la grossesse en pourcentage selon Rosso x Poids idéal de la mère avant la grossesse selon la formule de Lorenz) / 100 », nous obtenons le gain de poids « idéal » adapté pour chaque femme. Ce calcul est cependant très peu utilisé du fait de sa complexité. [16]

La prise de poids est un sujet encore controversé et difficile à définir pendant la grossesse : 8 kg, 12, kg , 15kg... ? Chaque professionnel aura son mot à dire mais prendra-t-il en compte ce que ressent la femme enceinte ? Quelque soit cette prise de poids plus ou moins importante, son corps va changer. Comment va-t-elle réagir à ce gain pondéral ?

4) L'impact de la prise de poids chez la femme enceinte

La grossesse : outre le fait que ce soit un « heureux événement » la plupart du temps, elle implique également une prise de poids. Chaque femme le sait indéniablement : enceinte, elles vont voir les kilos arriver ! Si cela indiffère certaines, d'autres vont angoisser et se sentir mal à l'aise à chaque pesée. Elles mélangent souvent le poids de la grossesse et le poids de leur adiposité.[14] Il est difficile de faire la part des choses, d'autant plus que le corps « grossit » mais change aussi ! Celui ci perd sa tonicité, devient plus « mou ». Les femmes qui avaient tendance avant la grossesse à surveiller leur ligne ou à avoir une perception négative de leur corps, peuvent être amenées à être plus préoccupées par cette prise de poids. Cela va s'accroître au fur et à mesure des mois. Certaines vont baisser les bras et manger comme bon

leur semble, d'autres veulent y arriver coûte que coûte, parfois aidées d'un professionnel de santé. [17]

Selon Gérard Apfeldorfer, psychiatre, psychothérapeute et spécialiste des troubles du comportement alimentaire, les peurs ont un impact sur le comportement alimentaire. Il y a par exemple la peur de grossir qui entraîne paradoxalement une prise de poids. L'individu va s'imposer des restrictions alimentaires déclenchant alors des compulsions. En effet, le fait de chercher à obtenir un poids inférieur au sien plonge l'individu dans une spirale sans fin : d'un côté le désir d'être mince détériore l'estime de soi, de l'autre la privation et la frustration alimentaire provoque une obsession alimentaire et donc une baisse d'estime de soi. En outre, « plus on cherche à maigrir et moins on s'accepte tel qu'on est, et plus on essaie de ne pas manger et plus on ne pense « qu'à ça » ! » [10].

Il existe aussi une tendance à l'orthorexie (obsession du bien manger) : manger devient une véritable source d'angoisse.[18] Cette méthode de « manger mieux » sous-entend une amélioration de la qualité des aliments et notamment une meilleure répartition et association des nutriments, mais aussi de la quantité : manger moins. Il existe donc là encore une restriction alimentaire permanente. Or en situation de stress, les femmes avec un contrôle abusif de leur alimentation ont tendance à augmenter leur consommation : elles obtiennent donc un effet inverse du but recherché. Ce tableau ne concerne pas seulement les régimes extrêmes et ne dépend pas du poids de base, mais plutôt de l'état d'esprit. Le seul fait de vouloir limiter son alimentation place la femme dans le paradoxe de la restriction. Selon G.T. Wilson, cette restriction alimentaire est efficace à court terme mais pas sur le long terme. En effet, la femme se place alors à risque de développer des troubles du comportement alimentaire.[10]

L'orthorexie s'explique par le refoulement en excès des pulsions orales. Dans la construction de sa personnalité, l'individu a refoulé et contrôlé toutes ses pulsions orales, ses envies et ses besoins, créant ainsi des difficultés au niveau de cette sphère là : dégoût des baisers, défiance à apprendre de nouveaux savoirs, et sur le plan alimentaire : restrictions sous forme d'orthorexie ou anorexie.[19]

Les femmes enceintes sont livrées à elles-mêmes pendant leur grossesse. Elles doivent faire face à une prise de poids plus ou moins acceptée et plus ou moins importante selon le

comportement alimentaire. Et justement, qu'en est-il de leurs habitudes alimentaires pendant ces neuf mois ?

III. Les conseils alimentaires tiennent-ils compte de la singularité de la personne?

L'alimentation joue un rôle essentiel dans la santé. En effet une alimentation variée et équilibrée avec une activité physique fondent les piliers d'une bonne santé. Les études scientifiques du Plan National Nutrition et Santé (PNNS) montrent qu'une alimentation saine et une activité physique régulière diminuent le risque de cancer, de maladies cardiovasculaires, de diabète et d'obésité.[20] Encore faut-il savoir ce que signifie « manger équilibré ».

1) L'alimentation de la femme aujourd'hui

De nos jours, l'alimentation de la population française et notamment des femmes a bien évolué. D'après le rapport de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) édité en 2010, les connaissances et le comportement alimentaire des français tendent, dans l'ensemble, à s'améliorer. [21]

L'étude a révélé une hausse de la consommation de fruits et légumes, notamment chez les femmes, ainsi qu'une bonne connaissance des repères journaliers concernant les produits laitiers malgré leur faible consommation. La proportion de féculents et viandes/poissons/œufs est majoritairement conforme aux recommandations de l'INPES. Enfin il est noté une légère diminution des grignotages.

En revanche, il y a une augmentation de la consommation de produits sucrés tels les confiseries ou les boissons sucrées types soda. Il est aussi important de souligner l'essor des plats cuisinés chez les jeunes. Ce nouveau type d'alimentation ne répond pas aux recommandations car souvent trop riche en matière grasse et non adapté à un repas équilibré (trop gras, trop salé, sucres cachés..).

Enfin, la répartition des repas sur la journée continue d'être sur le modèle « trois repas » : le petit déjeuner (qui tend à être supprimé et non remplacé), le déjeuner et le dîner.

Pour finir, l'INPES explique l'importance de la pratique régulière d'un sport. En France, seules 34,8% des femmes pratiquent suffisamment de sport pour avoir des effets bénéfiques sur la santé.

Pour résumer, l'alimentation de la population française tend à s'améliorer petit à petit mais ces progrès restent largement insuffisants par rapport à la sédentarité des individus.

Parallèlement à l'alimentation plus saine de la population, une autre tendance émerge de notre société occidentale : « la préoccupation excessive à l'égard du poids ». Dans ce cas là, l'insatisfaction par rapport au poids peut avoir un impact sur la santé physique ou mentale de l'individu même s'il est de poids normal. Ce penchant pour la surveillance du poids ne touche donc pas forcément les personnes en surpoids. D'après une étude québécoise, 73% des femmes aimeraient perdre du poids quelque soit leur silhouette dont 50% qui ont un poids normal, 37% sont anxieuses face à leur poids et 22% affirment qu'elles en font une préoccupation majeure dans leur vie.[22] Cette tendance implique la soumission aux normes sociales de la minceur. [10]

Ces comportements pourraient donc amener les femmes à se surveiller de très près pendant une grossesse, au détriment du bien-être fœtal mais aussi maternel. Une prise de poids insuffisante a des conséquences comme des carences nutritionnelles, un retard de croissance intra-utérin etc .

A l'inverse, l'obésité et le surpoids ne cessent d'augmenter dans notre société. En 2009, le pourcentage de français en surpoids atteint les 31,9%, se rapprochant de plus en plus de celui des américains, de l'ordre de 55%, celui des personnes obèses approche les 15 % (8 millions de personnes) [23]. De plus, les femmes, plus touchées que les hommes, sont perçues comme ayant une mauvaise santé mentale ou un manque de confiance en soi.[3] Une seule étude a montré le ressenti des parturientes en surpoids : celle de Nyman, Prebensen et Flensner, en 2008. Lors d'une grossesse, les femmes en surpoids se sentent plus vulnérables et fragiles face au regard parfois négatif du professionnel de santé. [24] La culpabilité d'être en surpoids, l'impression de mettre son enfant en danger, la peur d'être jugée, tous ces sentiments apparaissent au cours de ces neuf mois de gestation. [25]

Il est donc nécessaire de continuer à promouvoir les principes d'une alimentation variée et équilibrée. Les jeunes filles sont un groupe à cibler. Il est important de leur inculquer

des règles alimentaires saines avant leur projet de grossesse. Cela leur permettra d'acquérir de bons réflexes pour leur propre santé mais aussi lors de leur grossesse et pour leurs enfants.

Une femme qui mange varié et équilibré ne devrait pas changer ses habitudes alimentaires lors d'une grossesse, comme par exemple l'apport calcique.[26] Selon le Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelle (CERIN) [12], l'alimentation recommandée pour une parturiente diffère peu de celle qui est conseillée normalement à la population générale. En effet, la grossesse augmente légèrement les dépenses énergétiques afin de couvrir les besoins de la mère et ceux du fœtus. Face à la sédentarité et à l'alimentation parfois peu adaptée des femmes, la grossesse peut être un moment propice pour apprendre les bases d'une alimentation saine.

2) Prévention du surpoids et des risques infectieux / toxicologiques

Aujourd'hui, l'annonce de la grossesse s'accompagne souvent d'une multitude de restrictions et de consignes à respecter. Entre la prévention des risques infectieux comme la toxoplasmose ou la listériose et le contrôle de la glycémie, la future maman rentre alors dans le groupe « des personnes à risque ». Fini la liberté du choix alimentaire. La parturiente se doit de respecter les consignes, au détriment de son plaisir. [27]

Les recommandations pour la prévention du surpoids sont floues. Il est difficile pour le professionnel de santé de déterminer les limites du corps et le seuil au dessus duquel s'installe la pathologie. Selon Laurence Haurat, psychologue et nutritionniste, il n' y a pas d'indicateur réel, ce qui rend la tâche plus complexe.[14]

Les femmes présentant des facteurs de risques de diabète gestationnel (IMC > 25, antécédent de macrosomie, antécédent de diabète gestationnel, âge >35 ans, diabète familial (1er degré)) sont soumises au dépistage OMS au 6ème mois de grossesse avec une surveillance plus accrue (conseils diététique, proposition d'une consultation diététique si besoin). A l'inverse, les parturientes ne présentant pas de facteurs de risques ne sont, elles, pas surveillées. Les recommandations sont donc plus délicates à transmettre.

La prévention des risques infectieux (comme la listériose et la toxoplasmose) ainsi que toxicologiques (tabac, alcool) est plus simple par le fait qu'elle marque des « interdits alimentaires ». Les femmes reçoivent une liste d'aliments à ne pas manger. Il est en général plus facile de savoir ce qu'il ne faut pas manger plutôt de savoir ce qui est bon comme aliments.

Les conseils diététiques sont difficiles à transmettre à chaque patiente, surtout si elle ne présente pas de facteurs de risque. Chacune réagira différemment à la gestion du sucre et donc à la survenue d'un éventuel diabète gestationnel. La grossesse marque un état particulier où l'organisme fonctionne autrement.

Pour les risques d'infections et toxicologiques, les conseils peuvent paraître plus faciles à donner à la patiente, mais sont-ils bien compris et suivis ?

3) Les difficultés de transmission des conseils diététiques

La prévention des risques toxicologiques et du surpoids est vaste et non exhaustive. Elle tend à une idéologie sécuritaire. Les femmes enceintes peuvent se sentir « dépassées » et angoissées par tant de conseils et mises en garde. La grossesse devient un parcours du combattant. Entre le professionnel de santé qui ne fournira pas assez de consignes et celui qui noiera la patiente d'informations, quelle est la meilleure solution pour transmettre efficacement ces recommandations. Selon Christine Pierret, diététicienne, les soignants font face à des difficultés pour informer les femmes enceintes [28] :

- Un manque de temps : celui-ci étant limité pour chaque consultation.
- Un manque de connaissance et de formation des professionnels de santé concernant la nutrition. Selon une étude française sur la recommandation du lait par les sages-femmes pendant la grossesse, « la moitié des sages-femmes ne connaissent pas les recommandations sur les produits laitiers ». [26]
- Les restrictions alimentaires pendant la grossesse sont de plus en plus nombreuses (toxoplasmose, listériose, alcool, tabac, réduction des sucres pour la prévention du

diabète gestationnel...) et touchent au « plaisir de manger ».

- Les informations sont généralisées et standardisées. Elles ne tiennent pas compte de la singularité de chaque patiente.
- L'impact de l'industrie et des stratégies commerciales qui véhiculent des informations pouvant être « erronées ».

De plus, toutes ces recommandations alimentaires sont loin d'être anodins et faciles à encrer dans les habitudes. En effet, l'influence des facteurs socioculturels et psychologiques rendent l'apprentissage des conseils diététiques complexe. « C'est long et fastidieux de changer les habitudes ».[26] Il faut parfois démystifier certaines croyances, comme par exemple le lait comme seule source de calcium. L'alimentation touche aussi le domaine du plaisir et de la sécurité affective. Il est donc nécessaire d'avoir une approche psycho-sociale individualisée afin d'être le plus adapté à chaque patiente.[29 ;30].

Selon Laurence Haurat, psychologue et nutritionniste, il existe un véritable diktat par rapport au poids et à sa gestion. « Soudainement, il faudrait par exemple que celles qui n'avaient jamais réussi jusqu'alors à contrôler leur alimentation y parviennent. » Or, pendant la grossesse, la femme réagit de façon imprévisible, désordonnée et anarchique. Il est donc difficile de lui imposer une conduite à tenir quand celle-ci est sous la pulsion de ses hormones. [14]

Dans notre société, c'est le poids qui intéresse et qui est signe de bonne santé. Le comportement alimentaire reste secondaire et peu abordé. Les kilos superflus font souvent sujets de discussion et alarment les professionnels de santé. A l'inverse, la minceur, reflétant la santé et la beauté, rassure et ne fait pas soupçonner des mauvaises habitudes alimentaires. [10]

DEUXIEME PARTIE : L'enquête

I. Thème et problématique de l'étude

La grossesse marque un véritable tournant dans la vie d'une femme, le corps change et se transforme au cours des mois. Face à l'inconnu, les primipares peuvent être perturbées par ces changements corporels, d'autant plus qu'elles sont dans un état psychique particulier, très sensibles et fragiles. L'entourage, les professionnels de santé ou la grossesse elle-même impactent leur vision de leur corps.

De plus, les femmes d'aujourd'hui ne savent plus manger équilibré. La grossesse peut être une motivation pour améliorer leurs habitudes alimentaires et trouver un bon équilibre. Cependant, lors des consultations obstétricales, les professionnels de santé ne s'attardent pas sur la question. Les femmes d'IMC normal échappent à la surveillance du poids et aux recommandations diététiques. Seulement mangent-elles bien équilibré ? Comment vivent-elles leur grossesse par rapport à leur prise de poids et à tous les changements corporels ?

Il m'a paru intéressant de mettre en lien ces deux constatations :

« Pendant la grossesse, les modifications et les représentations corporelles qui en découlent influencent-elles le comportement alimentaire ? »

II. Objectifs et Hypothèses d'enquête

Pour tenter de répondre à cette problématique, je me suis fixée les objectifs de recherche suivant :

Objectif n°1- Montrer l'importance de l'image corporelle pendant la grossesse : les femmes sont-elles préparées aux modifications de leur corps, les ignorent-elles ou n'y pensent-elles pas ?

Les hypothèses de réponse sont :

- L'image corporelle dépend de l'image que la femme s'était faite de la grossesse, quelque soit l'IMC de départ.

- Elle dépend du regard de l'entourage : le conjoint (son attirance : parole, aide, sexualité) mais aussi des amis et des regards extérieurs.
- La manière de s'habiller reflète l'importance de l'image corporelle pendant la grossesse : les femmes peuvent « camoufler » leur ventre ou le mettre en évidence par des vêtements de grossesse selon qu'elles assument ou non les modifications de leur corps.
- Il existe une angoisse de perdre son « ancien corps ».
- Les femmes se fixent un objectif de poids pendant la grossesse. Cette prise de poids peut ne pas correspondre à ce qu'elles imaginaient.
- Les femmes qui surveillent leur poids (plusieurs régimes, activités sportives) sont plus à risque de modifier leur comportement alimentaire (régimes, grignotages)
- Celles qui ont suivis des cours de préparation sont mieux préparées aux modifications de la grossesse (physiques) et ont eu des conseils diététiques adaptés.

Objectif n°2- La grossesse en elle même modifie le comportement alimentaire. Montrer le rôle essentiel des conseils diététiques.

Les hypothèses de réponse sont :

- La grossesse est une source de motivation pour apprendre à mieux manger.
- Les troubles digestifs de la grossesse poussent les femmes à modifier leur alimentation
- Certains changements alimentaires sont nécessaires pour prévenir les risques sanitaires liés à certains aliments (toxoplasmose, listériose).
- Proscrire certains comportements à risque (tabac, alcool) peut modifier le comportement alimentaire, et notamment augmenter les grignotages.
- Les conseils diététiques sont de plus en plus faciles d'accès (internet, lors la consultation obstétricale).

Le but de mon enquête va être de répondre à ces hypothèses, de les valider ou au contraire de les réfuter, mais aussi d'apporter des pistes de réflexions quand à la manière de mieux accompagner les patientes dans les modifications corporelles et les conseils diététiques.

III. Matériel et méthodes

1) L'outil d'enquête

J'ai choisi de faire des entretiens semi-directifs dans le service de maternité de l'hôpital de Bourg-en-Bresse. Du 1er octobre 2015 au 21 novembre 2015, j'ai pu réaliser 21 entretiens. Ils ont été arrêtés lorsqu'ils n'ont plus fait émerger de nouvelles données.

2) Population cible

Critères d'inclusion :

- Les primipares ayant accouchées à l'hôpital de Fleyriat
- IMC initial normal compris entre 18,5 – 24,9 kg/m².

Critères d'exclusion :

- Les patientes porteuses d'un diabète antérieur à la grossesse ou présentant un diabète gestationnel car il n'y aura pas de comportement alimentaire spontané du fait du régime spécifique.
- Les patientes présentant des pathologies digestives (maladie de Crohn).
- Les femmes ne parlant pas ou peu le français pour la compréhension des questions.

3) Réalisation des entretiens

J'ai recruté 26 patientes dans le service de Suites de Couches de la maternité de Bourg-en-Bresse qui correspondaient à mes critères d'inclusion et de façon aléatoire, ce qui a permis d'éviter les biais de sélection. Toutes ont accepté de participer à l'entretien (ANNEXE I). Je n'ai cependant réalisé que 21 entretiens: les 5 autres n'ont pas pu aboutir par indisponibilité des patientes le jour même (sortie « prado », « baby blues », visites...). A l'issue de ces 21 entretiens, il n'y avait pas d'éléments nouveaux qui m'auraient permis de continuer mon enquête. J'ai donc décidé de m'en arrêter là.

Dans un premier temps, je suis allée à la rencontre de ces nouvelles accouchées dans le but de présenter mon mémoire et de leur demander leur accord pour y participer, tout en leur précisant le respect de la confidentialité de leur identité et la nécessité d'un enregistrement des entretiens par l'intermédiaire d'un dictaphone.

Une fois leur consentement obtenu (ANNEXE II), je leur ai proposé un rendez vous pendant leur séjour à la maternité pour des raisons de commodité. Les 26 candidates ont toutes accepté avec enthousiasme. Pour la plupart, les rendez-vous étaient fixés dans la matinée pour ne pas être dérangées par les visites de l'entourage.

Le jour de l'entretien, en tenue professionnelle, je me rendais dans la chambre de la patiente concernée et vérifiais leur disponibilité. Durant cinq entretiens, le papa était présent mais avec l'accord des mamans. J'ai demandé aux conjoints de ne pas participer activement à cet entretien.

Après les entretiens, je rappelais à chaque maman ma disponibilité pour d'éventuelles questions sur le sujet ou la possibilité d'obtenir les résultats une fois l'étude terminée. Sur la fiche explicative remise au moment du recrutement, mes coordonnées étaient inscrites afin qu'elles puissent me recontacter en cas de besoin.

Après avoir enregistré un entretien, sa retranscription a été réalisée sur ordinateur à l'aide d'un logiciel de traitement de texte. Les entretiens ont été réécoutés plusieurs fois afin de pouvoir retranscrire les silences, d'être donc le plus possible fidèle à la réalité.

4) Les limites de l'étude

- La principale difficulté rencontrée pour cette étude a été le sujet en lui-même. En effet, si le choix du thème a été pour moi une évidence dès le début, il a fallu que je me focalise sur une seule problématique précise. Le thème, très vaste, m'inspirait beaucoup. Plusieurs pistes attiraient mon attention.
- Le biais de mémoire : les femmes interrogées ont fait appel à leur mémoire pour répondre à mes questions. Celle-ci peut être partielle ou même sélective.
- La présence du papa lors de 5 entretiens peut avoir gêné certaines patientes et donc

faussée quelques réponses.

- La retranscription peut aussi être un biais. La difficulté est de pouvoir retranscrire les « non dits » et la gestuelle des patientes, tout aussi importante que de simples mots. Bien qu'avec toute mon attention durant les entretiens, le risque est de mal interpréter ou de sous estimer ce langage plus particulier à déchiffrer.
- De plus, une autre difficulté a été de trouver un horaire adéquat en accord avec les patientes et en s'adaptant aux aléas de la maternité : visites, heure de la tétée, distribution des repas, femmes de ménage, « baby blues » des mamans repoussant l'entretien.. Au total, j'ai perdu cinq patientes, toutes enthousiastes à l'idée de participer aux entretiens mais pour qui, les rendez vous ont dû être reportés et malheureusement annulés par la sortie de la maternité (anticipée par le « prado »).

5) Les forces de l'étude

- Ces entretiens ont été réalisés anonymement afin de respecter la confidentialité et la bienveillance des patientes. J'ai pu installer un climat de confiance vis-à-vis des nouvelles accouchées. Les entretiens se sont tous déroulés avec authenticité et enthousiasme, avec parfois des moments de détente, de rire, mais aussi des moments de gênes ou de silence. Les bonnes conditions d'entretien ont donc permis, je l'espère, d'apporter des réponses les plus justes possibles.
- L'image corporelle et le changement de comportement alimentaire pendant la grossesse sont deux notions peu traitées d'un point de vue médical. C'est donc un sujet psychologique innovant qui s'intéresse à ce que ressent la femme enceinte, à sa façon d'appréhender les changements corporels, à son estime de soi au sein de notre société où l'apparence physique est primordiale. Je donne ainsi la parole aux primipares, dévoilant certains tabous ou vérités de l'impact d'une grossesse.
- De plus, malgré le fait que l'obésité tend à augmenter dans notre société, l'image du corps reste importante, et notamment chez la femme. La diététique et le sport

commencent à prendre une place non négligeable dans la vie quotidienne des françaises : salle de sport, cours de Zumba, running sont à la mode grâce aux publicités et vêtements de sport de plus en plus présents.

IV. Résultats

J'ai voulu présenter mes résultats en conservant la trame d'entretien. C'est donc une analyse thématique, ce qui m'a paru plus logique pour avoir une vue d'ensemble. De part le nombre limité de l'échantillon, cette enquête qualitative n'a pas pu affirmer ou infirmer mes hypothèses de façon certaine mais a permis de mettre en évidence quelques tendances d'après mes résultats. De plus, pour une meilleure compréhension des résultats, des prénoms factices ont été donnés à chaque patiente.

1) Informations générales

a) Age maternel

L'âge maternel est compris entre 22 et 43 ans avec une moyenne d'âge à 29,04 ans. L'échantillon correspond à la population générale car actuellement l'âge moyen des primipares est de 30 ans.

b) L'IMC initial

L'IMC initial de l'échantillon est compris entre 19,2 kg/m² et 24,2 kg/m². La moyenne est de 21,54 kg/m². En 2013, l'IMC moyenne des françaises est de 23,5 kg/m².^[31] L'échantillon interrogé n'est donc pas tout à fait représentatif de la population féminine générale.

c) Habitudes toxiques

Sur les 21 patientes interrogées, **huit** primipares étaient fumeuses avant la grossesse. Cinq ont réussi à **arrêter complètement** le tabac durant la grossesse. Les trois autres ont réussi à **diminuer** de plus de la moitié leur consommation. Ces huit femmes y sont arrivées

parfois seules, parfois avec l'aide d'un professionnel de santé spécialisé dans l'addiction au tabac (sage-femme tabacologue).

Concernant l'alcool, aucune des accouchées interrogées n'a bu pendant la grossesse à l'exception d'une qui a avoué avoir bu un verre de manière exceptionnelle.

Il semblerait que les femmes aient pris conscience de l'importance d'arrêter les habitudes toxiques pendant leur grossesse. La politique « Zéro alcool » de 2007 par l'INPES [32] semble bien assimilée.

Concernant le tabac, les femmes sont de plus en plus fumeuses. Actuellement, on compte 24% de femmes enceintes fumeuses dans la population générale.[33] L'échantillon amplifie donc les statistiques. Il apparaît difficile d'arrêter le tabac pendant ces neuf mois de grossesse. Beaucoup culpabilise face à la cigarette et tente de diminuer au moins leur consommation. Christine est formelle : « *Ce n'était pas possible. On ne peut pas fumer un paquet en étant enceinte.* » (E13).

L'arrêt du tabac ou sa diminution peut impacter l'alimentation. En effet ce sont les mêmes hormones du plaisir qui sont sollicitées. Certaines femmes peuvent donc compenser leur manque de cigarette par la nourriture : c'est le cas pour cinq fumeuses interrogées, et notamment pour Émilie, 26 ans : « *J'ai pris du poids quand j'ai arrêté car je mangeais plus* ». Cette compensation est d'autant plus importante que l'arrêt du tabac est brutal. Une des patientes, hospitalisée pendant sa grossesse, m'a expliqué ses difficultés : « *Ce n'était pas évident du tout... Quand on fume depuis que l'on a 16 ans, une cigarette par jour on devient fou !* ». (E16)

d) Situation familiale

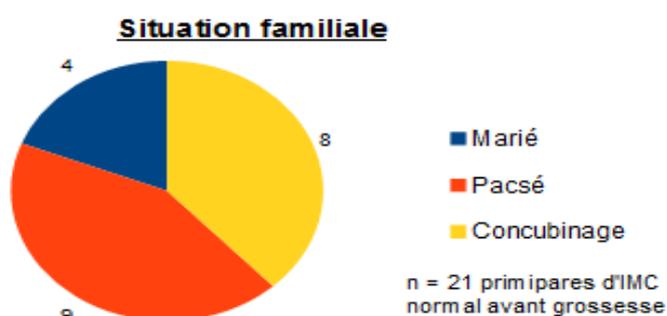


Figure 2 : La répartition de la situation familiale des femmes interrogées

L'échantillon se compose de 4 femmes mariées, 9 pacsées et 8 en concubinages. Sur l'ensemble des patientes interrogées, leur famille est relativement proche ou elles arrivent à la voir régulièrement.

La majorité des femmes habitent à la campagne, aux environs d'une petite ville. L'habitat peut impacter les habitudes alimentaires. La proximité des fast-foods dans les villes incitent à la consommation par facilité ou manque de temps. Océane, habitant à Viriat en est l'exemple : « *On va chercher la facilité, on sort des courses, on va prendre une pizza, un kebab, un plat traiteur tout fait. Et puis beaucoup de restaurant.* » (E8)

A l'inverse le milieu rural permet une meilleure alimentation par l'intermédiaire d'un jardin où sont cultivés plus de légumes et de fruits et par l'absence de fast-food proche, limitant les sorties régulières. Alice, 29 ans, habite depuis peu à la campagne et constate le changement de cette nouvelle vie: « *Tout ce qui est fruits et légumes on n'achète presque rien car on a le jardin.* », « *C'est vrai qu'on était à la ville avant et maintenant on est à la campagne et donc du coup on va faire le jardin, c'est une autre qualité de vie. Il y a vraiment un changement : quand on veut voir des copains, c'est forcément plus sain à la maison que d'aller dans un café. Ça change énormément de cadre de vie.* ». (E1)

e) Le suivi de grossesse

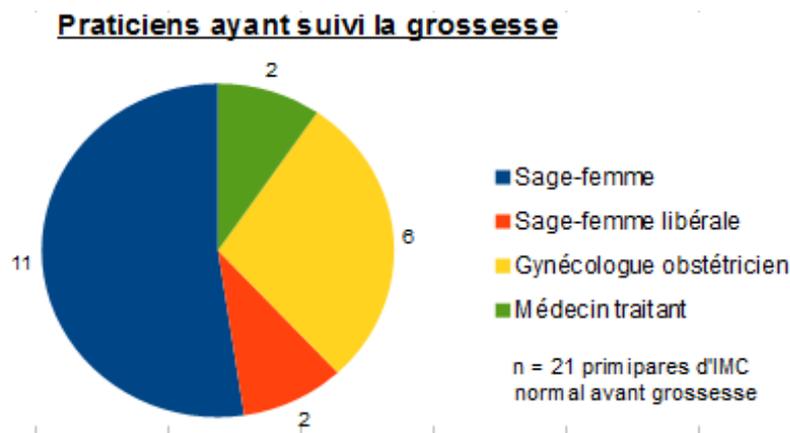


Figure 3 : la répartition des praticiens ayant suivi la grossesse

Plus de la moitié des femmes interrogées ont été suivies par une sage-femme à la maternité. Quelques unes ont préféré un gynécologue obstétricien et d'autres pour la proximité une sage-femme libérale. Deux parturientes ont été suivies par leur médecin traitant jusqu'à 6

et 7 mois de grossesse, puis par une sage-femme.

Sur l'échantillon, une patiente a fait une déclaration tardive de grossesse à 3 mois et deux ont eu un antécédent de fausse couche.

f) Activités sportives / régime

Presque la totalité des femmes interrogées pratiquaient un sport régulièrement avant la grossesse (19 patientes), proportion beaucoup plus élevée que dans la population générale qui est de 34%.[17]. On retrouve la course à pied, le football, la danse, la GYM, le badminton... La majorité ont **arrêté** dès l'annonce de la grossesse. Certaines ont tenté de continuer le sport en diminuant le rythme des entraînements, d'autres ont choisi de pratiquer un **sport plus adapté** à la grossesse comme la natation et la marche à pied.

Pendant la grossesse, elles ont pour la majorité changé leurs habitudes alimentaires (13 patientes). Les trois quart (10 patientes) mangeaient **plus équilibré**, elles restaient donc dans le contrôle. Les 3 restantes se sont plutôt autorisées des **excès** et se sont fait **plus plaisir** en ne faisant plus attention à leur alimentation, n'écoulant que leurs envies. Sur l'ensemble des femmes ayant une activité sportive, huit ont avoué avoir **grignoté** de temps en temps.

Seules six femmes ont déjà fait des **régimes alimentaires** : compléments alimentaires, rééquilibrage alimentaire, suivie par une diététicienne,... La majorité des mères interrogées ont gardé une **taille de vêtement stable**, signe d'un éventuel équilibre. Seulement deux d'entre elles ont changé radicalement de taille de vêtement (plus de deux tailles) : une à la suite d'un régime avec une diététicienne (moins 18kg), l'autre par des alternances de régimes stricts et des excès entraînant un effet « yo-yo ».

Pendant la grossesse, la moitié d'entre elles ont changé leur alimentation : aucune n'a continué les régimes mais elles ont à l'inverse plus mangé **en excès** et augmenté **les grignotages**.

Ainsi, les primipares qui avaient une activité sportive régulière ont, pour la majorité, changé leur habitudes alimentaires : dix pour une alimentation plus équilibrée, le reste du groupe pour des excès répétés. Celles qui avaient déjà fait des régimes ont pour la moitié d'entre elles changé leur comportement alimentaire : toutes en excès avec des grignotages importants.

Les femmes qui surveillent leur poids (plusieurs régimes, activités sportives) ont donc tendance à modifier leur comportement alimentaire : soit pour rester dans le contrôle de leur alimentation, soit en excès.

2) Ressenti de la patiente

a) Le vécu de la grossesse

La majorité des patientes interrogées ont bien vécu leur première grossesse. Peu d'entre elles ont été gênées avec des nausées ou vomissements au premier trimestre. Certaines décrivent même « **une grossesse parfaite** ».

Cependant, presque la totalité des femmes se sont senties « **lourdes** », gênées par leur ventre dans les derniers mois de grossesse. Le sentiment d'**ennui** a été mentionné 4 fois : « *Je ne faisais rien de mes journées donc forcément je trouvais le temps long* ». (E3) L'incapacité à mener une vie normale est un sujet redondant du fait de la gêne causée par le ventre rond, de la fatigue très présente chez certaines, ou de l'hospitalisation ou arrêt de travail pour le bien-être du bébé. Habitante à Bourg-en-Bresse, Émilie nous explique son hospitalisation sur Lyon pour menace d'accouchement prématuré : « *J'ai déprimé tous les jours, je pleurais. C'était très dur à Lyon car j'étais toute seule* ». (E16)

Deux des nouvelles accouchées, Pauline et Corinne, se sont senties beaucoup plus **stressées** et **angoissées** par le corps médical. Elles ont trouvé le suivi médical très **anxiogène** que ce soit par les consultations obstétricales, que par le suivi diététique. « *Je pense que les moments les plus difficiles ça a été avec le corps médical* » (E5), « *ça m'a un peu stressé cette prise de poids où tous les mois il faut être pesée, de savoir que j'avais pris un peu trop, des choses comme ça.* ». (E21)

La transformation physique peut être parfois déroutante. Ce fut le cas pour l'une des patientes, Coralie, 25 ans : au fur et à mesure des mois, elle a eu du mal à accepter la prise de poids, qui a pourtant été normale (10kg). Pendant l'entretien, je l'ai sentie mal à l'aise avec un rire gêné, des soupires et de nombreux silences. « *Je pense que ça été le plus difficile dans ma grossesse car sinon ma grossesse s'est super bien passé* ». (E2)

Une des patientes n'avait pas de projet d'enfant. Sa grossesse, déclarée à 3 mois, a été une surprise. Bouleversant tous ces projets, Christine, 41 ans, ne l'a pas bien vécue et a eu du mal à s'adapter et à accepter cet état. C'est effectivement un cas particulier où la grossesse n'est pas véritablement désirée dans un premier temps. Elle signe également l'importance d'une préparation psychologique pendant la grossesse, d'autant plus dans cette situation là. Elle n'était pas prête psychologiquement à avoir un enfant. La transparence psychique est perturbée. « *ça été très compliqué. Lui [son conjoint] était très content mais ce n'est pas lui qu'il le porte donc...* ». (E13)

Un autre cas apparaît : les femmes avec un antécédent de fausse couche. La grossesse devient précieuse. Dans cette situation, les futures mamans passent leurs besoins et leurs envies après la santé du bébé et n'hésitent pas à mettre de côté leurs complexes au profit de ce qu'elles pensent être bon pour lui. Beaucoup mangent de peur de perdre la grossesse, pour s'assurer que le bébé ait tout ce dont il a besoin pour se développer. Anne, 43 ans, s'inflige même les restrictions alimentaires de la toxoplasmose alors qu'elle est immunisée pour « *mettre toutes les chances de son côté* ». (E12)

b) Le physique

Sur l'échantillon de patientes, j'ai pu relever trois catégories :

La première est celle où la grossesse n'a pas provoqué de véritable changement. Les femmes se sont senties « **normales** » avec une prise de poids relativement minime : en moyenne les 5 femmes concernées ont pris 10,75kg. Une 6^{ème} patiente a pris 20 kg mais sa prise de poids avait été acceptée et comprise, l'essentiel était pour la santé de son bébé. Elles se sont décrites comme ayant « **peu de ventre** », or le ventre rond est bien synonyme de grossesse. Certaines se sont senties « **en forme** » ce qui leur a permis de continuer leurs activités.

La deuxième catégorie est celle où les patientes, au nombre de 5, se sont décrites comme étant « **belles** ». Pendant ces neuf mois, elles se sont épanouies et embellies. Lors des entretiens, j'ai senti leur joie et bonheur à me décrire cet état particulier qu'est la grossesse. Elles n'ont pas hésité à le dire haut et fort : « *Belle... je me trouvais jolie avec un gros ventre.*

Oui je me sentais belle, j'étais bien ».(E16)

Enfin, la notion de « **lourdeur** » se retrouve sur plus de la moitié de l'échantillon. Pour certaines cette sensation n'est apparue qu'à la fin de grossesse, pour d'autres, elle s'est rapidement installée. Ces femmes se sont décrites comme étant « *mollason* », « *baleine* », « *grosse* », « *lourde* »,... Certaines pour des raisons de prise de poids trop importante selon elles, d'autres car elles ne pouvaient plus pratiquer leurs activités. Une des patientes s'est aussi sentie « **moins féminine** » pendant sa grossesse.

Deux des primipares ont plutôt décrit leurs **vergetures**, qui ont pris une place relativement importante dans leur grossesse.

Quatre femmes se sont beaucoup **comparées à leur entourage** (amies ou sœurs) par rapport à la prise de poids. Cela les a rassuré lorsqu'elles prenaient moins que leurs amies ou dérangé lorsqu'une rivalité se mettait en place.

c) Imaginée enceinte

Sur les 21 femmes interrogées, la moitié ne s'était **pas imaginée enceinte**. Deux avaient plutôt pensé à leur bébé, elles avaient des difficultés à s'imaginer la grossesse.

Sur la moitié restante, deux idées reviennent fréquemment : un **ventre plus rond** et une **prise de poids plus excessive**. Ces deux notions sont assez complémentaires car elles sont liées directement au poids. Ces 10 mères s'imaginaient donc avoir plus de formes.

Pour l'ensemble, elles ont bien vécu leur grossesse et se sont trouvées plutôt « **belles** » physiquement. Ces 10 femmes avaient un IMC initial compris entre 19,2 kg/m² et 24,2 kg/m² et un IMC moyen de 22,08 kg/m³, ce qui correspondait à l'échantillon totale.

A l'inverse, celles qui ne s'étaient pas imaginées enceintes ont eu plus de difficultés à accepter la prise de poids. La moitié d'entre elles se sont senties moins jolies et anxieuses par rapports aux transformations de leur corps. Leur IMC initial était compris entre 19,2 kg/m² et 24,2 kg/m² avec un IMC moyen de 20,9 kg/m², relativement similaire au premier groupe.

Ayant anticipées leur futures formes, elles ont toutes accepté leur prise de poids et ont donc eu une bonne estime de soi et de leur image corporelle.

J'ai aussi noté l'**influence** que pouvait avoir l'entourage chez une femme. Les expériences négatives marquent plus et sont sources d'angoisse chez la nullipare. Tiphaine et Anne nous l'expliquent : « *J'imaginai la grossesse plus compliquée. C'est vrai qu'on écoute les gens autour et moi je n'ai pas eu de chance, j'ai eu beaucoup de personnes proches qui n'ont pas eu un bon vécu de grossesse* »(E11), « *On attend tout et n'importe quoi* ».(E12)

d) Les vêtements pendant la grossesse

Majoritairement, les femmes enceintes préfèrent porter des vêtements **amples** et **légers** pour améliorer leur confort vis-à-vis de la grossesse. Certaines (seulement 7 patientes) continuaient à mettre des tenues plus **moulantes** afin d'être un peu plus « **coquettes** » ou avec une matière très **élastique** pour privilégier le confort, primordial en fin de grossesse et en cette période d'été où le climat était très chaud.

Les trois quarts des mères interrogées ont pris plaisir à prendre des **vêtements de grossesse**, adaptés à leur morphologie et montrant explicitement la grossesse. Ce désir de vouloir montrer aux autres leur ventre rond est revenu majoritairement dans les entretiens. La plupart des femmes enceintes veulent être reconnues comme telles, avoir ce statut social particulier. « [...] *fallait que ça se voit. Il fallait que je le montre.* » (E8). En revanche, six patientes ont considéré qu'elles continuaient **à s'habiller normalement**.

Enfin malgré les vêtements de grossesse, six futures mères ont eu des **difficultés** pour s'habiller que ce soit par le choix, l'envie ou la taille des vêtements. Marine, une mère de 23 ans, nous raconte : « *A la fin, tous mes vêtements ne m'allaient plus, j'étais désespérée, je ne savais plus comment m'habiller.* » (E10)

J'ai pu même constater que deux des patientes ont **volontairement caché leur grossesse** par l'intermédiaire des vêtements.

La première, Elise, 25 ans, m'a avoué avoir fait cela au début de grossesse vis-à-vis des personnes qui hésitaient entre une prise de poids ou une éventuelle grossesse. « *Au début,*

ça me gênait un peu car les gens ne savaient pas si j'avais grossit ou si j'étais enceinte. [...] Après quand on a le « ballon », ce n'est plus pareil. ». (E19)

La deuxième, Christine, ne voulait pas d'enfant, la grossesse n'était pas désirée. Il a donc été difficile pour elle d'accepter la transformation de son corps et surtout de l'assumer devant tout le monde. *« ça me gênait d'avoir un gros ventre [...] Du coup s'aimer c'était un problème aussi. ». (E13)*

Au fur et à mesure des mois, environ la moitié des femmes interrogées ont considéré « normal » le changement de taille. Neuf sur 21 ont, elles, mal vécu ce changement même si pour la plupart elles savaient que cela correspondait au bon déroulement de la grossesse.

La manière de s'habiller pendant la grossesse semble refléter l'importance de l'image corporelle. Les femmes peuvent « camoufler » leur ventre ou le mettre en évidence par des vêtements de grossesse selon qu'elles assument ou non les modifications de leur corps.

e) Les craintes et les peurs concernant la grossesse

Les craintes les plus habituelles dans l'échantillon sont la peur des **vergetures**, par leur **caractère définitif** sur le corps : 13 futures mères ont été anxieuses à ce sujet et ont cherché à prévenir la survenue de ces marques de grossesse irréversibles. *« Avant de commencer ma grossesse, je suis allée en pharmacie me prendre quatre tubes de crèmes spéciales vergetures. Je me suis crémée deux fois par jour, vraiment ce qu'il fallait. Ça oui, ça me perturbait beaucoup ». (E12)*

Dans le même registre, nous retrouvons aussi les craintes de ne pas retrouver **son « corps d'avant »** (5 patientes) par la prise de poids trop importante. *« Surtout pour maintenant : « Le après ». Savoir si j'allais reperdre ou revenir à mon poids d'avant, savoir si tous les vêtements que j'ai j'allais pouvoir les remettre ». (E10)* Une des accouchées interrogées s'inquiétait d'avoir un diabète gestationnel par sa prise de poids rapide en début de grossesse.

Enfin, neuf patientes n'ont pas eu de craintes spécifiques à la grossesse. Deux ont été aussi anxieuses par rapport à la santé de leur bébé pour cause de risque d'accouchement

prématuré, de diminution des mouvements fœtaux et de diagnostic de PAG (Petit pour l'âge gestationnel).

C'est donc le côté « marques définitives » de la grossesse qui tend à angoisser les futures mamans. « L'après » grossesse inquiète. La comparaison du corps avant et après grossesse est très présente chez certaines femmes.

3) Le ressenti de l'entourage

L'entourage est majoritairement **présent** pour la primipare. Il la soutient, l'encourage et la complimente. Les proches sont « **contents** », « **attentifs** », « **biensveillants** » vis-à-vis d'elle. Pour Anne et Tiphaine : « *J'ai eu du soutien dès que j'ai appris que j'étais enceinte, tout le monde nous a bien entouré, c'était que du bonheur* » (E12), « *Étant enceinte, on avait une place particulière* ». (E11)

Une seule patiente, Christine, a mentionné qu'elle n'avait pas été soutenue par ses proches car ils étaient absents. Le contexte de la grossesse (non désirée) a pu amplifier ce sentiment. Elle m'a expliqué que contrairement à elle, le papa était « content » et avait été bien présent pendant ces neuf mois.

Parfois, les primipares se sont senties « **surprotégées** » vis-à-vis de leur entourage, c'est le cas pour quatre d'entre elles. Cet excès d'attention et de protection est devenu « **dérangeant** » comme nous l'explique Alice, 29 ans : « *On exagère mais des fois c'est l'inverse, on aimerait qu'on arrête de nous couvrir* » (E1). Les femmes enceintes perdent leur **autonomie** et **indépendance** : « *des fois j'avais l'impression d'être empotée* ». (E6)

La majorité des femmes interrogées ont senti leur conjoint **présent** et **affectueux** tout au long de la grossesse. Elles ont toutes été **soutenues**, **aidées** et **aimées** durant ces neuf mois. « *Il prenait soin de moi [...] on se fait chouchouter.* » (E11)

Certains papas se sont montrés **très actifs** et ont participé à toutes les étapes de la grossesse que ce soit par la préparation à l'accouchement, par les aides quotidiennes (courses, ménages, litière du chat) ou pour le post-partum : « *On fera le régime ensemble, ne t'inquiète pas* » me cite une des patientes. (E15)

La présence du conjoint n'a jamais été contestée. En revanche, les patientes ont quelques fois appréhendé **le regard du futur papa** vis-à-vis de leur corps. Se sentir « **belle** » et **désirable** reste important pendant la grossesse afin de maintenir une vie de couple avant l'arrivée du bébé. C'est le cas pour Coralie : « *Le physique on sait très bien que c'est quelque chose pour nous d'important... et puis du coup on est jeune parent parce que ça fait deux ans qu'on est ensemble. Au final j'avais peur que ça change de regard.* ». (E2) Une des accouchées, Léa 24 ans, a eu des **difficultés à se sentir désirée** malgré le soutien permanent de son conjoint : « *Je dirais au niveau du conjoint c'est compliqué. On se sent grosse, on se... ce n'est plus comme avant en fait. Je ne me sentais plus désirée. On se regarde, on ne peut plus faire...* » (E14) J'ai d'ailleurs ressenti une **gêne** pour me parler de ce sujet. Le regard fuyant, le sourire gêné, sa gestuelle s'est soudainement modifiée pour laisser place à un climat plus tendu. Ce changement brutal de comportement m'a révélé la difficulté d'aborder ce sujet. En effet, cette notion touche le désir et la **sexualité** du couple, ce qui est délicat à aborder lors d'une consultation avec un professionnel de santé.

Concernant les **surnoms** donnés aux femmes enceintes pendant la grossesse, sept en ont eu. Malgré le fait **qu'aucun ne soit valorisant** (« *ballon de foot* », « *bouboule* », « *cachalot* », « *baleine* »), aucune des primipares ne dit avoir été gênées. Elles l'ont toutes pris comme des **plaisanteries** : « *connaissant la personne, c'était gentil [...] Je le prenais à la rigolade* ». (E16)

De plus, deux des primipares interrogées ont plus été perturbées par **le comportement des personnes externes** qui les ont fait se sentir comme **différente** : Léa nous explique : « *Par contre avec les personnes extérieures, j'avais l'impression d'être un extraterrestre. Parce qu'on dirait qu'ils n'ont jamais vu de femmes enceintes ! [...] A la fin, je ne supportais plus le monde extérieur, tout le monde m'énervait* ». (E14) Leur regard peut être aussi **déstabilisant** et **source d'angoisse** : « *c'est vraiment la peur du regard des gens par rapport à mon âge et à ma première grossesse* » m'explique Anne, 43 ans. (E12)

Une notion à laquelle je ne m'attendais pas a émergé plusieurs fois : la sensation d'être **seule** pendant la grossesse. En effet, malgré la présence du conjoint et le soutien de l'entourage, certaines parturientes se sont senties **seules**, plus particulièrement en fin de grossesse. Elles **perdent leurs liens sociaux** avec le congé de maternité ou l'arrêt de travail.

Ça a été le cas pour Pauline : « *ça a plus été le fait de s'arrêter de travailler. Quand on a quelqu'un à côté qui travaille... C'est là où un moment donnée on n'est plus sur la même longueur d'onde. Car malgré tout, on est seule à vivre sa grossesse, même si j'ai été entourée, même si le papa a été présent. Surtout à la fin car on passe des journées où on ne peut plus faire grand chose* ». (E5)

Le repas peut alors être un **lieu de partage social** avec le conjoint et les amis. Elles laissent de côté les recommandations alimentaires pour prendre un peu de temps avec leurs entourages et retrouver un rythme de vie normal. « *C'est vrai que le restaurant c'était aussi pour maintenir ma vie sociale, pour garder le rythme commun avec mon conjoint et mes amis. Ne pas être complètement coupée du monde définitivement* ». (E12)

L'image corporelle semble bien dépendre du regard de l'entourage et notamment du conjoint, mais aussi des amis et des regards extérieurs.

4) **Objectif de poids**

Sur l'échantillon, **12 primipares** avaient un objectif de poids pendant leur grossesse, venant d'elle-même pour la plupart ou parfois par le professionnel de santé. Dix d'entre elles ont été satisfaites de leur prise de poids finale : 9 ont pris un poids égal ou inférieur à leur objectif et 3 ont légèrement dépassé leur poids fixé. « *Oui du coup satisfaite et puis je me sens bien maintenant donc j'ai bien fait !* ». (E1)

Les 9 patientes restantes n'ont pas eu d'objectifs de poids. Cinq d'entre elles n'ont pas été satisfaites de leur prise de poids finale.

Il semble que celles qui ont un objectif de poids pendant la grossesse ont plus tendance à prendre moins de poids et en sont satisfaites.

A noter également que l'objectif de poids dicté par les professionnels de santé était d'environ 8 à 12 kg, marquant un écart important avec les recommandations de l'American Institute of Medicine.

5) Cours de préparation à l'accouchement

Presque la totalité du groupe a suivi des cours de préparation à l'accouchement, appelé aussi cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Nous retrouvons une majorité de préparation « classique » avec des cours théoriques sur l'accouchement. En minorité, on a aussi des cours de yoga, de sophrologie et en couple. Ces préparations se font le plus souvent en groupe avec quelques fois **la présence du papa**. Christine, du fait de son âge (43 ans) et de sa peur du jugement des « jeunes » primipares, a choisi de faire cette préparation seule : *« Je préférerais être suivie individuellement plutôt qu'en groupe ou avec d'autres personnes.[...] C'est par rapport à mon âge en fait. Ça me gênait du regard des personnes. J'avais peur du regard des autres si on arrive dans un cours de préparation où il n'y a que des femmes de 20 – 25 ans ».* (E13)

Ces cours sont en général **très appréciés** par les primipares car ils répondent à leurs interrogations et inquiétudes vis-à-vis de l'accouchement. *« J'y allais avec grand plaisir car c'était 1h30 voir 2h dans la semaine rien que pour moi. »* (E11) Seule une des patientes, Marion 30 ans, n'a pas aimé ces cours car ils ont été une **source d'angoisse** pour sa grossesse. *« Ça ne m'a pas trop plu car ça m'a amené beaucoup de questions que je n'avais pas au départ. Du coup ça m'a plus angoissée. Après il y a des choses qui sont très bien mais en général c'était trop long et du coup on voit trop de choses qui au final ne concernent que très peu de personnes. »* (E18)

Enfin, deux des femmes interrogées n'ont pas fait de PNP car une n'était pas prête (sa grossesse n'était pas désirée) et l'autre patiente était hospitalisée.

6) Les informations sur les transformations corporelles de la grossesse / conseils diététiques

Concernant les informations reçues sur les transformation corporelles pendant la grossesse, **presque aucune** ne dit en avoir eu, que ce soit par leur sage-femme ou médecin ou par la PNP. Certaines ont eu des informations par l'intermédiaire de livres ou d'application sur smartphone comme par exemple « Baby center ».

Seules deux patientes ont eu de légères informations sur ces transformations par leur

sage-femme mais cela est resté très général (concernant les seins et les vergetures). Pour l'une d'elles, le fait d'en parler en PNP a été très bénéfique. Elle a pu anticiper ces transformations pour mieux les accepter. « *Oui ça m'a rassuré, je savais de quoi on parlait et je savais à quoi m'attendre* ». (E15)

Plus de la moitié de l'échantillon dit n'avoir **pas reçu** de conseils diététiques pendant la grossesse. Deux ont refusé une consultation avec une diététicienne, ne se sentant pas concernées par la diététique. Ces femmes là sont allées chercher les informations par l'intermédiaire d'internet, de livres, d'application smartphone, mais aussi par l'entourage et par les connaissances de base de la primipare.

Huit patientes ont eu des conseils diététiques transmis par leur sage-femme, leur gynécologue, la PNP, leur médecin traitant mais aussi par des spécialistes (diététicienne et énergéticien).

Ainsi, les conseils diététiques ne sont encore pas suffisamment transmis aux patientes lors de leurs consultations obstétricales ou lors de la PNP qui seraient pourtant propices pour cette discussion. La plupart n'ont pas eu de conseils concernant les modifications physiques. En effet la PNP est plus orientée sur l'accouchement.

7) Manger équilibré

Plus de la moitié de femmes interrogées mangent équilibré. En revanche, sept primipares avouent ne pas manger équilibré : pas assez de légumes, fast-food, des produits et boissons sucrées et l'absence de produits laitiers.

Cela correspond aux sondages de l'INPES : les français tendent à améliorer leur alimentation et connaissances des repères journaliers. [20]

8) Les modifications des habitudes alimentaires pendant la grossesse

Sur l'ensemble de l'échantillon, les trois quart des nouvelles accouchées disent avoir modifié leurs habitudes alimentaires dont 15 qui ont mangé **plus équilibré** pendant leur grossesse. Anne nous raconte : « *J'ai gardé cet équilibre alimentaire que j'avais avant. [...] Il*

fallait que je me résonne. [...] Je ne voulais pas tout casser. » (E12)

En revanche, six n'ont pas eu de restriction et ont suivi leurs envies, comme ce fut le cas pour Marine : « *Je me suis fait plaisir mais on a essayé de goûter différentes choses.[...] J'avais faim mais je ne savais pas de quoi. » (E10)*

Le diagramme ci dessous montre les différentes modifications alimentaires. Si la moitié des primipares ont modifié la **quantité** et la **qualité** de leur alimentation, il est à noter que les **grignotages** ont touché la majeure partie du groupe. De plus, presque la totalité des femmes interrogées ont eu le même plaisir à manger durant ces neuf mois. Seules quatre d'entre elles se sont senties frustrées de certaines restrictions alimentaires et ont eu quelques dégoûts face à des aliments. Enfin, concernant les boissons, les primipares ont en général privilégié la consommation d'eau et diminué le café et soda. Seules trois d'entre elles ont continué de boire de façon importante des boissons sucrées type Coca-Cola.

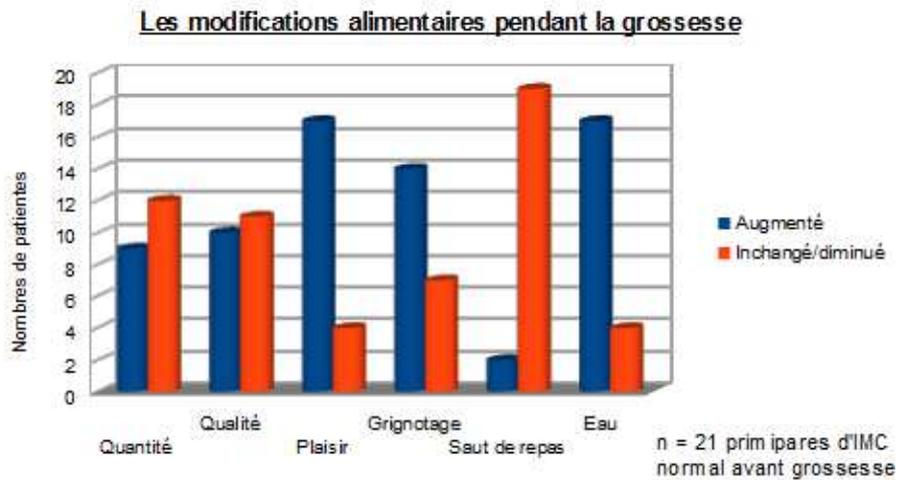


Figure 4 : les modifications alimentaires pendant la grossesse

9) Les raisons de ces modifications

Les raisons des changements de comportement alimentaire sont assez diverses. Presque la totalité des primipares ont modifié leur alimentation pour **raisons médicales** avec notamment les restrictions alimentaires pour la toxoplasmose et la listériose. A noter que **deux** des primipares n'ont volontairement pas respecté ces restrictions alimentaires. De plus, deux d'entre elles ont aussi évoqué la prévention du diabète gestationnel avec un contrôle plus strict

du sucre. Émilie a été hospitalisée pendant sa grossesse, ce qui a perturbé ces habitudes alimentaires : « *pendant mon séjour à l'hôpital, les repas ne me convenaient pas du tout. Au début je mangeais beaucoup plus car on m'apportait des repas extérieurs.* » (E16)

Il semble important de mettre en évidence ces deux primipares qui n'ont volontairement pas respecté ces restrictions alimentaires : est-ce une nouvelle tendance ? Les femmes souhaitent-elles revenir à un mode de vie plus simple, mangeant de tout sans se préoccuper des recommandations sanitaires ?

Sur les huit fumeuses de l'échantillon, six disent avoir « compensé » leur diminution de consommation de tabac par de la nourriture. **L'arrêt du tabac** est un facteur important dans la modification du comportement alimentaire : il augmente majoritairement les grignotages et les excès. « *Justement tout mon entourage fume alors du coup c'était difficile et je pense que je devais remplacer et compenser par la nourriture.* ». (E14) De plus, la patiente qui a été hospitalisée était fumeuse, elle me confie que l'hospitalisation associée à un arrêt du tabac a été très difficile à gérer. Elle avoue avoir mangé d'autant plus.

Proscrire certains comportements à risque (tabac, alcool) semble modifier le comportement alimentaire, et notamment augmenter les grignotages.

Une des autres raisons qui revient pour presque la moitié du groupe est la **raison sociale**. La peur d'une prise pondérale excessive par rapport au regard de l'entourage est présente pour sept d'entre elles. Elles souhaitent contrôler et surveiller leur prise de poids. Il existe aussi pour quelques unes une réelle appréhension de la pesée à chaque consultation obstétricale, comme pour Béatrice, 23 ans : « *c'est vrai que j'appréhendais toujours le rendez-vous pour savoir combien de kilos j'avais pris.* » (E3)

Une des primipares avoue aussi avoir instauré des « rituels » de restaurants avec ses amies et son conjoint. Cela lui permettait de sortir de chez elle, de retrouver un lien social car elle se sentait « seule » et « isolée » malgré la présence du papa. Cette notion que j'ai déjà abordée mériterait d'être plus approfondie.

Les **troubles digestifs** de grossesse impactent également le comportement alimentaire de la femme enceinte. Le reflux gastro-œsophagien et les nausées persistantes ont perturbé le quotidien de sept primipares, les obligeant à supprimer certains aliments, à fractionner les repas ou manger plus. Les troubles digestifs de la grossesse semblent pousser les femmes à

modifier leur alimentation.

Enfin, une minorité d'autres raisons de modifications alimentaires sont retrouvées : les **raisons culturelles** avec les habitudes familiales ou le fait de manger salé /sucré pour avoir un impact sur le sexe du bébé. Il y a aussi le congé maternité qui peut être source d'ennui pour certaines et donc favoriser les grignotages. Enfin la **raison religieuse** n'a été mentionnée qu'une seule fois et n'est pas spécifique à la grossesse (« manger du poisson tous les vendredis »). Une des primipares a avoué ne pas avoir véritablement de raisons mais elle s'est plutôt « laisser aller ».

La totalité des patientes ont modifié leur habitudes (manger équilibré, respecter les restrictions alimentaires) pour assurer une bonne santé à leur bébé, dix pour leur propre santé, deux pour leur conjoint (et notamment ne pas prendre trop de poids vis à vis du regard du papa) et une seule pour respecter les consignes de la sage-femme.

Si la majorité du groupe a fait attention à manger plus équilibré pour la santé de leur bébé, les grignotages restent présents majoritairement.

10) Les regrets

Après l'accouchement, **peu de primipares** ont des regrets concernant leur grossesse et leur alimentation.

Sur les quatre concernées, trois regrettent **leur prise de poids**, jugée excessive ainsi que leurs écarts alimentaires : « *Quand je vois avec du recul, il y a eu quelques écarts que je n'aurais pas du faire. J'ai envie de vous dire pendant neuf mois on s'est fait plaisir.* » (E12), « *J'aurais pu faire plus attention ça c'est sûr, surtout les deux derniers mois car je me suis bien lâchée.* » (E13) Deux des nouvelles accouchées ont pourtant pris un poids normal par rapport aux recommandations de l'American Institute of Medicine (13kg et 14kg) et ont bien vécu leur grossesse d'une manière générale. La troisième qui a pris en revanche 20kg a eu quelques difficultés à accepter cette prise pondérale durant sa grossesse.

La quatrième concernée a regretté de n'avoir pas suffisamment **respecté les restrictions alimentaires** vis-à-vis de la toxoplasmose par peur d'une séroconversion.

Si les 17 autres primipares n'ont pas évoqué de regrets concernant leur grossesse, 6 m'ont pourtant souligné l'importance et la nécessité de **retrouver leur corps d'avant** grossesse. « *Ben pas pour l'instant car c'est tout frais. Je vais voir justement comment après je vais évoluer. C'est plus mon corps après, comment je vais reperdre, voir si je vais revenir comme avant ou pas.* » (E10)

Il est à noter que parmi ces 6 nouvelles accouchées, cinq ont eu une prise de poids excessive par rapport aux recommandations (15kg, 20kg, 20kg, 18kg et 24kg) et ont été moyennement satisfaites. Pour ces femmes là, retrouver leur corps d'avant est primordial pour ne pas regretter ces kilos en trop.

11) L'information diététique pendant la grossesse

Sur l'ensemble du groupe, neuf primipares ont jugé l'information diététique **suffisante** : par la **diversité** des informations (livres, sage-femme, internet et légèrement la PNP), ainsi que sa **facilité d'accès**. Celles qui ont bénéficié de consultations avec une **sage-femme diététicienne** ont été très satisfaites et le recommandent fortement. Quatre d'entre elles n'étaient cependant pas intéressées par ce domaine là, elles n'ont pas ressenti de besoins d'informations.

Enfin, pour la majorité de l'échantillon, la transmission de l'information diététique n'est **pas adaptée** à chaque patiente. Parmi les critiques, elles évoquent :

- **Trop** d'informations noie la patiente. « *Je pense que trop [d'information] on ne sait pas plus quoi manger. L'essentiel c'est ce qu'il ne faut pas manger.* » (E6)
- L'information transmise est **peu claire**. « *Il y a des choses qui n'étaient pas très clair pour moi, par exemple les fromages, je n'ai toujours pas compris ce que je pouvais manger ou non. [...] C'est vrai qu'il y a des interdits mais ce n'est pas facile pour moi. Je savais que je ne devais pas manger de saucisson mais je n'ai pas compris pourquoi. C'était tout mélangé pour moi.* » (E21)

- L'information diététique transmise a été **anxiogène** et source de stress. *« J'aurais trouvé ça bien qu'on me dise ce qu'il y a de bien à manger. Le tourner dans le positif. Car il y a pas mal de peur, de non. Ça véhicule de l'appréhension par rapport à la nourriture. »* (E21), *« Ce que je pourrais reprocher au corps médical c'est qu'on est dans la ..comment dire...il n'y a pas eu de communication par rapport à l'alimentation, il n'y a pas eu de prévention. C'est le bilan qui tombe tout de suite : « vous n'auriez pas du faire ça » ».* (E5)
- D'une manière générale, neuf primipares ont jugé qu'il **manquait d'informations** diététiques durant les neuf mois, mais notamment en début de grossesse où elles se sentent « perdues » et ne savent pas quoi manger : « nul » (E8), *« Je n'ai pas reçu grand chose »* (E10), *« Au niveau de la maternité, j'ai un petit regret. Car on nous dit qu'il ne faut pas prendre de poids et qu'il faut faire attention aux derniers mois de grossesse car on prend le plus, mais on ne nous dit pas « essayer de faire ça ». On a très peu de conseils en maternité au niveau de l'alimentation. »* (E12)

Il y a donc effectivement une meilleure accessibilité aux informations diététiques grâce à internet, aux livres dédiés aux femmes enceintes, aux spécialistes (sage-femme diététicienne), aux nouvelles applications smartphone et par l'entourage. Cependant, ces conseils ne semblent pas pour autant être transmis correctement : parfois trop peu ou trop d'informations. Les conseils ne paraissent pas adaptés à chaque patiente et à son besoin réel.

J'ai alors demandé aux patientes de l'échantillon de me suggérer des solutions pour optimiser cette prise en charge :

- Expliquer ce qui est **bien** à manger.
- Donner des exemples de **repas type** avec la quantité mais aussi des idées recettes.
- Donner d'une façon générale **plus d'informations** sur l'alimentation de la femme enceinte.

- Créer un **groupe de parole** sur l'alimentation où les parturientes volontaires et désireuses de conseils échangeraient leurs savoirs, leurs vécus, leurs appréhensions et leurs questions avec un professionnel de santé adapté.

12) Grossesses futures ?

Quatorze primipares du groupe ne changeraient pas leur comportement lors d'une grossesse ultérieure. Elles ont d'une manière général apprécié leur grossesse et se sont épanouies malgré des changements corporels parfois difficiles et un comportement alimentaire propice aux grignotages et excès pour certaines. L'une d'entre elles, très émue lors de cette question, m'a avoué avec émotions son bonheur d'avoir accédé à la maternité. Ce fut d'ailleurs l'entretien le plus riche en émotions du fait d'une grossesse très désirée (FIV : Fécondation In Vitro) suite à une fausse couche : rires et larmes furent au rendez-vous.

Les sept restantes aimeraient changer leurs habitudes alimentaires lors d'une prochaine grossesse. Quatre voudraient avoir une alimentation **plus équilibrée** afin de prendre moins de kilos, et ce dès le début de la grossesse. Parmi ces quatre femmes, deux avaient pris 20kg. Une des primipares souhaite mieux respecter les restrictions alimentaires concernant la toxoplasmose, chose qu'elle n'a pas suivie tout le temps pour cette grossesse là. Enfin, pour les parturientes fumeuses, trois aimeraient arrêter complètement leur consommation avant une nouvelle grossesse.

13) Présence du papa

Sur cinq entretiens, le papa a été présent avec l'accord de la patiente. Sa présence a pu impacter les réponses des femmes et donc fausser les résultats. J'ai donc décidé de comparer les réponses obtenues entre le groupe « absence du papa » et « présence du papa » sur les questions qui portaient sur le ressenti et les habitudes alimentaires. Là encore, ma comparaison ne pourra être totalement justifiée du fait d'un nombre insuffisant de primipares. Cela pourra seulement montrer quelques orientations.

Le ressenti des mères pendant la grossesse est similaire au reste de l'échantillon : la totalité du groupe « présence du papa » s'est bien sentie pendant les neuf mois.

Au niveau physique, les résultats sont hétérogènes : certaines se sont senties « normales », « en forme », d'autres ont eu du mal à accepter les modifications du corps et notamment la prise de poids. Une des patientes s'est vue moins jolie et moins féminine. Ce résultat correspond là encore avec le reste de l'échantillon.

Concernant les peurs et les craintes de la grossesse, les primipares n'ont pas hésité à me répondre avec sincérité (vergetures, corps d'avant grossesse, ventre « flasque »...)

Sur le ressenti de l'entourage, les réponses sont assez similaires : entourage présent, bienveillant, parfois sensation d'être surprotégée, conjoint présent et aimant et enfin quelques surnoms « grosse », « baleine ». Cependant aucune ne m'a avoué un point négatif sur l'attitude de leur entourage ou de leur conjoint. La présence du papa a pu donc impacter cette réponse car celui ci était directement concerné.

Au niveau du comportement alimentaire, toutes m'ont avoué leurs habitudes alimentaires plus ou moins positives : manger plus équilibré, grignotages, ou « manger pour deux ». La présence du conjoint ne les a pas gênées pour être honnête sur leurs éventuels écarts.

Nous pouvons donc penser que la présence du papa n'a pas beaucoup influencé les réponses des patientes. Seule la question sur l'entourage a pu être légèrement faussée car cela concerné directement le conjoint.

TROISIEME PARTIE : Discussion

I. L'image corporelle pendant la grossesse

« Le troisième trimestre »



« Les remarques des gens ! »



Illustrations de Line Severinsen, droits obtenus.

Selon Dr Clerget, chaque partie de notre corps est chargée d'émotions et de symboles ce qui explique que chaque individu a une représentation de soi unique et singulière et ne se voit pas seulement comme « un amas de chair et d'os ». [19]

1) L'importance de l'image corporelle pendant la grossesse

« Hommes et femmes sont majoritairement tenus pour responsable de leur silhouette ».[10] L'image corporelle reste importante pendant la grossesse. En effet, la femme enceinte traverse une véritable crise maturative (Bydlowski) où le corps se transforme au fil des mois.

a) Anticiper sa grossesse

Préparer sa grossesse est bénéfique. La future maman se prépare psychologiquement et physiquement à cette étape de la vie. Les entretiens ont montré que les primipares qui s'étaient imaginées enceintes, c'est-à-dire celles qui avaient imaginé leur corps et leurs formes lors d'une grossesse, se sont trouvées plus belles et satisfaites de leur prise de poids. Il est donc important d'anticiper sa grossesse afin d'être « prête » notamment à la prise de poids et aux différents changements corporels qu'elle implique.

Les femmes qui ont eu un objectif de poids pendant leur grossesse ont été satisfaites de leur prise pondérale. L'objectif de poids peut être un moyen de se préparer physiquement, d'anticiper les kilos tout en se fixant une limite pour ne pas prendre en excès. Il faut cependant ne pas tomber dans l'extrême avec une prise pondérale insuffisante. Là encore, il est nécessaire de se préparer psychologiquement à ce que leur corps se modifie.

Il est important d'en discuter avec le professionnel de santé pour s'assurer que l'objectif de poids désiré corresponde bien aux recommandations de l'American Institute of Medicine.

b) La féminité pendant la grossesse

La féminité est une notion avec deux points de vue, qui se définit selon le dictionnaire Larousse comme étant :

- L'ensemble des caractères anatomiques et physiologiques propres de la femme.
- L'ensemble des traits psychologiques considérés comme féminin

Ainsi, d'un point de vue anatomique et physiologique, la grossesse confirme bien l'identité féminine avec sa capacité de reproduction et la conséquence de la maturation sexuelle physiologique de son corps.

Cependant, psychologiquement, elle marque un point critique dans la recherche de cette identité féminine. En effet, elle met fin à la femme comme unité indépendante et marque le début de la relation mère-enfant. Il y a une véritable réorganisation du moi féminin en moi maternel adulte.[34] Néanmoins, la femme actuelle, plus indépendante et masculine, ne reconnaît plus ses « fonctions biologiques ». La maternité devient étrangère pour elle, qui semble « mal préparée et inquiète d'avoir à exercer ses tâches maternelles ».[8]

Comme les 21 entretiens l'ont montré, l'image de la maternité est différente d'une femme à l'autre. Certaines en font d'elle une image arrondie de la mère. Les formes et rondeurs reflètent la bonne santé de la mère nourricière. Ces parturientes vont alors se sentir vraiment « femmes » lors de la grossesse et ne vont pas hésiter à le montrer : souriantes et épanouies, elles vont prendre plaisir à porter des vêtements de grossesse, comme ce fut le cas pour Emilie, 26 ans.

A l'inverse, certaines perdent tout esprit de séduction : la mère et la femme désirable

n'étant pas compatibles. Elles vont alors se sentir moins féminines et être plus attachées à leur nouveau rôle de mère. Cela fut le cas pour Corinne, 29 ans, qui a dû redoubler d'effort pour se sentir féminine et coquette durant sa grossesse. Cet investissement de la féminité dépend de sa propre vision de la grossesse mais aussi de son lien avec sa mère (la façon dont elle a été nourrit et porter durant son enfance). La notion de féminité est également liée à celle du désir qui sera développée plus loin. [19]

c) Les vêtements : le reflet de l'image corporelle

Pendant la grossesse, les primipares voient leur corps se transformer au fil des mois. Elles doivent ainsi adapter leurs vêtements : moment délicat pour celles qui n'assument pas leurs nouvelles formes ou un vrai plaisir et jeu d'enfant pour celles qui veulent montrer leur grossesse, fière de ce ventre rond.

Lors des entretiens, les nouvelles accouchées m'ont surtout expliqué l'importance d'avoir des vêtements confortables et amples pour essayer de pallier la gêne causée par le ventre rond et par cette sensation de lourdeur. Isabelle Vaast parle d'habitudes « sociologiques » qui modifient la perception et le comportement vis-à-vis de l'image corporelle. Le port de vêtements amples permet un épanouissement corporel plus conséquent. La femme n'affronte plus le « jean trop serré » qui la maintient dans sa surveillance de poids. L'indulgence du regard de l'entourage sur les rondeurs renforce cet état.[15] Les parturientes s'autorisent alors quelques kilos en plus.

Beaucoup ont ainsi pris plaisir à s'habiller grâce aux vêtements de grossesse adaptés à leur nouvelle morphologie et qui véhiculent parfois des messages explicites de la grossesse : « bébé à bord », « c'est une fille »... La femme enceinte s'expose au sein de la société et veut bénéficier de ce statut particulier qu'est la grossesse. Pour Catherine Joubert, psychiatre, « L'habit est destiné à porter un message à soi et aux autres ». Il permet de faire le lien entre notre intimité et le monde social.[35]

A l'inverse, certaines mères, six d'entre elles, ont eu des difficultés pour s'habiller. Question de goût ou parfois de taille et de confort, elles se sont senties moins féminines et coquettes. La façon de s'habiller reflète notre personnalité et nos émotions. Changer de style,

de façon de s'habiller (comme lors d'une grossesse) peut être difficile pour certaines primipares : celles ci auraient peur de perdre leur propre identité, de ne plus se reconnaître.
[35]

2) L'image corporelle dépend du regard de l'entourage

a) L'entourage

Toutes les primipares interrogées ont prouvé l'impact que pouvait avoir l'entourage et amis sur leur grossesse. Plutôt très présents, ils ont été d'un soutien permanent durant ces neuf mois : encourageant et rassurant la future maman. L'entourage et notamment la famille proche est aussi perturbé par le remaniement que provoque cette naissance. C'est tous les membres de la famille qui sont concernés et qui voient leur place au sein de la famille se modifier : la mère devient grand-mère, le frère devient oncle, etc.

Néanmoins, l'entourage peut aussi être à l'excès trop présent pour la future maman, celle-ci se sent alors « surprotégée », dépendante de sa famille et perdant toute autonomie. Quatre primipares interrogées ont été dans cette situation délicate, n'osant pas avouer leurs sentiments à leur famille. Il est donc important en tant que sage-femme d'écouter les patientes, de pouvoir situer leurs liens avec la famille, les amis mais surtout avec leur conjoint, membre essentiel, et ainsi comprendre dans quel état d'esprit elles sont. Les conseils du professionnel de santé pourront être bénéfiques : du sport pour évacuer les tensions, des techniques de relaxation, proposer de voir la psychologue en cas de besoin, etc.

b) Le conjoint

Le conjoint joue un rôle important dans l'adaptation positive de la grossesse et notamment dans l'acceptation des changements corporels. La qualité de la relation conjugale influence la santé mentale de la primipare : le conjoint est un soutien affectif et un confident privilégié. Les entretiens l'ont bien démontré : le papa joue un rôle clé pour le bien-être de la parturiente, d'autant plus qu'il se montre de plus en plus présent et actif dans la grossesse. Juliette pourra ainsi bénéficier de la motivation de son conjoint pour perdre ses kilos superflus après la naissance de leur enfant.

La grossesse est caractérisée par des changements d'humeurs de la primipare : sentiment d'accomplissement suprême, passivité, dépression légère... Lorsque les relations avec le conjoint sont peu satisfaisantes, le risque de dépression et d'anxiété est plus important. [34] De plus, pour les futures mamans plus actives, le sentiment de dépendance envers le conjoint marque une nouvelle difficulté, elles ne supportent pas de rester sans rien faire, d'être choyée à longueur de journée.[8]

La grossesse est perçue comme une véritable révolution dans la vie sexuelle du couple. En effet par les nombreuses modifications tant hormonales, corporelles et psychiques de la femme, l'intimité du couple se modifie.

Du côté du conjoint, il peut avoir un regard différent sur les nouvelles rondeurs de sa partenaire : l'érotisant ou au contraire il peut avoir un regard fuyant. Selon Alain Héril, sexothérapeute et psychanalyste : « Chez les hommes, habités par de nombreux fantasmes, la grossesse peut soit entraîner une hyper-érotisation de leur compagne, soit, à l'inverse, engendrer une hypo-sexualisation, voire, parfois, des blocages ».[36] Et pour la future mère ?

Non seulement le regard du conjoint est primordial pour la femme, se sentant désirée et renforçant ainsi son estime de soi, mais sa propre sexualité est revisitée. La grossesse remet tout en question : certaines vont ainsi pouvoir se libérer et explorer de nouveaux plaisirs, d'autres auront plus de difficultés à concilier leur vie de femme et de future mère. La primipare doit s'approprier ses nouvelles formes pour séduire son conjoint mais il est important qu'elle se sente également séduisante vis-à-vis de son partenaire. Jean-Marie Delassus définit le sens de séduire : « Que veut dire séduire ? C'est bien sûr attirer le regard de l'autre, en somme le posséder par les yeux, l'attraper par le traquenard des yeux ». [37]

Avec un climat de confiance instauré, la sage-femme est ainsi en première ligne pour dépister et parler de ces difficultés de couple. Elle apporte toute l'aide nécessaire à la patiente comme tout d'abord une oreille attentive, des conseils avisés et une orientation vers un psychologue si besoin.

3) Le rôle des cours de préparations à la naissance et à la parentalité (PNP)

Les séances de PNP sont généralement appréciées par les futures mamans. Ce sont des moments consacrés à elles seules où elles sont libres de poser leurs questions et de partager leurs appréhensions. La plupart du temps, ces cours sont débutés relativement tard, à partir du 7ème mois. Le déroulement de l'accouchement, les soins du nouveau-né ou encore l'allaitement sont abordés.

Débutés plus tôt, les cours de PNP pourraient être le lieu idéal pour mieux aborder les modifications physiques et psychiques durant la grossesse mais aussi toutes les craintes et appréhensions qu'ont les primipares (vergetures, prise de poids...). Malgré le fait qu'il existe un large choix du type de PNP, les primipares s'orientent en majorité (de l'échantillon) vers une préparation « classique », plus propice pour discuter de ces thèmes là. Une approche plus psychologique permettrait ainsi de mieux préparer les futures mamans et ainsi de mieux accepter la transformation physique.

4) Le corps avant et après une grossesse

L'appréhension de ne pas retrouver leur corps d'avant est redondante dans les entretiens. Certaines ne se posent la question qu'après l'accouchement et commencent à regretter les kilos pris pendant la grossesse. En effet, après l'accouchement, elles reprennent possession de leur corps et constatent alors que ce n'est plus le même, marqué par la grossesse et l'accouchement. C'est l'une des premières déceptions qu'ont les nouvelles accouchées. Beaucoup pensent retrouver directement leur ancien corps afin de remettre leurs vêtements.[4] Or il doit y avoir une période d'ajustement et d'adaptation : la nouvelle accouchée doit faire face au sentiment de vide dans le ventre, qui était jusque là comblé par le bébé. L'image corporelle doit à nouveau changer afin que cette mère se sente entière et non vide. [8]

Une étude de I. Thorsdottir et BE. Birgisdottir en 1998 [38] compare deux groupes de nouvelles accouchées avec un poids normal avant la grossesse (IMC entre 19,3 et 25,4 kg/m²) : le premier avec une prise de poids normale pendant la grossesse (9 à 15 kg) et le second avec une prise de poids plus excessive (18 – 24 kg). Cette étude montre qu'une prise de poids maternelle plus importante augmenterait le poids de naissance du bébé (+/- 286g).

De plus, le poids en post-partum serait plus important chez le second groupe (+ 2,6 kg) alors que le premier aurait une perte de poids de -0,1 à -0,47 kg par rapport à leur poids d'avant grossesse. Enfin les deux groupes retrouveraient leur poids d'origine dans les 24 mois après l'accouchement.

Par mon expérience professionnelle, cette étude semble contradictoire avec la réalité. La prise de poids fœtale paraît peu corrélée à celle de la mère, or le risque de macrosomie est bien réel lors d'un diabète gestationnel ou d'une prise de poids importante. La surveillance accrue de la parturiente révèle bien les risques fœtaux et obstétricaux. De plus, les femmes ayant pris beaucoup de poids pendant leur grossesse ont beaucoup de mal à retrouver leur ancien poids. Ces discordances pourraient être l'objet d'une nouvelle étude.

Il existe également un décalage entre le poids retrouvé et le corps actuel. Les nouvelles accouchées peuvent retrouver, comme elles le désiraient, leur poids d'avant grossesse mais elles n'ont plus le même corps. Celui-ci n'est plus aussi tonique et ferme qu'avant, les vergetures peuvent avoir pris possession du ventre ou des cuisses, les vêtements ne sont plus adaptés... La grossesse a tout changé. Le corps de la jeune femme est devenu celui d'une mère. Généralement les primipares ne s'attendent pas à voir leur corps autant changé malgré des efforts intenses (sport ou régimes) pour retrouver une ligne convenable.

Ces désillusions de ne pas retrouver son corps d'avant peut parfois impacter de façon importante la nouvelle accouchée, et notamment la primipare qui s'attend souvent à retrouver son corps de jeune femme. L'image du corps est à ce moment-là fortement perturbée. Cela peut être un facteur de risque de troubles psychiatriques du post-partum :

- Le « baby blues » avec la modification du corps et de l'image corporelle mais aussi avec les modifications des relations familiales.
- La dépression du post-partum avec la présence de facteurs de risque comme les difficultés conjugales, le manque de repère et le manque de soutien de l'entourage.

Laurence Haurat nous explique : «Il serait bien de préparer les femmes, et ce, dès la grossesse, à comprendre que l'après ne sera jamais l'exacte réplique de l'avant. Que ce bouleversement, la naissance d'un enfant, est tout aussi physique que psychique. La femme

n'est plus la même, elle est parfaitement différente, et cela passe aussi par la modification de son corps, qui matérialise ce changement. ». [14]

II. Le changement de comportement alimentaire pendant la grossesse

« *Quand on nous dit de ne pas manger pour deux* »



« *Nos envies de femme enceinte* »



Dessins de Line Severinsen, droits obtenus.

1) Le poids pendant la grossesse

a) Par les professionnels de santé

Comme je l'avais déjà expliqué, la prise de poids « idéale » pendant la grossesse est une notion difficile à calculer et à dicter aux femmes enceintes, d'autant plus aux primipares car elles ne savent pas comment elles vont réagir face à ce gain pondérale.

Dans mon étude, certains professionnels de santé fixaient un objectif de poids inférieur aux recommandations de l'American Institute of Medicine (IOM). Monique Fournel, sage-femme de PMI à Nantes, constate cette même tendance lors de ces formations. Les professionnels de santé ne s'appuient pas sur les courbes de référence IOM de 2009 (ANNEXE III). J'ai pu moi même durant mes stages conseiller aux patientes une prise de poids de 12kg ! Cet objectif n'est pourtant pas adapté à la morphologie de toutes les futures mères.

D'où vient ce décalage ? Pour essayer d'en comprendre l'origine, je me suis intéressée à nos cours d'étudiants sages-femmes où j'ai pu noter une prise de poids entre 11,5 – 16 kg pour un IMC normal, ce qui correspond globalement aux recommandations de l'American Institute of Medicine. Cependant, la prise de poids est décrite de la manière suivante : « 1 kg par mois pendant les 6 premiers mois puis 2 kg par mois les 3 derniers mois », ce qui revient à un total de 12 kg. J'ai pu également interroger ma promotion, composé de 17 étudiants (ANNEXE IV) : selon eux, la prise de poids recommandée est en moyenne comprise entre 9,2–12,4 kg pour une femme d'IMC normal ! Les recommandations de l'American Institute of Medicine ne semblent pas bien assimilées. Les étudiants sages-femmes retiennent plutôt la moyenne de 12kg autorisés, recommandés en pratique par les professionnels de santé lors des nombreux stages.

Selon Monique Fournel, la prise de poids pendant la grossesse est une notion difficile à encadrer par des normes strictes. La courbe d'IOM est en revanche un outil imageant la tendance à suivre, suffisant au suivi et au dépistage de prises excessives ou insuffisantes. L'aspect visuel de la courbe est très utile. De plus, Laurence Haurat, psychologue et nutritionniste, nous explique : « Toutes les femmes ne peuvent pas se retrouver dans cette règle, bien trop linéaire. La prise de poids varie forcément en fonction du métabolisme de chacune. Mais les médecins ont des esprits scientifiques, rationnels et cartésiens. Ils ont besoin, pour se rassurer, de s'appuyer sur du concret : un chiffre, une norme, une moyenne... Cela leur permet de placer l'individu, malgré sa singularité et sa spécificité, dans un ensemble. » [14]

b) Par la patiente

La grossesse influence le comportement alimentaire des parturientes. Les entretiens ont mis en évidence quelques tendances.

Tout d'abord, il y a celles qui ont continué de contrôler leur prise de poids avec une alimentation équilibrée sans trop d'écart de conduite. Ce comportement est dû majoritairement à une peur de grossir et à un sentiment d'être dépossédé de son corps : ne plus contrôler les modifications corporelles. L'alimentation reste alors un moyen de garder le contrôle sur son corps.

A l'inverse, il y a celles qui surveillaient jusque là leur poids et pour qui la grossesse a

été un moyen de ne plus se priver. Elles ont lâché prise sur ce contrôle, écoutant leurs envies et s'autorisant à prendre du poids, parfois en excès . Ce fut le cas pour Marine, 23 ans qui avoue s'être « *laissée aller* » et qui a pris au total 24kg.

Enfin, il y a celles qui se considèrent comme mère nourricière . Ne voulant priver leur enfant de rien, elles ont « mangé pour deux » et n'ont eu aucune limite, le bien-être de leur enfant était primordial. [19]

Stéphane Clerget parle également de « kilos émotionnels ». Les émotions peuvent parfois expliquer certains troubles du comportement alimentaire et généralement une prise de poids associée.[19] Pendant la grossesse, la femme est soumise à un état psychique et émotionnel particulier avec un changement brusque de son image corporelle. Elle est alors plus vulnérable à ces kilos émotionnels. Par exemple l'American Psychological Association a réalisé une étude mettant en évidence que 31% des femmes et 19% des hommes consomment de la nourriture pour soulager les effets du stress [19], celui-ci étant augmenté pendant la grossesse. Corinne en est l'exemple : angoissée par la pesée à chaque consultation, elle a augmenté les grignotages, allant jusqu'à manger la nuit. L'aide d'une diététicienne lui a permis de rééquilibrer son alimentation et donc de freiner sa prise de poids qui commençait à être excessive (5 kg en un mois). Ces kilos émotionnels peuvent donc être évités. La sage-femme est en première ligne pour repérer un état émotionnel particulier de la patiente et ainsi lui proposer des solutions (consultation diététique ou avec un psychologue, relaxation, etc).

Les entretiens ont aussi mis en évidence les nombreux grignotages chez les primipares, quelques soit leur comportement alimentaire. Stéphane Clerget explique que le grignotage marque une régression au stade oral, décrit chez le nourrisson. Celui-ci continue de téter sans faim par plaisir passif.[19] Pour palier cette tendance, certains professionnels de santé conseillent de fractionner les repas, diminuant les grignotages et permettant une meilleure répartition des nutriments sur une journée. [39]

c) La maternité anxiogène

La pesée est devenue aujourd'hui une routine habituelle banale lors de la consultation obstétricale. Pourtant, de nombreuses femmes enceintes redoutent et appréhendent cette épreuve de peur d'être jugée par le professionnel de santé ou de se rendre compte de leur prise

de poids. Comme nous l'a expliqué Corinne : « *Ça m'a un peu stressé, cette prise de poids où tous les mois il faut être pesé, de savoir que j'avais pris un peu trop.* » (E21) Face à ces futures mamans inquiètes, il est important d'aborder le sujet calmement et de trouver un moyen moins anxiogène pour se peser : la patiente pourrait le faire chez elle, à heure fixe, déshabillée et à l'abri du regard du professionnel de santé par exemple.

Une primipare sans souci de santé particulier, d'IMC initial normal avec une prise de poids jugée correcte, sera moins suivie sur ce plan que les autres. L'alimentation et la survenue de ses kilos seront moins abordées lors de la consultation. Pour le professionnel de santé, la patiente va bien. Or, celle-ci n'aura pas l'occasion de parler de sa peur de grossir malgré une prise de poids raisonnable. Elle restera seule face à ses craintes et ses angoisses, pouvant provoquer des troubles du comportement alimentaire (restrictions alimentaires, grignotages...). Un temps d'écoute est donc primordial. Il est important de s'assurer que chaque patiente confie ses craintes et angoisses au professionnel de santé pour qu'il puisse la rassurer dans un premier temps et lui proposer si besoin une écoute plus attentive avec un psychologue.

2) Les modifications alimentaires

« Les variations de notre état psychologique, affectif ou relationnel influent sur notre façon de nous alimenter en quantité comme en qualité ».[19] Nous l'avons déjà vu, la grossesse marque un changement important que ce soit au niveau psychique (crise maturative) ou affectif avec le rôle de l'entourage et du conjoint.

a) L'alimentation : le reflet de la personnalité

La modification du comportement alimentaire peut être difficile chez certaines femmes. En effet, Christine Pierret explique que l'individu acquiert ses habitudes alimentaires depuis son enfance, celles-ci le définissent et le caractérisent. Ainsi, modifier le comportement alimentaire revient donc à changer la personnalité d'un individu car elle touche sa singularité. [28] Alice s'est ainsi sentie frustrée face à l'interdiction de manger de la charcuterie, bouleversant toutes ses habitudes alimentaires.

Il est important de prendre le temps de discuter et d'expliquer les raisons de ses modifications pour qu'elles soient suivies correctement. Une simple liste « d'interdits alimentaires » sera peut être simple à suivre mais des conseils diététiques pour « mieux manger » nécessitent du temps et des explications claires et adaptées à chaque patiente. D'autant plus que celle ci sera submergée par des informations diverses et parfois contradictoires provenant de son entourage, d'internet, des magazines et parfois même de différents professionnels de santé qui n'ont pas le même discours. Les entretiens l'ont montré, certaines primipares se sont senties perdues, ne sachant plus quoi manger.

De plus, il faut aussi prendre en compte l'importance que porte la femme enceinte à son alimentation. Une parturiente qui a déjà l'habitude de manger équilibré aura plus de facilité à suivre les recommandations diététiques. Ce fut le cas pour Anne, suivie depuis deux ans chez une diététicienne, elle a ainsi continué de manger équilibré sans difficulté. A l'inverse, une primipare qui n'a jamais fait attention ou qui n'a jamais réussi à manger équilibré aura alors plus de difficultés à y parvenir pendant sa grossesse. Certaines sont donc plus désireuses et demandeuses de conseils diététiques que d'autres. Il faut donc pouvoir proposer ces conseils sans pour autant les imposer, que cela ne devienne pas une contrainte absolue (ou un diktat) car sinon, ils ne seront pas ou peu appliqués. Ainsi, Béatrice avoue avoir fait quelques entorses aux recommandations pour la toxoplasmose, très friande de viande saignante. De plus, il faut également les adapter à leur mode de vie : sucré ou plutôt salé, repas fait maison ou plutôt à l'extérieur...

b) Non respect des conseils alimentaires

A l'heure actuelle, les recommandations de prévention contre la toxoplasmose et la listériose sont transmises par les professionnels de santé et semblent être connues par l'ensemble des parturientes. Or, mes entretiens ont mis en évidence deux nouvelles accouchées qui n'ont volontairement pas suivi ces recommandations sanitaires. La raison de ce refus peut être intéressante à explorer : est-ce une nouvelle tendance, une façon de s'approprier sa grossesse face à l'omniprésence du milieu médical ? Ou est-ce une incompréhension des conseils transmis en début de grossesse et des risques qui y sont liés ?

L'hôpital Fleyriat à Bourg-en-Bresse transmet lors de la première consultation de grossesse des feuilles de renseignements concernant la prévention de la toxoplasmose et de la listériose. (ANNEXE V- VI) Celles ci contiennent des informations générales et des conseils de prévention (listes des aliments à éviter, règles d'hygiène, conduite à tenir.), relativement clairs et explicites, orientés vers un large public. Le rôle du professionnel de santé, et notamment de la sage-femme, est de s'assurer de la bonne compréhension de ces recommandations. Comme l'explique une des futures mamans interrogées, les patientes n'osent pas avouer qu'elles n'ont pas assimilé les explications et informations reçues par le professionnel. C'est donc à nous, sages-femmes, de vérifier les acquis des parturientes.

De plus, la grossesse ne semble plus aussi naturelle qu'avant. Elle est devenue une phase à risque pour la future mère et son bébé. La médicalisation de la grossesse entrave et bloque le sentiment de maîtrise et de participation à son propre accouchement. La primipare reste passive et dépendante de l'équipe médicale, d'autant plus que tout est nouveau pour elle. « La femme actuelle ne saurait-elle plus mettre son bébé au monde sans une aide extérieure ? Elle pense qu'elle ne sait pas ou, peut-être, le lui laisse-t-on penser ? »[7] Jean-Marie Delassus explique que le progrès médical a modifié le sens de la grossesse. Il s'inquiète du devenir propre de la femme enceinte face à la technicité des soins du corps et aux nombreuses recommandations.[37] Aurait-il alors une nouvelle tendance à s'opposer à la médicalisation de la grossesse en menant une vie « normale », sans suivre les recommandations spécifiques de la femme enceinte et en faisant confiance à leurs capacités à devenir mère ?

c) Peur des aliments

A l'inverse, il existe parfois une véritable peur de certains aliments, véhiculée par les conseils diététiques pendant la grossesse. Cette peur touche souvent les primipares qui veulent le meilleur pour la santé de leur bébé. Anne, immunisée contre la toxoplasmose, a choisi de suivre les recommandations comme une parturiente non immunisée pour « *mettre toutes les chances de [son] côté sur tous les plans* ». (E12) A vouloir trop bien faire, elles ne savent plus quoi manger de peur de choisir un aliment qui ne serait pas adapté à la grossesse ou même dangereux. Pour Christine Pierret, aujourd'hui l'individu ne s'alimente plus par lui même : il ne cuisine plus, jardine très peu,... « il perd le contrôle des aliments qu'il consomme ».[28] Cette peur est là encore amplifiée par la diversité des discours qu'il retrouve sur internet, dans

l'entourage... La facilité d'accès aux informations peut donc être néfaste et générer des angoisses vis-à-vis du rapport qu'à chaque individu à la nourriture. [28]

d) Le tabac

Les entretiens ont montré que les primipares fumeuses ont eu un lien particulier avec l'alimentation : elles ont en général augmenté les grignotages pour pallier le manque de tabac. En effet, la dépendance à la cigarette peut être comparée à celle de la nourriture. Tabac et aliment produisent tous les deux un bien-être instantané, facilement accessible. Ils peuvent être quantifiés, ce qui donne l'illusion d'un éventuel contrôle.[19]

En diminuant ou arrêtant la consommation de tabac, la femme enceinte doit faire face constamment à un manque. Elle peut le substituer par l'alimentation qui lui procure une satisfaction similaire. Ces patientes sont donc plus à risque d'une prise de poids excessive. Nous, sages-femmes, devons être plus vigilantes et attentives à instaurer un équilibre entre la diminution ou l'arrêt du tabac et une alimentation saine sans grignotage abusif. Selon le besoin, le professionnel de santé pourra ainsi proposer à la parturiente un suivi avec un tabacologue mais aussi avec une diététicienne et une psychologue. Notre rôle de sage-femme est ici essentiel : dépister les patientes à risque (de plus en plus nombreuses) et les orienter vers des professionnels de santé adaptés afin d'établir un suivi global par une équipe pluridisciplinaire.

e) Régimes et grossesse

Les entretiens ont mis en évidence que le régime pendant la grossesse semblait bien exclu des mentalités des primipares. Pendant ces neuf mois, les futures mamans s'interdisent un régime jugé dangereux pour leur enfant. Elles parlent plutôt d'équilibre alimentaire afin de donner le meilleur à leur bébé.

La notion de régime apparaît plutôt après la naissance, lorsque les accouchées découvrent leur nouveau corps de mère, avec parfois quelques kilos restants de la grossesse. Motivées et désireuses de retrouver leur ancien corps, elles se lancent souvent dans un régime à la chasse aux kilos en trop. Lors de l'entretien, Coralie, 25 ans, me confiait son envie de reprendre au plus vite le sport afin de retrouver son corps svelte. Mais est-ce vraiment la bonne solution alors que le corps vient de subir de nouvelles transformations ?

Les régimes sur une court période sont pour 75% de la population réalisables. Mais garder un équilibre sur une longue durée s'avère plus difficile. Selon Stéphane Clerget, « 90% des personnes reprennent leur poids initial après un régime, et souvent d'avantage. » [19] De plus les restrictions alimentaires peuvent entraîner un trouble du comportement alimentaire.

Les kilos émotionnels dont parle Stéphane Clerget prennent tous une importance dans le post-partum. « Les facteurs émotionnels et psychologiques divers (remontée du passé, stress, relâchement moral,...) jouent un rôle dans la prise de kilos superflus lors de la grossesse, mais aussi dans la difficulté à les reperdre après l'accouchement. » [19]

Les nouvelles accouchées sont ainsi impatientes et désireuses de retrouver leur ancien corps. Certaines souhaitent se lancer dans un régime ou reprendre leur sport le plus rapidement possible. Il faut tout d'abord les rassurer : le corps s'est modifié pendant neuf mois, il lui faut du temps pour retrouver sa ligne d'avant. Les sages-femmes ont un rôle important pour expliquer ces remaniements physiques et répondre aux questions et peurs des nouvelles accouchées.

3) L'alimentation : un impact social

La femme enceinte fait face à de nombreux changements corporels pendant sa grossesse. En seulement neuf mois, c'est une véritable transformation physique qui peut parfois impacter le quotidien de la future maman : sensation de « lourdeur », gêne à la mobilisation, diminution de l'activité physique, alitement ou même hospitalisation. La grossesse modifie donc l'image corporelle mais aussi la vie sociale de la parturiente.

Plus de la moitié de l'échantillon a augmenté les grignotages pendant la grossesse et notamment en fin de grossesse. Malgré le fait que beaucoup de primipares soient actives pendant leur congé maternité, leur quotidien a été bouleversé, modifiant leurs habitudes alimentaires. « Le grignotage est décrit comme une activité automatique de remplissage alimentaire par petites quantités, qui survient dans un contexte de vide : atonie émotionnelle, solitude affective, vide de la pensée; celui ci pouvant être induit par un gavage télévisuel. Les jeunes femmes y sont particulièrement exposées lorsqu'elles sont « retenues » chez elles

comme par exemple le congé maternité » [10] L'ennui les gagne, ce qui tend à favoriser une prise de poids : manger occupe.[19] Quelques fois elles se « retiennent » seules à la maison, conformément à l'image qu'elles s'imaginaient d'une fin de grossesse, elles pourraient profiter au contraire de cette fin de grossesse pour faire de nouvelles activités (marche, promenade, etc) mais cela ne correspond peut être pas à la représentation que l'on se fait d'une fin de grossesse où elles sont surprotégées.

L'ennui aveugle les futures mamans, celles-ci ne font plus attention à leur corps. « l'individu qui s'ennuie sur une longue période acquiert une image modifiée de soi-même, avec une dissipation de la perception de ses propres limites ».[19] La parturiente se désinvestit du monde extérieur mais aussi de son monde interne (imagination, pensées). Ce blocage psychologique favorise une prise alimentaire plus importante.

De plus, les nombreuses restrictions alimentaires de la grossesse isolent les futures mamans. Celles-ci se sentent exclues et punies de ne pas pouvoir manger comme les autres. La grossesse écarte la primipare de son milieu social. « Un sentiment d'exclusion radicale survient lorsqu'on ne peut pas consommer, partager la même nourriture que ses proches » [10] En effet, l'acte de manger n'est pas seulement un besoin biologique mais il a une véritable dimension affective, culturelle et sociale. L'alimentation joue plusieurs rôles : nutritif bien entendu mais aussi social avec l'identification dans la société et la communication (partager et être ensemble) et un rôle hédoniste (plaisir de manger).[40] La femme enceinte voit ses habitudes alimentaires se modifier du fait de la grossesse et de son image corporelle. Privée de certains plats, elle va parfois diminuer les sorties entre amis pour ne pas être tentée. Elle peut aussi préférer prendre un repas spécifique et différent de ses amis, se sentant alors à l'écart comme si elle commençait un régime (salade et légume à une soirée tartiflette). A l'inverse, elle peut augmenter les sorties restaurant dans le but de retrouver ce lien social, ce moment de partage entre amis, au détriment d'une alimentation équilibrée et au risque de quelques kilos superflus.

Il semble ainsi essentiel de prendre en compte le milieu social dans lequel la future maman se trouve. Se sent-elle seule et exclue malgré la présence de son conjoint et son entourage, restant chez elle et grignotant ou bien multiplie-t-elle les sorties restaurant afin de retrouver ce lien social qu'elle semble perdre ? Quoi qu'il en soit, c'est au professionnel de santé, et notamment à la sage-femme, de chercher l'impact qu'ont les modifications

alimentaires sur sa vie sociale. Prendre le temps de discuter avec la parturiente permettait de trouver des solutions : activités en groupe, conseils alimentaires ou suivi psychologique si besoin.

4) La grossesse psychique

Nous l'avons déjà abordé, la transparence psychique, décrite par Monique Bydlowski, est un état particulier qui plonge la femme enceinte dans une véritable crise maturative. Les barrières de l'inconscient sont levées, mettant à nu les pensées et souvenirs jusque-là refoulés par la future maman. Celle-ci peut faire face à une réactivation de son passé (souvenirs, fantasmes...) [6] mais aussi ses conflits avec sa propre mère. La primipare fantasme peu sur son enfant à venir, elle est plutôt centrée sur elle-même et sa propre expérience d'enfant. [34]. Le lien mère-fille prend toute son importance car elle influence non seulement l'image du corps mais aussi son vécu de la grossesse. P-C Racamier parle de maternalité. « Devenir mère engendre des réaménagements psychiques et affectifs sans lesquels la femme ne pourrait pas répondre aux besoins de son enfant ». [41]

Le premier trimestre est marqué par une régression au stade oral de la femme enceinte (vomissements, nausées). Cela peut s'expliquer par le fait qu'elle s'identifie au fœtus dans son rapport à sa propre mère. Elle se « revoit » au stade de nourrisson, alimentée par sa propre mère (sein ou biberon), ce qui peut changer son rapport à l'alimentation. [8] En effet, la pulsion orale, décrite par Freud, est le premier stade de développement affectif de l'homme. Le nouveau-né ne communique avec le monde extérieur que par l'intermédiaire de son corps. Les parents satisfont ses pulsions par la mise au sein de la mère ou le biberon. C'est par cette première éducation que le nouveau-né construit ses liens avec l'alimentation et notamment l'envie de manger mais aussi la construction de son identité par le « processus d'identification primaire ». Lors de la tétée, l'enfant s'identifie à sa mère : « absorber un objet concret (l'aliment) ou abstrait (les paroles de sa mère) équivaut à être cet objet ». [19]

De plus, la femme enceinte peut voir surgir des émotions enfuies de son adolescence vis-à-vis de son corps. Une mauvaise estime de soi avant la grossesse ou pendant l'adolescence va alors mettre en difficulté la primipare, n'acceptant pas ses modifications

corporelles. Or, « L'acceptation de l'image corporelle est un aspect important dans l'identité maternelle. »[8] Ces émotions (tristesse, anxiété) vont avoir une influence sur le comportement alimentaire.

La « grossesse psychique » peut ainsi expliquer le changement de rapport à l'alimentation qu'a la parturiente durant ces neuf mois. La relation mère- fille a permis la construction de l'image corporelle mais aussi une représentation propre de la féminité et de la grossesse, celles ci seront différentes d'une femme à l'autre selon son histoire et ses repères. De plus nous avons vu que la féminité influence l'image corporelle pendant la grossesse qui impacte elle-même le changement de comportement alimentaire. Il y a donc une réelle nécessité de prendre en compte tous ces facteurs afin d'apporter une aide appropriée aussi bien physique (la prise de poids) que psychique (vécu de la grossesse). Cette écoute plus attentive doit être faite à chaque moment de la grossesse. Les sages-femmes sont en première ligne pour cette prise en charge : elles peuvent jouer un rôle lors des consultations obstétricales, de la PNP et des consultations spécialisées (diététique, tabacologue, allaitement). La question de l'alimentation de l'enfant peut aussi se poser. En effet, la future maman va ainsi choisir d'allaiter ou non son enfant. Ce choix va dépendre de son histoire personnelle et de son vécu de la grossesse.

III. Propositions

1) La grossesse : un heureux événement ?

Dans notre société actuelle, la grossesse est signe de bonheur, d'heureux événement pour les futurs parents. C'est une période d'épanouissement où la parturiente se trouve dans un état psychique particulier, dans « une bulle » centrée sur elle même. Elle « doit » donc être heureuse et répondre à une certaine image selon la société. Les complexes, les doutes et les appréhensions sont tabous.

Il est de plus en plus difficile pour la future maman de pouvoir exprimer ce qu'elle ressent et ses éventuelles difficultés et peurs, celles ci ne correspondant pas au standard de la société ou étant complètement ignorées par le milieu médical. Selon Szejer : «Plus on sait au

plan médical sur les fœtus, les nouveau-nés et les parturientes, (...) plus grand est le risque que ne soit laissée aucune place à leurs paroles».[41] Il devient donc primordial d'écouter la future mère, d'autant plus la primipare.

Comme nous l'avons vu précédemment, la grossesse est de plus en plus médicalisée : prévention des risques comme le diabète gestationnel, le contrôle du bien-être fœtal, de la bonne croissance,... Si pour les professionnels de santé cette surveillance reste légitime et banale, pour la femme enceinte, cela peut générer beaucoup de stress et d'inquiétudes. Elle peut désinvestir son bébé dans l'attente « du feu vert médical ».

2) Quels conseils diététiques ?

Face à la réceptivité de la femme enceinte vis-à-vis de l'alimentation (peur, importance qu'elles y portent, accès aux informations...), le professionnel de santé doit donc adapter son discours.

Selon l'étude de JC Carter, la prévention peut être contre productive à long terme. En effet, elle augmenterait la préoccupation sur le poids et l'aspect physique des personnes et ainsi augmenterait le risque de trouble du comportement alimentaire. [10]

A l'inverse, certaines patientes de l'échantillon se sont plaintes du manque (et parfois de l'absence totale) de prévention vis-à-vis de l'alimentation pendant la grossesse. Celles-ci se sentent perdues, ne sachant pas comment bien manger pour leur bébé. Selon une étude de S.J Abraham de 2001, sur 67 obstétriciens participants, aucun ne calculait l'IMC de la patiente, 90% de leurs patientes étaient pesées à chaque consultation mais un tiers des médecins ne prenait pas en compte la prise de poids, la plupart abordait la consommation de tabac et alcool mais moins de 50% des praticiens abordaient la notion de régime, de troubles alimentaires ou d'antécédents de dépression. Cette étude met en évidence le manque d'intérêt des professionnels de santé vis-à-vis de l'alimentation pendant la grossesse mais aussi le manque de temps qui fait que ne sont abordées que les informations qu'ils jugent primordiales. [42]

En outre, entre l'absence et l'excès d'informations, il est nécessaire de transmettre dans un premier temps les conseils diététiques primordiaux sans noyer la patiente dans un flux de notions inutiles. Il faut donc cibler les conseils, que cela soit clairs et compris. Selon Christine Pierret [28], les informations de base sont :

- Éviction des habitudes toxiques (tabac, alcool, drogue...)
- Respect des consignes de base vis-à-vis de la toxoplasmose et de la listériose
- Vigilance face à une prise de poids excessive, pouvoir orienter la patiente vers un professionnel de santé adapté à un suivi diététique plus ciblé.
- Vigilance face à une prise de poids insuffisante et un risque de carence, pouvoir là aussi orienter la patiente pour un suivi diététique adapté.
- Diversifier les aliments : une alimentation équilibrée est avant tout une alimentation variée.
- Rassurer la patiente !

Le professionnel de santé adaptera ses conseils à la parturiente et à son mode de vie :

- Son lieu d'habitation (campagne ou ville) : l'accès aux fast-foods et restaurants seront plus fréquent en ville.
- Ses goûts alimentaires (sucré, salé) : il sera difficile de faire prendre du fromage au petit déjeuner pour une patiente friande de sucrée.

3) Que faire en pratique ?

Cette enquête a permis de mettre en évidence des primipares plus à risque de changement de comportement alimentaire excessif. La sage-femme, très présente dans le suivi de grossesse (plus de la moitié de l'échantillon ont été suivi par une sage-femme) tient une place fondamentale dans le suivi de ces femmes, les écoutant, les conseillant et les orientant vers des professionnels de santé spécialisés quand nécessaire.

Nous l'avons vu le tabac est un facteur de risque de grignotage et de compensation alimentaire. Il est important lors de la première consultation obstétricale de dépister les

parturientes fumeuses, de quantifier leur consommation, d'expliquer les risques liées au tabagisme et les bénéfices d'en diminuer la consommation (voir l'arrêt total). Il est également nécessaire de s'assurer d'une surveillance accrue pour le bien-être fœtal (risque de RCIU) mais aussi maternel (risque de sensation de manque, stress, irritabilité, troubles du comportement alimentaire). Un suivi avec un tabacologue est recommandé permettant de réduire le nombre de cigarettes et d'apporter des solutions pour pallier au manque de nicotine. Un suivi diététique peut être intéressant pour éviter de compenser par la nourriture, de diminuer les grignotages engendrés par le manque de tabac. Enfin, un suivi psychologique serait un soutien non négligeable pour établir un équilibre.

Les primipares sont aussi sensibles aux « kilos émotionnels » que nous avons vus précédemment. Les émotions submergent les futures mamans, celles-ci sont à risque de certains troubles alimentaires comme les grignotages et donc d'une prise de poids associée. Pour y faire face, il est, je pense, important de bien les orienter vers une PNP adaptée comme la sophrologie ou le yoga afin de leur permettre d'apprendre à évacuer ses émotions « parasites ». Les sages-femmes sont aussi là pour leur apporter une écoute attentive et des conseils appropriés (relaxation).

Les grignotages sont nombreux pendant la grossesse. La majorité des primipares interrogées ont cédé à la tentation, surtout au troisième trimestre. Si pour certaines patientes (d'IMC normal initial) ils sont peu importants et ont donc peu d'impact sur la prise de poids (quelques kilos superflus), pour d'autres ils peuvent être plus néfastes. C'est à nous, sages-femmes d'aborder le sujet et de s'assurer de l'équilibre alimentaire de la femme enceinte en différenciant les grignotages occasionnels et permanents. Des conseils avisés seront donnés comme par exemple fractionner les repas. Si besoin, la sage-femme pourra orienter la patiente vers une diététicienne.

De plus, les entretiens ont montré une nouvelle tendance : le refus volontaire des recommandations sanitaires de la toxoplasmose et de la listériose. Deux hypothèses en découlent : l'incompréhension des feuilles de renseignements et le retour à une grossesse plus naturelle. Dans ce cas là, le rôle de la sage-femme est essentiel : il faut s'assurer de la bonne compréhension des conseils diététiques et sanitaires en prenant le temps d'en discuter avec la patiente mais il faut également lui faire prendre conscience des risques encourus. A chaque

début de consultation, il serait judicieux de laisser la parole à la parturiente.

Enfin, le changement de comportement alimentaire semble être responsable d'un isolement social pour certaines primipares. En début de consultation, il est important que chaque sage-femme ou professionnel de santé s'assure du bien-être de la patiente, de ses difficultés et de son ressenti face à son entourage ou milieu professionnel. Elle pourra ainsi si besoin lui proposer de consulter une psychologue.

Chaque femme a sa propre histoire avec ses difficultés et ses faiblesses. C'est à nous, sages-femmes et professionnels de santé d'établir un climat de confiance, mettre en évidence ses facteurs de risque et ainsi proposer une prise en charge pluridisciplinaire et adaptée.

4) La consultation diététique

La consultation diététique est souvent proposée aux femmes avec une prise pondérale excessive ou lors de la découverte d'un diabète gestationnel mais aussi d'une prise de poids insuffisante. Elle se déroule sous forme d'un entretien individuel en quatre étapes [39] :

Tout d'abord, le professionnel de santé recense toutes les informations nécessaires pour établir un profil de la patiente : poids, taille, IMC, prise de poids, parité, mode de vie, « passé alimentaire »...

Puis, il retrace les différents repas pris par la patiente sur une journée afin de pouvoir visualiser les erreurs diététiques et proposer des solutions pour manger mieux équilibré. Il s'agit d'une enquête qualitative et quantitative des apports alimentaires, une sorte « d'histoire alimentaire ». Il est important d'avoir une idée concrète de la portion alimentaire consommée à l'aide de photo : n'ayant pas les repères visuels de la quantité recommandée, une portion de pain sera plus ou moins importante selon la patiente.

A la suite de cette enquête alimentaire, le professionnel de santé va définir des objectifs diététiques réalisables pour la patiente. Ces conseils seront ciblés selon les erreurs diététiques et les habitudes alimentaires, en prenant en compte le mode de vie de chaque patiente. De plus, il est important de prendre le temps d'expliquer les raisons et les bénéfices des changements nécessaires, de présenter les bases d'une alimentation saine et équilibrée

mais aussi les bienfaits d'une activité physique régulière et adaptée à la femme enceinte. Des exemples concrets, des repas types et des idées recettes sont donnés suivant le besoin de la parturiente. Celle-ci peut aussi poser ses questions sans tabou, expliquer ses difficultés et ses envies.

L'écoute est primordiale afin d'adapter l'accompagnement. La patiente se sent soutenue, aidée, rassurée. Il est important de ne pas culpabiliser la femme enceinte sur ses excès, mais plutôt lui redonner confiance en lui proposant des objectifs raisonnables.

Ces consultations diététiques pourraient être accessibles aux primipares désireuses de conseils et d'aides concernant leur prise de poids et leur alimentation. Proposées en début de grossesse, cela permettrait une prévention d'une prise de poids excessive, de la survenue d'un diabète gestationnel, de carences (notamment lors de restrictions alimentaires), et donc d'un impact obstétrical (macrosomie, RCIU). Cela permettrait aussi une prise en charge plus globale avec une écoute toute particulière des difficultés rencontrées au sein du couple, de l'entourage mais également de la patiente elle-même (estime de soi, bien-être).

Une étude d'observation à la maternité de Port-Royal – Baudelocque a montré l'intérêt des consultations diététiques : la majorité des patientes sont des femmes minces et de corpulence normale avant la grossesse, ce sont pour 65 à 85% des primipares. L'enquête a mis en évidence que la prise de poids excessive concernait majoritairement les primipares minces et de corpulence normale avant la grossesse mais aussi celles qui diminuent le tabac. Pour cette population, les repas n'étaient pas réguliers et structurés avec une importante variation de l'apport énergétique d'un jour à l'autre (500 kcal), 75% d'entre elles grignotaient. Les consultations diététiques ont permis de freiner cette prise de poids (surtout lorsque la consultation est débutée tôt dans la grossesse) par un rééquilibrage des repas sur la journée et par une reprise d'une activité physique régulière et adaptée à la grossesse. En conclusion, cette étude montre bien l'intérêt d'un suivi diététique débuté tôt dans la grossesse (au 4^{ème} mois plutôt qu'au 6^{ème} mois). [39]

5) L'entretien du 4ème mois

L'entretien du 4ème mois permet une discussion plus approfondie entre la parturiente et la sage-femme sur les attentes et les appréhensions de la future maman. Cet entretien permet de mettre en évidence les éventuelles difficultés que pourraient rencontrer la patiente mais aussi ces craintes afin de proposer une prise en charge plus adaptée. C'est aussi l'occasion de lui laisser la parole et d'établir un climat de confiance.

L'entretien du 4ème mois pourrait permettre de sensibiliser la future mère sur l'alimentation et lui proposer si besoin une consultation diététique. Cela permettrait de faire un bilan sur ses habitudes alimentaires et ses questions. C'est aussi l'occasion d'établir un profil psychologique et de mettre en évidence certaines faiblesses afin de mettre en place un suivi plus adapté. L'entretien du 4ème mois est le moment idéal où le professionnel de santé a le temps de donner la parole à la femme enceinte. C'est aussi le lieu où celle-ci se confie sur son histoire personnelle, sur ses liens avec sa propre mère et sa vision d'une grossesse. C'est donc un lieu de partage, propice à un climat de confiance et loin d'un milieu médical anxigène.

A l'issue de l'entretien, la sage-femme peut proposer une PNP suivant les envies et les besoins de la future maman. C'est une décision délicate et importante car comme nous l'avons vu, la PNP permet d'apporter un véritable soutien. C'est aussi un lieu de partage et de convivialité. Bien choisir sa PNP est essentiel. Cela permettra de répondre aux besoins de la parturiente (relaxation, connaissances, yoga, questions pratiques, piscine, etc). L'entretien du 4ème mois va ainsi expliquer chaque PNP aux futures mamans et les aider à choisir.

6) Le groupe de parole

Lors de mes entretiens, deux patientes m'ont soumis l'idée de la mise en place d'un groupe de parole sur l'alimentation de la femme enceinte. Cet atelier pourrait se construire sur le même modèle que « la Table ronde de l'allaitement » organisée à l'hôpital de Fleyriat une fois par semaine. Cette réunion est proposée à tout femme voulant allaiter ou allaitant qui désire échanger par rapport à son vécu, ses conseils, ses difficultés ainsi que ses appréhensions vis à vis de l'allaitement. Organisée par une sage femme ou une auxiliaire puéricultrice, la Table ronde est un lieu propice à l'écoute, aux partages sans jugement et à

l'accompagnement des patientes.

Les femmes ne sont plus autant entourées d'enfants en bas âge (fratrie, amis, etc), les familles sont éloignées et certains sujets ne sont plus abordés comme ils l'étaient auparavant avec leur mère ou leurs sœurs, d'où parfois la notion de solitude que peuvent ressentir certaines d'entre elles. Ce manque de communication peut paraître paradoxal dans une société d'hyper connexion et d'hyper médiatisation, pourtant il est bien présent. C'est notre rôle en tant que sage-femme d'être présent et disponible pour la future maman, de l'écouter et d'apporter conseils et soutiens afin d'accompagner la grossesse.

C'est pour cela que l'idée de mettre en place un lieu de partage pour les futures mamans autour des préoccupations maternelles pendant la grossesse serait intéressante. Cet atelier pourrait être organisé une à deux fois par mois autour de thématiques telles que l'alimentation et ses recommandations (toxoplasmose, listériose), les modifications corporelles, la parentalité mais également l'accueil du bébé et son alimentation. Cela pourrait permettre à certaines patientes d'exprimer leurs inquiétudes, de rencontrer d'autres mères et de se rendre compte qu'elles ont les mêmes appréhensions. Ce groupe de parole serait organisé par une sage-femme et ouvert à toutes parturientes volontaires ainsi qu'aux accouchées, permettant le partage de leurs expériences. Le fait de se retrouver auprès de leurs « pairs » qui ont comme elles vécu des périodes de doutes, connu les mêmes difficultés et les ont surmontés, pourraient aider ses patientes à mieux appréhender cette grossesse. La sage-femme serait là comme garante et régulatrice des informations transmises, ce qui n'est pas toujours le cas lorsque les patientes vont chercher les conseils sur les forums de discussions.

Conclusion

La grossesse marque une étape clé dans la vie d'une femme. En effet, des remaniements physiques et psychiques accompagnent la future mère durant ces neuf mois. Celle-ci voit ressurgir son passé et ses relations à sa propre mère. Cet état psychique particulier va ainsi modifier son image corporelle et son rapport à la nourriture pendant la grossesse. De plus, la féminité participe à la construction de l'image corporelle. La vision qu'a la femme de la grossesse va ainsi modifier son image de soi, elle va se sentir plus féminine ou au contraire mère nourricière, impactant également ses habitudes alimentaires.

L'enquête a permis de mettre en évidence que l'image corporelle dépendait aussi de l'entourage de la parturiente, de son conjoint et de sa propre mère. Il y a de vrais bénéfices à anticiper sa grossesse afin de mieux accepter les changements corporels. Malgré cela, la principale crainte des primipares est de ne pas retrouver leur corps d'avant grossesse après la naissance de leur enfant. La prise pondérale est donc une préoccupation majeure pour certaines d'entre elles. Si pour quelques unes la priorité est la santé de leur bébé au détriment de leurs kilos, pour d'autres, la prise de poids est une source d'angoisse. D'autant plus qu'il existe un véritable décalage entre la prise de poids recommandée par les professionnels de santé et celle de l'American Institute of Medicine. Le suivi médical peut être perçu comme anxiogène car il existe une pression face à cette prise de poids. Les recommandations sanitaires et diététiques peuvent sembler faciles à respecter à première vue mais elles touchent la personnalité de l'individu, ses habitudes de vie avec le plaisir de manger et de partager un repas entre amis. Le lien social en est perturbé, certaines primipares se sentent alors exclues et seules. La grossesse est aujourd'hui très médicalisée, la femme y perd son autonomie et sa capacité à devenir mère.

C'est à nous, sages-femmes, d'apporter un suivi global et adapté à la parturiente. Il est important de ne pas s'arrêter qu'à l'aspect obstétrical de la grossesse mais au contraire de laisser la parole à la patiente afin d'identifier les éventuelles difficultés et appréhensions. Établir une relation de confiance permet ainsi de connaître la patiente, son milieu de vie et sa

vision de sa grossesse. Une attention toute particulière est nécessaire vis-à-vis des primipares pour qui la grossesse est une étape nouvelle et inconnue. Nous l'avons vu, certaines parturientes sont plus à risque de modifier leur comportement alimentaires : le tabac, les grignotages, l'incompréhension ou le non respect des recommandations sanitaires pour la toxoplasmose et la listériose, les kilos émotionnels, l'isolement social... Notre rôle de sage-femme est primordial pour pouvoir les identifier afin d'apporter un suivi adapté tout au long de la grossesse. Proposer un suivi pluridisciplinaire peut être nécessaire : tabacologues, diététiciennes et psychologues sont là pour un suivi complémentaire et pour apporter un autre regard sur les difficultés rencontrées par la patiente.

L'entretien du 4ème mois et la PNP sont des lieux de partage propices pour aborder la grossesse psychique et les modifications corporelles afin de préparer et rassurer les parturientes. Les consultations diététiques pourraient être plus proposées même à des femmes enceintes qui de prime abord ne sembleraient pas en avoir besoin mais pour qui le rapport au corps et à la prise de poids est un enjeu majeur. Enfin, un groupe de parole destiné aux parturientes et aux nouvelles accouchées volontaires pourrait être organisé sur le thème des préoccupations maternelles. Ce lieu de parole permettrait d'aborder la prise de poids, l'alimentation de la femme enceinte et par la suite du nouveau-né, les modifications corporelles et leur vécu, les difficultés rencontrées vis-à-vis de l'entourage ou du conjoint, l'activité physique, etc. Le partage d'expérience serait bénéfique et apporterait une aide précieuse pour encourager et rassurer certaines futures mamans.

Références bibliographiques

Photo de couverture : <http://www.cultmax.com/les-aliments-a-eviter-pendant-la-grossesse-2496.html#>

Dessins de Line Severinsen : <http://www.kosogkaos.no/>

[1] Dolto F. L'image inconsciente du corps. Édition du seuil. 1984. 22-8

[2] Foucan D. Cours dispensé à l'école de Sage-femme de Bourg-en-Bresse intitulé : La construction de la maternité psychique. 2014 – 2015

[3] Amadiou JF. Le poids des apparences: beauté, amour et gloire. Odile Jacob. Mars 2004. 19-20 ; 22-27 ; 61 ; 81-86 ; 129-132 ;

[4] Szejer M, Stewart R. Ces neuf mois-là : une approche psychanalytique de la grossesse et de la naissance. Robert Laffont. 2e édition de 2002. 1994. p71-76 ; 79-80;105-127 ; 173-196 ; 205-213, 263-264

[5] Guilherme R. La prise de poids normale pendant la grossesse. Février 2015. Visité le 11/11/15. Disponible sur: <http://mon-gyneco.com/prisedepoidsidealeenceinte.html>

[6] Bydlowski M. Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. Devenir 2/2001. Volume 13, p. 41-52

[7] INPES. Vécu de la grossesse par les femmes . fiche n°19 . Mai 2010

[8] Abdel-Baki A, Poulin MJ. Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement : Perspectives psychodynamiques du vécu normal durant les phases de la grossesse et l'accouchement. Psychothérapie. 2004/1. Volume 24. p 3-8

[9] Sangrador JL, Yela C. "What is beautiful is loved": Physical attractiveness in love relationships in a representative sample. Social Behavior and Personality. 28(3). 2000. 207-218

[10] Le Barzic M, Pouillon M. La meilleure façon de manger : les désarrois du mangeur moderne. Édition Odile Jacob. 1998. 24-25, 31, 175-180, 204, 207-210, 255-259

[11] Mouchès A. La représentation subjective de la silhouette féminine. Les cahiers internationaux de psychologie sociale. 4/24. 1994. 76-78.

[12] CERIN. Les basiques de la femme enceinte. Visité le 23/06/15. Disponible sur: <http://www.cerin.org/brochure-depliant/basiques/alimentation-de-la-femme-enceinte.html>

[13] HAS. Table d'indice de masse corporelle (IMC) Visité le 11/11/15. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-09/table_imc_230909.pdf

[14] Vaineau AL. Grossesse et kilos, le tandem culpabilisant. Mars 2012 Visité le 08/10/15.

Disponible sur:

<http://www.psychologies.com/Nutrition/Equilibre/Regimes/Articles-et-Dossiers/Grossesse-et-kilos-le-tandem-culpabilisant#2>

[15] Vaast I. Education nutritionnelle : le rôle de la sage-femme. Vocation Sage-femme. Avril 2006. n°41. 12-6.

[16] Abbarra A. La prise du poids maternelle idéale pendant la grossesse selon le poids initial. Visité le 11/11/15. Disponible sur:

http://www.aly-abbara.com/echographie/biometrie/prise_poids_ideale_maternelle.html

[17] Le poids d'une grossesse. Visité le 08/10/15. Disponible sur:

<http://www.psychologies.com/Famille/Maternite/Grossesse/Articles-et-Dossiers/Le-poids-d-une-grossesse>

[18] Apfeldorfer G. Manger n'est plus un acte réparateur mais une source d'angoisse. Visité le 24/10/15. Disponible sur: <http://www.penseesbycaro.fr/2013/11/gerard-afeldorfer-manger-zermati-gros/>

[19] Clerget S. Les kilos émotionnels : comment s'en libérer. Albin Michel. 2009. p13-15, 19, 29-38, 54-72, 76-78, 101-102, 116-125, 134-138, 178-182

[20] Plan National Nutrition-Santé 2011 – 2015. Visité le 23/06/15. Disponible sur:

<http://www.sante.gouv.fr/programme-national-nutrition-sante-2011-2015.html>

[21] Escalon H, Beck F. Connaissances et comportements de la population en matière d'alimentation et d'activité physique. Évolution. Avril 2010. N°20. 3-5

[22] La préoccupation excessive à l'égard du poids. Visité le 25/10/15. Disponible sur:

http://www.equilibre.ca/approche-et-problematique/les-problemes-de-poids/la-preoccupation-excessive-a-l-egard-du-poids/#ipsos_reid

[23] Surpoids et obésité de l'adulte. Visité le 07/11/15. Disponible sur: <http://www.ameli-sante.fr/surpoids-et-obesite-de-ladulte.html>

[24] Nyman V., Prebensen A., et Flensner G. Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth. Midwifery. Août 2010 ;26(4): 424-9

[25] Hemmens E. Rapport préliminaire : surpoids et grossesse : le vécu des femmes. Mai 2011. Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes

[26] Mazauric L, Chartier C, Leymarie MC. Intérêt des produits laitiers pendant la grossesse et ses suites. Vocation Sage-femme. Mai – Juin 2014. n°108. p12-15

[27] Leroy J, Vaillant M. Cuisine et dépendances affectives : pour mieux comprendre nos rapports à l'alimentation. Edition Flammarion. 2006

[28] Pierret C. Interdits alimentaires et grossesse: entre peurs et recommandations. Entretiens

de Bichat

- [29] INPES L'alimentation de la femme enceinte. Fiche n°6. Mai 2010
- [30] Lahlou S. Les déterminants du comportement alimentaire et les mécanismes du changement. Colloque du Fonds français pour l'alimentation et la santé. Décembre 2012
- [31] Robineau D, Saint Pol T. Les normes de la minceur : une comparaison internationale. Population et Société. N°504. Octobre 2013.
- [32] INPES. Zéro alcool pendant la grossesse. Dossier de presse. Septembre 2006
- [33] INPES. Les profils des fumeurs en France. Site visité le 09/01/16. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/consommation/profils-fumeurs.asp>
- [34] Abdel-Baki A, Poulin MJ. Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement : Perspectives psychodynamiques du vécu normal autour du désir de l'enfant et de la grossesse. Psychothérapie. 2004/1. Volume 24. p 3-8
- [35] Gannac AL. Nos vêtements – émotions. Site visité le 27/02/16. Disponible sur: <http://www.psychologies.com/Beaute/Style/Interviews/Nos-vetements-emotions>
- [36] Vaineau AL. Quelle sexualité pendant la grossesse ? Site visité le 28/02/16. Disponible sur: <http://www.psychologies.com/Famille/Maternite/Grossesse/Articles-et-Dossiers/Quelle-sexualite-pendant-la-grossesse>
- [37] Delassus JM. Le corps du désir : psychanalyse de la grossesse. Dunod. 2Ème édition. 2010
- [38] Thorsdottir I, Birgisdottir BE. Différentes prises de poids chez des femmes de poids normal avant la grossesse : poids dans les suites de couches et poids de naissance du bébé . Obstet Gynecol . N° 92. Septembre 1998. p377-383
- [39] Escorbiac V, Revel A. A quoi sert une consultation diététique dans une maternité ? Information diététique.N°3. 2001
- [40] INPES. Les différentes dimensions de l'alimentation. Fourchettes et baskets. Fiche N°1. Janvier 2012
- [41] Bernard MR, Eymard C. Réaménagements identitaires des mères en devenir. Le paradigme de la complexité revisité. Science - Croisées. N°2-3.
- [42] Abraham S. Les obstétriciens, le poids maternel et les désordres alimentaires de la grossesse. Psychosom Obstet Gynecol. N°22. Septembre 2001. p159-163

Bibliographie

Livres :

Amadiou JF. Le poids des apparences: beauté, amour et gloire. Odile Jacob. Mars 2004.

Antoine C. La révolution intérieure : psychologie de la grossesse et de la maternité. L'univers psychologique. Edition Larousse. 2007

Clerget S. Les kilos émotionnels : comment s'en libérer. Albin Michel. 2009. p278

Delassus JM. Le corps du désir : psychanalyse de la grossesse. Dunod. 2Ème édition. 2010

Dolto F. L'image inconsciente du corps. Édition du seuil. 1984. 22-8

Le Barzic M, Pouillon M. La meilleure façon de manger : les désarrois du mangeur moderne. Édition Odile Jacob. 1998. 278

Leroy J, Vaillant M. Cuisine et dépendances affectives : pour mieux comprendre nos rapports à l'alimentation. Édition Flammarion. 2006

Papiernik E, Croisier G. L'alimentation de la future maman. Collection Sodilac nutrition. 1995.

Szejer M, Stewart R. Ces neuf mois-là : une approche psychanalytique de la grossesse et de la naissance. Robert Laffont. 2e édition de 2002. 1994. 304

Articles :

Abdel-Baki A, Poulin MJ. Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement : Perspectives psychodynamiques du vécu normal autour du désir de l'enfant et de la grossesse. Psychothérapie. 2004/1. Volume 24. p 3-8

Abdel-Baki A, Poulin MJ. Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement : Perspectives psychodynamiques du vécu normal durant les phases de la grossesse et l'accouchement. Psychothérapie. 2004/1. Volume 24. p 11-16

Abraham S. Les obstétriciens, le poids maternel et les désordres alimentaires de la grossesse. Psychosom Obstet Gynecol. N°22. Septembre 2001. p159-163

Ancellin R, Baelde D, Barthélémy L, Bellisle F, Berta JL, Boute D, Castetbon K, et al. La santé vient en mangeant: le guide alimentaire pour tous. INPES. Septembre 2002. p130

Bernard MR, Eymard C. Réaménagements identitaires des mères en devenir. Le paradigme de

la complexité revisitée. Science - Croisées. N°2-3.

Bydlowski M. La crise parentale de la première naissance : l'apport de la psychopathologie. Informations sociales 2006/4. N°132.p 64-75

Bydlowski M. Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. Devenir 2/2001. Volume 13, p. 41-52

Charreire H. Comment prendre en compte l'environnement urbains pour changer les comportements alimentaires. Colloque du Fonds français pour l'alimentation et la santé. Décembre 2012

Centre de recherche et d'information nutritionnelle.. La recommandation nutrition 2007. Juin 2007. N°67 p7;11

Centre de recherche et d'information nutritionnelle. Bien manger en attendant bébé. Juin 2007. N°67

Derrien E. Les comportements alimentaires durant la grossesse et l'allaitement. Vocation sage-femme . Juillet – Août 2015. n° 115 p 4

Dipietro J, Millet Sarah, Costigan K, et al. Psychosocial influences on weight gain attitudes and behaviors during pregnancy. Journal of the american dietetic association. Octobre 2003. Volume 103. Number 10. p1314-1319

Dumas C, Mouillé B, Bresson JL, Castetbon K, Catteau M, Chauliac M, et al. Le guide nutrition pendant et après la grossesse: livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé. INPES. Septembre 2007

Dumas C, Mouillé B, Bresson JL, Castetbon K, Catteau M, Chauliac M, et al. Le guide nutrition pendant et après la grossesse. INPES. Septembre 2007.

Escorbiac V, Revel A. A quoi sert une consultation diététique dans une maternité ? Information diététique.N°3. 2001

Hansel B. Efficaces, les conseils nutritionnels pour la femme enceinte ? Vocation Sage-femme. Juillet – Août 2012. n° 97. p8

Hemmens E. Rapport préliminaire : surpoids et grossesse : le vécu des femmes. Mai 2011. Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes

INPES L'alimentation de la femme enceinte. Fiche n°6. Mai 2010

INPES. Les différentes dimensions de l'alimentation. Fourchettes et baskets. Fiche N°1. Janvier 2012

INPES. Vécu de la grossesse par les femmes . fiche n°19 . Mai 2010

INPES. Zéro alcool pendant la grossesse. Dossier de presse. Septembre 2006

- Escalon H, Beck F. Connaissances et comportements de la population en matière d'alimentation et d'activité physique. *Évolution*. Avril 2010. n°20. p3-5
- Lahlou S. Les déterminants du comportement alimentaire et les mécanismes du changement. Colloque du Fonds français pour l'alimentation et la santé. Décembre 2012
- Legait M. 9, 12, 15 kg... Combien de kilos prendre, enceinte ? Neuf mois. *Novembre 2012*. n° 127 p38-39
- Mazauric L, Chartier C, Leymarie MC. Intérêt des produits laitiers pendant la grossesse et ses suites. *Vocation Sage-femme*. Mai – Juin 2014. n°108. p12-15
- McPhie S. et coll. : Relationships between mental health symptoms and body mass index in women with and without excessive weight gain during pregnancy. *Midwifery* 2015; 31: p138-146.
- Mouchès A. La représentation subjective de la silhouette féminine . *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*. 4/24. 1994. p76-78.
- Nyman V., Prebensen A., et Flensner G. Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth. *Midwifery*. Août 2010; 26(4): 424-9
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) . L'alimentation durant la grossesse et la période d'allaitement. Mai 2011
- Paquette MC, Raine K. Sociocultural context of women's body image. *Social Science & Medicine* 59 (2004) 1047–1058
- Pierret C. Interdits alimentaires et grossesse: entre peurs et recommandations. *Entretiens de Bichat Sage-femme*
- Sangrador JL, Yela C. "What is beautiful is loved": Physical attractiveness in love relationships in a representative sample. *Social Behavior and Personality*. 28(3). 2000. p207-218
- Singler E. Le processus de choix et de décision de l'acheteur : apport de l'économie comportementale et des neurosciences. Colloque du Fonds français pour l'alimentation et la santé. Décembre 2012
- Robineau D, Saint Pol T. Les normes de la minceur : une comparaison internationale. *Population et Société*. N°504. Octobre 2013.
- Thorsdottir I, Birgisdottir BE. Différentes prises de poids chez des femmes de poids normal avant la grossesse : poids dans les suites de couches et poids de naissance du bébé . *Obstet Gynecol* . N° 92. Septembre 1998. p377-383
- Vaast I. Education nutritionnelle : le rôle de la sage-femme. *Vocation Sage-femme*. Avril 2006. n°41. 12-6.

Victoria R, Strang RN, Sullivan RN. Body image attitudes during pregnancy and the postpartum period. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing volume 14, Issue 4 . 28 juin 2006

Mémoires :

Demarest EM. Un corps en métamorphose: comment le vivent les femmes ? Mémoire en vue du diplôme d'état de sage femme, année 2010. Rouen

Laurent S. État des lieux des pratiques professionnelles concernant la prévention de la prise de poids excessive pendant la grossesse. Mémoire en vue du diplôme d'état de sage femme, année 2013. Clermont-Ferrand

Massé N. Conséquences d'une prise de poids maternelle excessive au cours de la grossesse chez des primipares ayant un indice de masse corporelle normal avant la grossesse. Mémoire en vue du diplôme d'état de sage femme, année 2011. Anger

Saucin PA. Alimentation et grossesse : Nourrir de dires pour dire de se nourrir. Mémoire en vue du diplôme d'état de sage femme, année 2012. Nancy I

Theveny M. Étude de l'hygiène et du comportement alimentaire des femmes enceintes. Mémoire en vue du diplôme d'état de sage-femme. Année 2015. Reims

Sites internet :

Abbarra A. La prise du poids maternelle idéale pendant la grossesse selon le poids initial. Visité le 11/11/15. Disponible sur : http://www.aly-abbara.com/echographie/biometrie/prise_poids_ideale_maternelle.html

Alimentation saine, exercices physiques et gain pondéral avant et pendant la grossesse. Visité le 23/06/15. Disponible sur : <http://sogc.org/fr/publications/alimentation-saine-exercices-physiques-et-gain-ponderal-avant-et-pendant-la-grossesse/>

Apfeldorfer G. Manger n'est plus un acte réparateur mais une source d'angoisse. Visité le 24/10/15 . Disponible sur : <http://www.penseesbycaro.fr/2013/11/gerard-apfeldorfer-manger-zermati-gros/>

CERIN. Les basiques de la femme enceinte. Visité le 23/06/15. Disponible sur : <http://www.cerin.org/brochure-depliant/basiques/alimentation-de-la-femme-enceinte.html>

Contribution à l'étude du comportement alimentaire de la femme enceinte : visité le 23/06/15. Disponible sur : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/5875/>

Guilherme R. La prise de poids normale pendant la grossesse. Février 2015. Visité le 11/11/15. Disponible sur : <http://mon-gyneco.com/prisedepoidsidealeenceinte.html>

Gannac AL. Nos vêtements – émotions. Site visité le 27/02/16. Disponible sur : <http://www.psychologies.com/Beaute/Style/Interviews/Nos-vetements-emotions>

HAS. Table d'indice de masse corporelle (IMC) Visité le 11/11/15. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-09/table_imc_230909.pdf

INPES. Les profils des fumeurs en France. Site visité le 09/01/16 . Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/consommation/profils-fumeurs.asp>

Institut of medecine . Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines . May 2009. Visité le 11/11/15. Disponible sur : <http://iom.nationalacademies.org/~media/Files/Report%20Files/2009/Weight-Gain-During-Pregnancy-Reexamining-the-Guidelines/Report%20Brief%20-%20Weight%20Gain%20During%20Pregnancy.pdf>

La préoccupation excessive à l'égard du poids. Visité le 25/10/15. Disponible sur : http://www.equilibre.ca/approche-et-problematique/les-problemes-de-poids/la-preoccupation-excessive-a-l-egard-du-poids/#ipsos_reid

Le poids d'une grossesse. Visité le 08/10/15. Disponible sur : <http://www.psychologies.com/Famille/Maternite/Grossesse/Articles-et-Dossiers/Le-poids-d-une-grossesse>

Plan National Nutrition-Santé 2011 – 2015. Visité le 23/06/15. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/programme-national-nutrition-sante-2011-2015.html>

Rites et coutumes autour de la maternité dans différentes parties du monde: envies et coutumes alimentaires des femmes enceintes. Visité le 04/08/15. Disponible sur : <http://www.omum.fr/blog/grossesse-et-compagnie/rites-et-coutumes-autour-de-la-maternite-dans-differentes-parties-du-monde-envies-et-coutumes-alimentaires-des-femmes-enceintes/>

Surpoids et obésité de l'adulte. Visité le 07/11/15. Disponible sur : <http://www.ameli-sante.fr/surpoids-et-obesite-de-ladulte.html>

Vaineau AL. Grossesse et kilos, le tandem culpabilisant. Mars 2012 Visité le 08/10/15. Disponible sur : <http://www.psychologies.com/Nutrition/Equilibre/Regimes/Articles-et-Dossiers/Grossesse-et-kilos-le-tandem-culpabilisant#2>

Vaineau AL. Quelle sexualité pendant la grossesse ? Site visité le 28/02/16. Disponible sur : <http://www.psychologies.com/Famille/Maternite/Grossesse/Articles-et-Dossiers/Quelle-sexualite-pendant-la-grossesse>

Cours et supports délivrés au cours de la formation maïeutique :

Chemla. Cours dispensé à l'école de Sage-femme de Bourg-en-Bresse intitulé : La psychologie de la grossesse. 2013 - 2014

Foucan D. Cours dispensé à l'école de Sage-femme de Bourg-en-Bresse intitulé : La psychologie de la grossesse. 2014 – 2015

Foucan D. Cours dispensé à l'école de Sage-femme de Bourg-en-Bresse intitulé : La construction de la maternité psychique. 2014 – 2015

Meyer J. Cours dispensé à l'école de Sage-femme de Bourg-en-Bresse intitulé : Équilibre alimentaire. 2012 - 2013

Michel M. Cours dispensé à l'école de Sage-femme de Bourg-en-Bresse intitulé : Les modifications de l'appareil génital féminin pendant la grossesse. 2013 - 2014

PREVEL G. ROULIN C. Cours dispensé à l'école de Sage-femme de Bourg-en-Bresse intitulé : Alimentation et grossesse. 2013-2014

Annexes

ANNEXE I. GRILLE D'ENTRETIEN

Présentation de la patiente

Quel âge avez-vous ?

Combien mesurez vous et quel était votre poids avant la grossesse ? (IMC)

Fumez vous avant la grossesse ? (combien de cigarettes/jour) Avez-vous diminué / arrêté votre consommation pendant la grossesse ? Comment ?
Et l'alcool ?

Quelle est votre situation familiale ? (célibataire, en concubinage, mariée, entourage familial) ?

Habitez vous en ville ou campagne ?

Par qui avez vous été suivi pour votre grossesse ?

Faisiez-vous une activité sportive avant la grossesse ? Si oui, lequel ? Et à quelle fréquence ?

Pendant la grossesse, avez-vous continué cette activité? Un autre sport ou avez-vous complètement arrêté ?

Avez-vous suivi des régimes avant la grossesse ? Si oui, à quelle fréquence ? Lequel ?

Au niveau vestimentaire, avez vous souvent changé de taille ?

Le ressenti de la patiente:

Comment vous êtes vous sentie pendant la grossesse ? (état de santé, bien être)

Décrivez-vous physiquement pendant la grossesse ?

Comment vous étiez vous imaginée enceinte ?

Quels vêtements aimiez-vous porter pendant votre grossesse ? Pourquoi ?

Est-ce ça vous a dérangé de voir au fur et à mesure de la grossesse que vos habits ne vous allaient plus ?

Aviez-vous des craintes / peurs concernant votre corps pendant la grossesse ?

Le ressenti de l'entourage:

Comment vous êtes-vous sentie vous par rapport à aux autres : votre conjoint ? (son regard, la façon dont il parlait de vous : surnom, son soutien,) , familles, amis, étrangers ?

Conséquences :

Aviez-vous un objectif de poids pendant votre grossesse ? Au final, l'avez-vous respecté ?

Êtes-vous satisfaite de votre prise de poids ? Pourquoi ?

Informations :

Aviez-vous suivi des cours de PNP?

Qu'avez-vous reçu comme informations sur les transformations physiques de la grossesse ?

Quels conseils diététiques avez-vous reçus ? Par quel moyen (internet, consultation)

Habitudes alimentaires

Pensez-vous manger équilibré ? Pourquoi ? (exemple de repas équilibré)

Pendant la grossesse, avez-vous modifié vos habitudes alimentaires ? Ou mangez-vous de la même façon ?

- en termes de quantité et de qualité,
- Avec le même plaisir ?
- avec le même rythme : saut de repas, grignotage, petit déjeuner
- boisson : alcool, café

Les raisons :

- Culturelles ? (coutumes particulières : repas, interdiction)
- Religieuses ?
- Sociales ? (esthétique)
- Confort ? (Troubles digestifs, arrêt de travail / congés maternité)
- Médicale ? (Listériose et toxoplasmose ; supplémentation en fer)
- Arrêt des habitudes toxiques (tabac, alcool)
- Pour qui ? Son bébé, pour elle, pour son entourage, pour les professionnels de santé ?

Auto-évaluation

Aviez-vous des regrets concernant votre alimentation pendant la grossesse ? Votre prise de poids ?

Comment jugez vous l'information diététique reçue pendant la grossesse ? Auriez-vous aimé avoir plus d'informations sur la nutrition pendant la grossesse ? Comment ?

Que ferez-vous pour une nouvelle grossesse ?

ANNEXE II : Fiche de présentation et recueil de consentement des patientes

Entretien mémoire sage-femme sur l'image corporelle et le changement de comportement alimentaire chez la femme enceinte.

Je m'appelle Anaïs AULAGNIER, je suis étudiante sage-femme en dernière année de formation à l'école de Bourg-en-Bresse et je réalise mon mémoire de fin d'étude sur l'image corporelle et le changement de comportement alimentaire chez la femme enceinte.

A cette fin, j'aimerais réaliser des entretiens auprès de patientes dont c'est la première grossesse. Lors de ces entretiens d'une durée de 30 minutes environ, nous évoquerons votre ressenti face aux modifications de votre corps lors de la grossesse mais également vos habitudes alimentaires. Le but serait de mettre en évidence un lien possible entre image corporelle et alimentation. Je précise aussi que ces entretiens seront anonymisés, aucune identité ne sera divulguée.

Pour pouvoir analyser les différentes informations et réponses recueillies, j'ai besoin pour un aspect « pratique » que l'entretien soit enregistré. Pour cela, j'aurai besoin de votre accord.

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous pourrions nous rencontrer pendant votre séjour en maternité ou à l'extérieur après votre retour à domicile, et ce dans les deux premières semaines suivant votre accouchement. Si vous avez des questions au sujet de cette étude ou si vous voulez avoir les résultats de mon enquête (vers mars 2016), je vous laisse mes coordonnées :

Mlle AULAGNIER Anaïs
aulagnier-anais@hotmail.com
06.66.16.23.42

Je vous remercie d'avance pour votre participation et tiens de nouveau à vous assurer de la confidentialité des données recueillies lors de notre entrevue.

Oui, j'accepte de participer à cette étude

Afin que je puisse vous recontacter pour prendre rendez-vous, merci de me laisser :

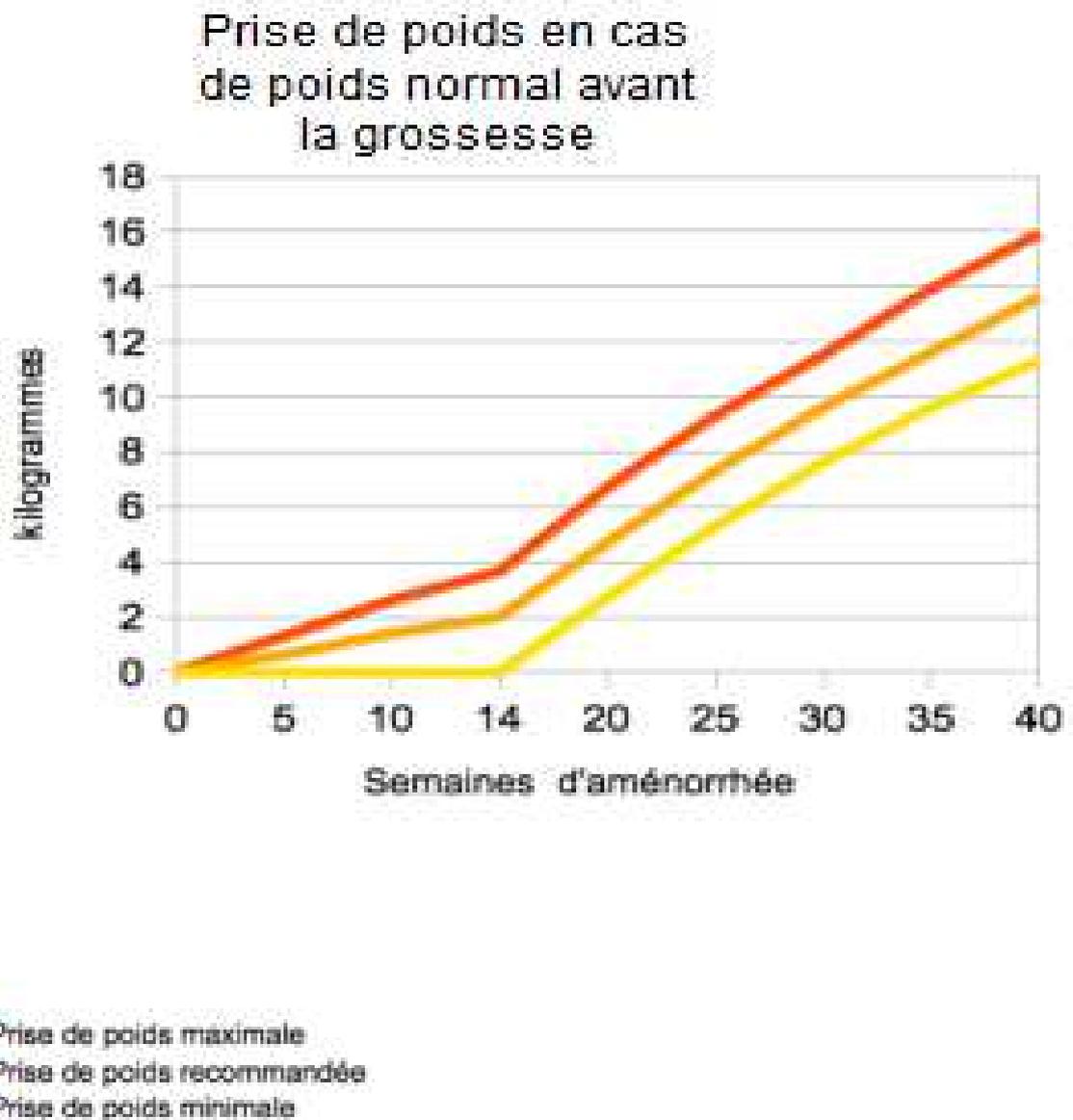
Nom : _____

Prénom : _____

Coordonnées tél : _____

Non, je ne souhaite pas participer à cette étude

ANNEXE III :



*Figure 1 : l'évolution de la prise de poids en cas de poids normal avant la grossesse.
D'après le Dr Guilherme Romain « la prise de poids normale pendant la grossesse ». [5]*

ANNEXE IV :

Prise de poids recommandée selon les étudiants sage-femme en Ma5 à Bourg-en-Bresse :

Étudiant 1	10 – 15 kg
Étudiant 2	10 – 12 kg
Étudiant 3	10 – 13 kg
Étudiant 4	6 – 12 kg
Étudiant 5	10 – 12 kg
Étudiant 6	9 – 12 kg
Étudiant 7	8 – 14 kg
Étudiant 8	11 – 15,5 kg
Étudiant 9	10 – 12 kg
Étudiant 10	8 – 14 kg
Étudiant 11	10 – 12 kg
Étudiant 12	9 – 12 kg
Étudiant 13	9 -12 kg
Étudiant 14	12 – 13 kg
Étudiant 15	10 – 12 kg
Étudiant 16	8 – 12 kg
Étudiant 17	9 – 12 kg

ANNEXE V :



TOXOPLASMOSE et GROSSESSE

Fiche d'information *



* Cette fiche présente des informations générales et ne se substitue en aucun cas à la discussion avec le médecin ou la sage-femme qui aura en charge votre grossesse et votre accouchement.

Qu'est-ce que la toxoplasmose ?

La toxoplasmose est une maladie due à un parasite très répandu dans la nature, appelé toxoplasme. On s'infecte en mangeant de la viande mal cuite ou des légumes et des fruits contaminés. On peut aussi contracter la maladie lorsqu'on a des parasites sur les doigts, ce qui se passe après avoir manipulé de la viande crue ou avoir jardiné sans gants. Lorsque l'on se contamine, on ne présente généralement aucun signe clinique, mais pendant la grossesse, la maladie peut être grave pour le fœtus. Les contaminations de début de grossesse ne donnent que très rarement des contaminations fœtales.

Au contraire, pour les contaminations de fin de grossesse la contamination du fœtus est fréquente mais la plupart du temps sans signes cliniques.

Lorsque la sérologie de la toxoplasmose est positive (présence d'anticorps), cela veut dire que l'on est durablement protégé contre la maladie. C'est la raison pour laquelle, si une femme n'est pas immunisée contre la toxoplasmose (sérologie négative), on contrôlera cet examen tous les mois jusqu'à l'accouchement et on lui demandera d'observer certaines précautions.

Toxoplasmose de la femme enceinte : les bonnes pratiques

Dès que vous envisagez d'avoir un enfant, demandez à votre médecin ou votre sage-femme de vous prescrire une sérologie de la toxoplasmose

1. Votre sérologie est positive.

Gardez précieusement ce résultat. Quand vous serez enceinte, vous le montrerez à votre gynécologue ou sage-femme qui saura que vous êtes protégée, et il ne sera pas utile de vous surveiller pendant votre grossesse.

2. Votre sérologie est négative.

Dès que vous serez enceinte, faites très rapidement une sérologie de la toxoplasmose.

A- Cette sérologie de la toxoplasmose pratiquée en tout début de grossesse est positive. Vous vous êtes infectée entre les deux tests. Votre médecin ou votre sage-femme vérifiera que vous avez bien contracté la maladie avant le début de la grossesse, et il n'y a donc aucun risque. Plus cet examen est pratiqué tôt dans la grossesse, plus il est facile de savoir si vous vous êtes contaminée avant d'être enceinte. Si la contamination s'est produite au début de la grossesse, reportez vous au paragraphe "Contamination en cours de grossesse".

B- Cette sérologie de la toxoplasmose pratiquée en tout début de grossesse est négative. Il est important d'observer les règles suivantes pour éviter de vous contaminer au cours de la grossesse :

- Manger de la viande bien cuite (67°C au cœur du morceau) ou congelée.
- Lavez bien les fruits et les légumes.
- Lavez-vous les mains après avoir manipulé de la viande crue et/ou avoir jardiné. Il est conseillé de jardiner avec des gants.
- Ne manipulez pas la litière du chat.
- Faites une sérologie de la toxoplasmose chaque mois jusqu'à l'accouchement, dans le même laboratoire d'analyses médicales.

- Si toutes vos sérologies sont négatives, y compris celle pratiquée le jour de l'accouchement, vous n'êtes pas contaminée, il n'y a aucun risque pour votre enfant.
- Si votre sérologie devient positive en cours de grossesse, vous vous êtes contaminée.



Contamination en cours de grossesse

- ▶ Ne vous affolez pas : dans 70% des cas, la maladie ne se passe pas au fœtus.
- ▶ Ne vous culpabilisez pas, vous n'avez pas choisi d'attraper la maladie, cela se voit chez des femmes qui ont scrupuleusement observé les règles de prévention.
 - Eviter de trop en parler autour de vous ou de regarder Internet. Vous aurez souvent des informations erronées et faussement alarmistes. Votre médecin ou sage-femme et votre biologiste sont là pour vous conseiller.

Qu'allez-vous faire :

Jusqu'à l'accouchement

- Très vite, votre médecin prescrira un antibiotique (Rovamycine) pour votre bébé.
- Ensuite, en fonction de la date de contamination, on pratiquera ou non une amniocentèse. Cet examen consiste à prélever du liquide amniotique afin de détecter la présence du parasite.
- On fera également une échographie de morphologie fœtale, pour voir l'état du fœtus.
- En fonction des résultats de ce bilan, voici les attitudes que l'on vous proposera :
 - les résultats de l'amniocentèse sont négatifs, l'échographie de morphologie fœtale est normale : Poursuivez la Rovamycine jusqu'à l'accouchement
 - les résultats de l'amniocentèse sont positifs et l'échographie est normale. Le bébé est contaminé, mais ne présente pas d'anomalie. On vous donnera un antibiotique plus fort qui aidera le bébé à lutter contre l'infection et on surveillera de façon très régulière son développement. Tant que l'échographie est normale il n'y a aucune raison d'envisager une interruption de grossesse.
 - l'amniocentèse est positive et l'échographie montre des anomalies au niveau du cerveau du bébé. Cela arrive très rarement (moins de 1% des cas) ; on précisera alors les conséquences possibles de ces constatations et l'on envisagera, avec vous, la suite de la surveillance et de la grossesse.

A la naissance

- Vous arrêtez de prendre des antibiotiques, ce n'est pas vous que l'on traitait mais votre bébé.
- Même si les examens faits pendant la grossesse ne montraient rien, votre bébé aura un bilan non traumatisant : échographie transfontanellaire, fond d'œil et prise de sang à 3 jours de vie. Si le bébé est contaminé, on lui prescrira un traitement pendant un an. Si le bébé n'est pas contaminé, on le surveillera pendant la première année (sérologie). Passé ce délai, si les tests sont négatifs on pourra être certain qu'il n'a pas été contaminé et on cessera toute surveillance. N'oubliez pas que dans ce cas vous êtes immunisée et vous ne craignez plus d'être contaminée lors d'une prochaine grossesse.
- Si le bébé est contaminé, on surveillera ses yeux (examen du fond de l'œil jusqu'à la fin de son adolescence), car il pourra dans de rares cas développer des lésions de l'œil. Ces lésions sont la plupart du temps sans conséquences pour la vision. Nous n'avons jamais observé d'enfants aveugles à cause de la toxoplasmose.



TOXOPLASMOSE et GROSSESSE

Fiche d'information *



L'avenir d'un bébé contaminé pendant la grossesse

La plupart du temps excellent. Dans notre expérience (plus de 400 enfants contaminés dont les plus âgés ont aujourd'hui plus de 20 ans), ces enfants ont un développement psychomoteur normal ; 25% d'entre eux présentent des cicatrices rétinienne, le plus souvent sans répercussion sur la vision.

En conclusion

- ▶ Il faut faire une sérologie de la toxoplasmose dès que l'on envisage une grossesse.
- ▶ Si on n'est pas protégée, il faut suivre pendant toute la grossesse des règles d'hygiène alimentaire et faire contrôler sa sérologie tous les mois jusqu'à l'accouchement.
- ▶ Il est très important de retenir, que lorsque l'on contracte la toxoplasmose en cours de grossesse, dans la majorité des cas, le bébé n'est pas contaminé.
- ▶ On a la possibilité de détecter les malformations fœtales avant la naissance grâce à l'échographie.
- ▶ On envisage une interruption médicale de grossesse que devant des anomalies à l'échographie (moins de 1% des cas).
- ▶ Si vous vous contaminez en cours de grossesse, ne vous culpabilisez pas, votre médecin ou votre sage-femme sont là pour vous conseiller.

Pour en savoir plus, consultez le site Internet d'information :
<http://grossesse-toxoplasmose.univ-lyon1.fr>

(en lien sur le site du Réseau périnatal AURORE :
www.aurore-perinat.org - Rubrique "Liens utiles").

ANNEXE VI :



LISTERIOSE * Prévention



* Cette fiche présente des informations générales et ne se substitue en aucun cas à la décision prise avec le médecin qui aura en charge votre grossesse et votre accouchement, en fonction de critères médicaux qu'il vous aura exposés

Aliments à éviter

- Éviter la consommation de fromages à pâte molle au lait cru ;
- Enlever la croûte des fromages avant consommation ;
- Éviter la consommation de fromages vendus râpés ;
- Éviter la consommation de poissons fumés ;
- Éviter la consommation de coquillages crus, surimi, tarama ;
- Éviter la consommation de graines germées crues (soja, luzerne (alfafa)...)
- Éviter la consommation de produits de charcuterie cuite consommés en l'état.
Ex : pâté, rillettes, produits en gelée, jambon cuit...
 - Si vous achetez ce type de charcuterie, préférer les produits préemballés et les consommer rapidement après leur achat.
 - Pour les produits tels que : lardons, bacon, jambon cru..., les faire cuire avant consommation.
- Éviter la consommation de produits achetés au rayon traiteur.

Règles d'hygiène à respecter

- Cuire soigneusement les aliments crus d'origine animale (viandes, poissons) ; en particulier le steak haché doit être cuit à cœur ;
- Laver soigneusement les légumes crus et les herbes aromatiques ;
- Conserver les aliments crus (viande, légumes etc...) séparément des aliments cuits ou prêts à être consommés ;
- Après la manipulation d'aliments non cuits, se laver les mains et nettoyer les ustensiles de cuisine qui ont été en contact avec ces aliments ;
- Nettoyer fréquemment et désinfecter ensuite avec de l'eau javellisée votre réfrigérateur ;
- Les restes alimentaires et les plats cuisinés doivent être réchauffés soigneusement* avant consommation immédiate.
** Une température d'au moins 70°C à cœur des aliments réchauffés est recommandée.*

Source : URPS médecins Rhône-Alpes - <http://www.risques-sanitaires-ra.org/>

Information des personnes à risque. Dans "Bouffée épidémique de listériose liée à la consommation de rillettes".
Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 4, 25 janvier 2000

Résumé :

La grossesse, véritable tournant dans la vie d'une femme, va provoquer des changements corporels mais aussi des remaniements psychiques, surtout pour la primipare qui fait face à l'inconnu. Son image corporelle est alors bouleversée. Plus féminine ou en mère nourricière, les primipares vont avoir une image d'elles complètement changée. Cette modification de l'image corporelle va ainsi impacter le comportement alimentaire des parturientes et influencer la prise pondérale. L'image du corps reste aujourd'hui encore très importante dans notre société, et notamment chez les femmes. La prise de poids pendant la grossesse peut donc être mal acceptée. Au milieu de tous ces changements, comment la primipare se perçoit-elle ? Comment vit-elle la grossesse face à une prise de poids plus ou moins importante ?

Ce mémoire laisse la parole à des primipares afin de mettre en lumière certains tabous ou leur vérité sur l'impact d'une grossesse, mais aussi leurs difficultés et appréhensions par rapport à la prise de poids.

Titre :

L'image corporelle et les changements de comportement alimentaire pendant la grossesse.

Mots-clés :

Femme enceinte- Grossesse- Image corporelle - Comportement alimentaire - Poids - Diététique.

Auteur :

Anaïs AULAGNIER née le 12 février 1992
aulagnier-anais@hotmail.com