

UNIVERSITE DE NANTES  
UFR DE MEDECINE  
ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

**SURPOIDS ET OBESITE CHEZ LA FEMME :**  
**La grossesse : moment propice pour en parler ?**

Mémoire soutenu par  
Yelena HALAOUI  
née le 25 mai 1991

Directeur de mémoire : Mme Régine GREINER

Années universitaires 2009-2014

Je remercie,

Mme Régine GREINER, pour son écoute et ses conseils précieux durant la rédaction de ce mémoire.

Mme Nathalie LE GUILLANTON, pour le temps qu'elle m'a accordé, ses remarques pertinentes et son soutien tout au long de l'année.

Le Docteur BRANGER, pour sa disponibilité, sa patience et son aide pour l'élaboration des statistiques.

Andrée et Françoise, qui m'ont accueillie et aidée à distribuer mes questionnaires, toujours dans la bonne humeur.

Ma famille, mes amis et Pierre pour leur soutien tout au long de mes études.

Mes camarades de promotion pour tous les bons moments passés ensemble durant ces 4 ans.

Introduction.....	1
1. Généralités.....	2
1.1 Définition de l'obésité.....	2
1.2 Prise de poids pendant la grossesse.....	3
1.3 Complications de la grossesse liées à l'obésité.....	4
2. Notions de diététique.....	5
2.1 Les bases d'une alimentation saine.....	5
2.2 Programme National Nutrition Santé (PNNS).....	5
2.3 La nourriture dans la société.....	7
3. Psychopathologie de la prise de poids.....	8
3.1 Psychologie de la prise de poids.....	8
3.2 Les causes de l'obésité.....	8
3.3 Impact des représentations sociales du poids.....	10
3.4 Conséquences psychologiques de l'obésité.....	12
4. La grossesse, bouleversement psychique et physique	
4.1 Corps de femme/Corps d'une mère : Quelle métamorphose ?....	14
4.2 Le rôle du professionnel dans l'accompagnement lors du changement physique.....	15
5. Étude : méthodologie, résultats et analyse.....	17
5.1 Présentation de l'étude.....	17
5.1.1 Problématique et hypothèses.....	17
5.1.2 Méthode.....	17
5.2 Résultats.....	18
5.2.1. Description de la population.....	18

5.2.2.	Habitus.....	21
5.2.3.	Image du corps.....	24
5.2.4.	Relations avec le personnel soignant.....	26
5.2.5.	Psychologie.....	27
6.	Discussion.....	30
6.1	Biais et difficultés de l'étude.....	30
6.2	Résultats de l'étude.....	31
6.2.1.	Différence de prise de poids entre les populations.....	31
6.2.2.	Hygiène de vie.....	31
	• Tabagisme et poids.....	31
	• Pratique d'une activité physique.....	32
6.2.3.	Appréciation de l'image du corps.....	33
6.2.4.	Discrimination sociétale et médicale.....	34
6.2.5.	Solutions à envisager.....	35
	• Consultation avec un nutritionniste.....	35
	• Consultation avec un psychologue.....	37
6.3	Le rôle de la sage-femme.....	38
7.	Ouverture.....	39
	• Mise en place d'une consultation diététique et psychologique pendant la grossesse.....	39
	Conclusion.....	41
	BIBLIOGRAPHIE.....	42
	Annexe 1.....	47
	Annexe 2.....	49

# Introduction

L'obésité est devenue ces dernières années un vrai problème de santé publique. Avec plus de 1,4 milliard de personnes de plus de 20 ans en surpoids, l'obésité est quasiment devenue une pandémie mondiale exigeant des actions concrètes et urgentes.

Le surpoids et l'obésité sont ainsi le cinquième facteur de risque de décès au niveau mondial et concernent près de 300 millions de femmes dans le monde.

Or, la grossesse est un moment pendant lequel les femmes ont un risque élevé de prendre du poids. Mais c'est aussi une parenthèse privilégiée où elles sont plus à même de prendre conscience de leur santé et de mettre en œuvre des mesures pour l'améliorer.

C'est pour cela que nous nous sommes intéressés au vécu des femmes vis à vis de leur poids, pendant la grossesse. Quelles sont les causes de leur surpoids ? Y-a-t-il un versant psychologique à prendre en charge chez certaines ? Comment vivent-elles les modifications physiques ? Se sentent-elles écoutées par les professionnels de santé ? Sont-elles plus à l'écoute des conseils en matière de nutrition ?

# 1. Généralités

## 1.1 Définition de l'obésité

Selon l'OMS<sup>1</sup>, « le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé. » [1]

Afin d'évaluer le surpoids ou l'obésité, on utilise l'indice de masse corporelle (IMC). Il correspond au poids divisé par la taille au carré, exprimé en kg/m<sup>2</sup>.

On définit ainsi plusieurs stades de sous-poids, de surpoids et d'obésité.

Maigreur (dénutrition)	<18,5 kg/m <sup>2</sup>
Poids normal	18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup>
Surpoids	25-29,9 kg/m <sup>2</sup>
Obésité classe I	30-34,9 kg/m <sup>2</sup>
Obésité classe II (sévère)	35-39,9 kg/m <sup>2</sup>
Obésité classe III (morbide)	≥ 40 kg/m <sup>2</sup>

On distingue deux types d'obésité en fonction de la répartition des graisses et elles sont chacune responsables de pathologies différentes :

### - L'obésité androïde

On parle d'obésité androïde lorsque le corps stocke l'excédent de masse grasseuse dans la partie supérieure (abdomen). Cette obésité est plus sévère car elle est responsable de pathologies telles que :

- l'hypertension artérielle
- le diabète
- les pathologies cardiovasculaires

### - L'obésité gynoïde

On parle d'obésité gynoïde lorsque le corps stocke l'excédent de masse grasseuse dans la partie inférieure (cuisses, fesses).

Les risques pour la santé ne sont pas aussi importants que dans le cas d'une obésité androïde. Des problèmes articulaires et une perte d'autonomie peuvent apparaître chez les personnes les plus sévèrement touchées.

---

1 OMS : Organisation Mondiale pour la Santé

A ce jour en France, 32,3% de la population générale est en surpoids et 15% de la population est obèse. [2]

Entre 1997 et 2012, il y a eu une hausse de 72 % de l'obésité mais cette augmentation est moins rapide depuis 2009.

Plus particulièrement, d'après l'enquête nationale de périnatalité de 2010, 9,9 % des femmes enceintes étaient obèses et 17,3 % étaient en surpoids avant la grossesse. [3]

L'obésité est une pathologie mais est aussi un facteur de risque de développer d'autres pathologies. La grossesse est un moment pendant lequel le corps est mis à rude épreuve et est donc plus exposé à des complications.

## 1.2 Prise de poids pendant la grossesse

Lors de la grossesse, il y a une augmentation des besoins énergétiques de 150 kcal/jr au 2<sup>e</sup> trimestre et de 300 kcal/jr au 3<sup>e</sup> trimestre. Un apport énergétique inférieur à 1500 kcal/jr au 2<sup>e</sup> trimestre peut entraîner un retard de croissance intra-utérin et donc un faible poids de naissance. De même, un apport excessif de calories pourra entraîner une macrosomie foetale.

Lors de sa campagne manger-bouger, l'INPES<sup>2</sup> a créé un document mis à disposition des femmes enceintes regroupant des conseils nutritionnels pendant et après la grossesse.

En 1990, l'IOM<sup>3</sup> établit des recommandations quant à la prise de poids pendant la grossesse en fonction de l'IMC des patientes en début de grossesse. Compte tenu de l'évolution de la population en 20 ans, l'IOM ré-édite ces recommandations en 2009. [4] Il est prouvé que les femmes ayant un IMC normal en début de grossesse et dont la prise de poids reste dans les recommandations (de 1990) ont moins de complications obstétricales. Selon l'IOM, pour que les femmes puissent respecter la prise de poids recommandée, elles devraient se fier aux professionnels de santé qui les entourent. Le rôle du soignant est d'informer toute femme obèse en âge de procréer des risques d'une grossesse et des bénéfices qu'engendrerait une perte de poids.

---

2 INPES: Institut National de prévention et d'éducation de la santé : le guide nutrition pendant et après la grossesse. Septembre 2007

3 IOM : Institute of Medicine

**Tableau :** Recommandations de prise de poids pendant la grossesse en fonction de l'IMC selon l'Institute of Medicine (mai 2009)

	IMC en préconceptionnel (kg/m <sup>2</sup> )	Gain pondéral total recommandé (kg)
Maigre/Dénutrition	< 18,5	12,7 - 18,1
Poids normal	18,5 - 24,9	11,3 - 15,9
Surpoids	25,0 - 29,9	6,8 - 11,3
Obésité (tous types)	≥ 30,0	5,0 - 9,1

Il est important de faire le point en pré-conceptionnel sur le poids de la patiente : de comprendre les raisons de son surpoids et tenter d'y remédier avant la grossesse. Si la grossesse est déjà débutée, il est encore temps de faire le point.

Les soignants ont un rôle de prévention mais aussi d'éducation, c'est pourquoi il serait intéressant de refaire le point sur des notions de diététique lors d'une discussion à propos du poids d'une patiente.

Il serait donc préférable qu'une perte de poids se fasse avant le début de la grossesse afin d'atteindre un IMC normal et ainsi réduire les risques à la fois maternels mais aussi fœtaux et néonataux.

### 1.3 Complications de la grossesse dues à l'obésité [5]

Un IMC supérieur à 30 pendant la grossesse entraîne une augmentation significative des complications obstétricales.

- Complications maternelles : hypertension artérielle gravidique, prééclampsie, diabète gestationnel, syndrome d'apnée du sommeil...
- Complications fœtales et néonatales : prématurité, terme dépassé, mort in utéro, macrosomie...
- Complications obstétricales : césariennes en cours de travail, extractions instrumentales.
- Complications du post-partum : infections, abcès de paroi, désunion de cicatrice, endométrites, thromboses veineuses...

Afin de limiter ces complications, il est préférable de limiter la prise de poids que ce soit pour les personnes obèses ou pour les personnes ayant un poids normal.

## 2. Notions de diététique

### 2.1 Les bases d'une alimentation saine [6] [7] [8]

Les besoins théoriques caloriques moyens d'un homme et d'une femme par jour:

Activité	HOMME (Kcal/jr)	FEMME (Kcal/jr)
Réduite	2200-2500	1800-2000
Moyenne	2700-3000	2000-2400
Intense	3000-3300	2200-2700

Les nutriments essentiels sont :

- Les macronutriments : protéines, lipides et glucides
- Les micronutriments : vitamines, minéraux et oligo-éléments.

(cf Annexe 1)

### 2.2 Programme national nutrition santé (PNNS) [9]

Le PNNS a été initié en 2001 et prolongé en 2006. Il a fourni un cadre de référence et produit de nombreux outils et mécanismes incitatifs, servant de support aux actions nutritionnelles.

Plusieurs objectifs initialement fixés ont été partiellement ou totalement atteints, comme la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, la réduction de la consommation de sel ou de sucre, l'augmentation de la consommation de fruits chez les adultes. Pour autant, ces améliorations n'ont pas concerné de façon homogène toute la population et les inégalités sociales de santé se sont creusées dans le domaine de la nutrition.

Les nouveaux objectifs ont été regroupés selon quatre axes :

- Réduire l'obésité et le surpoids dans la population
  - Stabiliser la prévalence de l'obésité et réduire le surpoids chez les adultes
  - Diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants et les adolescents

- Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges
  - Augmenter l'activité physique chez les adultes
  - Augmenter l'activité physique et lutter contre la sédentarité chez les enfants et les adolescents
  
- Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment chez les populations à risque
  - Augmenter la consommation de fruits et légumes
  - Réduire la consommation de sel
  - Augmenter les apports en calcium dans les groupes à risque
  - Lutter contre la carence en fer chez les femmes en situation de pauvreté
  - Améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer
  - Promouvoir l'allaitement maternel
  
- Réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles
  - Dénutrition, troubles du comportement alimentaire

Le HCSP<sup>4</sup> rappelle aussi les différents intervenants dans l'information et l'éducation nutritionnelle : [10]

#### Le corps médical

La nutrition est reconnue en tant que discipline universitaire autonome dans le cadre des facultés de médecine depuis 1990, à la suite de l'intervention des membres du collège des enseignants en nutrition (CEN). Il s'agit d'une discipline mixte, clinique et biologique. La nutrition est donc une discipline récente dans la formation universitaire des professionnels de santé. On comprend dès lors qu'un grand nombre de praticiens en activité (diplômés avant 1990) n'ait jamais reçu de formation en nutrition. Il existe diverses formations universitaires en nutrition qui assurent aux professionnels de santé et aux universitaires des formations dans des domaines spécifiques de la nutrition.

#### Le diététicien

Le corps professionnel des diététiciens occupe une place fondamentale dans le dispositif des métiers et des acteurs de la nutrition. Ils peuvent intervenir en milieu industriel comme en secteur médical, dans le conseil diététique et dans les processus éducatifs.

---

4 HCSP : Haut Comité de Santé Publique

L'industrie agroalimentaire et les professionnels de la distribution

Ils jouent un rôle important en matière d'information de par l'étiquetage et la communication d'un produit.

La famille et l'entourage

Ils sont fondamentaux dans l'élaboration des comportements alimentaires qui vont perdurer toute la vie.

Mais la nourriture n'est pas seulement à traiter d'un point de vue diététique, elle est aussi un sujet sociétal. En effet, elle joue également un rôle dans notre identité culturelle. Les plats traditionnels et les cuisines gastronomiques varient selon les pays, les régions et les religions. Le plaisir et les aspects sociaux et culturels des repas contribuent tout autant à notre bien-être à long terme.

## 2.3 La nourriture dans la société

En France, l'espérance de vie n'a cessé d'augmenter depuis le XIX<sup>e</sup> siècle. Elle était, à l'époque, de 40 ans et atteint maintenant les 80 ans. Si l'hygiène et les progrès considérables de la médecine y sont pour beaucoup, la richesse de l'alimentation y a aussi fortement contribué.

Manger est l'un des grands plaisirs de la vie. Les cinq sens y participent :

- le goût : sucré, aigre, salé, amer, acide...
- l'odorat : fumé, épicé, fruité...
- la vue : couleur, taille, forme, aspect...
- le toucher : sensations sur les lèvres, dans la bouche et dans la gorge - ferme, humide, doux...
- l'ouïe : le bruit des aliments lorsqu'on les mange - craquant, croustillant...

L'alimentation contribue également à un certain plaisir social. Partager un repas est un bon moyen pour resserrer les liens sociaux. Cependant, lorsque s'alimenter devient incontrôlable, que l'on ne différencie plus l'envie de manger de la faim, la nourriture peut devenir source de souffrance.

Depuis peu, l'obésité est reconnue par tous comme une maladie chronique liée à un trop grand apport calorique et une trop faible dépense énergétique. Outre les prédispositions génétiques et la mauvaise hygiène alimentaire, l'obésité est aussi soumise à un facteur psychologique qui reste bien trop mis de côté dans le traitement de l'obésité.

### 3. Psychopathologie de la prise de poids

#### 3.1 Prise de poids et psychologie [11]

D'après Catherine DIJUSTE, psychothérapeute à Paris : « l'obésité est la convergence d'une génétique prédisposante, d'un environnement favorable et d'une psychologie déterminante. Il n'y a pas un obèse, mais des obèses, donc des psychologies différentes, des histoires différentes et somme toute des obésités différentes. La psychologie du patient intervient aussi bien dans la genèse de son obésité que dans ses conséquences. » [12]

Lors de la mise en place d'un traitement contre l'obésité, qu'il soit diététique ou chirurgical, il est important de comprendre les raisons de la prise de poids excessive. L'élément clé dans la prise en charge de l'obésité est de permettre au patient de retrouver des sensations innées à l'Homme : redécouvrir la faim, la satiété et le plaisir de l'alimentation.

#### 3.2 Les causes de l'obésité [13] [14]

Pour qu'une maladie soit considérée comme psychosomatique, il faut faire ressortir un conflit. Dans le cas de l'obésité, ce conflit est représenté par le fait de manger excessivement lié à une culpabilité excessive. C'est donc un conflit entre excès et contrôle qui semble être particulièrement difficile pour la personne obèse.

Étant un sujet complexe, nous ne ferons qu'une description brève des différents types d'obésités décrites dans la littérature.

Hilde BRUCH<sup>5</sup> différencie plus particulièrement deux types d'obésité : l'obésité de développement liée à l'enfance et l'obésité réactionnelle liée à un traumatisme et à une hyperphagie compensatrice.

---

<sup>5</sup> Hilde Bruch :1904 -1984 Psychanalyste et psychiatre, spécialisée dans les troubles des conduites alimentaires

› L'obésité de développement :

Rappel des stades de développement psychomoteur de l'enfant selon Freud :

- 0- 2 ans : stade oral
- 2-4 ans : stade anal
- 4-5 ans : stade phallique
- 5-7 ans : complexe d'Œdipe
- 7-12 ans : période de latence
- 12 ans et plus : adolescence

Dans l'obésité de développement, c'est le stade oral qui est mis en cause.

Le rapport à la personne nourricière dans les premiers mois de la vie conditionne pour beaucoup la relation à la nourriture. Si l'oralité psychique du nourrisson se déroule harmonieusement, il saura avec l'âge dissocier besoin de nourriture et besoin d'amour et il s'apportera le réconfort dont il a besoin, sans recourir de façon réflexe à la prise alimentaire.

Le trop peu de bras, le trop peu d'amour, l'absence, peuvent induire une confusion chez le nourrisson qui prendra l'habitude systématique de combler ses manques d'amour et de réconfort avec du trop-plein alimentaire, ce qui pourra creuser le lit d'une obésité future. Il deviendra alors ce que l'on nomme un mangeur émotionnel qui utilisera la nourriture comme mécanisme de gestion de ses problèmes.

BRUCH attribue les troubles du comportement alimentaire des obèses à une non reconnaissance et une confusion des émotions installées au cours de la prime enfance par une mère « gavante »: une mère qui répondait systématiquement aux pleurs de son enfant par un apport alimentaire. [15]

› L'obésité traumatique ou réactionnelle :

La prise de poids résulte souvent de l'abandon de mesures hygiéno-diététiques chez un adolescent ou adulte rendu vulnérable par un événement déclenchant. On retrouve fréquemment un événement de la vie génitale pour la femme (puberté, grossesse, ménopause). On peut identifier un choc émotionnel ou affectif ou même un traumatisme psychique (par exemple une agression sexuelle), un changement d'environnement familial ou professionnel, une intervention chirurgicale, un sevrage tabagique et enfin un traitement.

Une autre hypothèse a été émise: l'obésité biologique.

› L'obésité biologique :

Il s'agit d'une hypothèse génétique. Elle se fonde, en particulier, sur la théorie de l'externalité<sup>6</sup>, selon laquelle les personnes obèses seraient plus réceptives à des stimuli externes, de l'environnement, liés à la situation et/ou aux caractéristiques des aliments, qu'à des stimuli internes de faim et donc ne sauraient pas différencier la « faim » de « l'envie de manger ».

› Trouble de l'estime de soi :

Développée par James Noley, [16] la théorie de l'estime de soi peut être traduite par le rapport entre ce que nous sommes en tant qu'individu (apparence physique, réussite sociale) et ce que nous souhaiterions être.

La construction de l'estime de soi naît dès la plus petite enfance, avec ce que Jacques Salomé appelle le biberon relationnel [17]. Autrement dit, comment s'effectue la transmission des messages entre l'enfant et ses parents. Le père et la mère jouent un rôle clé dans le développement de l'estime de soi. Si celle-ci se consolide au fil des expériences de la vie, elle n'en est que renforcée si l'on grandit dans un environnement stable, où l'on se sent en sécurité, où l'on est approuvé. Le poids du regard d'autrui est un facteur puissant d'une bonne ou mauvaise estime de soi. Elle est à la base de la construction de la personnalité.

L'estime de soi joue un rôle majeur dans l'image que l'on se fait de son propre corps et de l'image que l'on renvoie à la société.

### 3.3 Impact des représentations sociales du poids [18]

Notre société nous incite à consommer toujours plus. Les industriels améliorent constamment la qualité et l'attractivité de leurs produits. On assiste aussi à une valorisation de la culture culinaire, cela devient un phénomène de mode avec l'émergence d'une multitude de magazines télévisés ou d'articles de presse concernant la nourriture.

D'un autre côté, notre société ne supporte pas la moindre rondeur. Il peut être difficile de s'y retrouver lorsqu'on est une jeune femme qui a hérité d'une tendance au surpoids, que les images féminines des magazines sont retouchées, prônant la minceur et que paradoxalement la société nous incite à tout moment à consommer de la nourriture.

---

<sup>6</sup> Externalité : activité de consommation ou de production d'un agent qui a une influence sur le bien-être d'un autre sans que cette interaction ne fasse l'objet d'une transaction économique.

Ne pas correspondre à l'image de la femme que véhicule la presse grand public est, pour beaucoup de personnes en surpoids, une grande souffrance.

La stigmatisation des personnes en surpoids n'est pas reconnue par notre société. On sait qu'il existe des liens statistiquement significatifs entre obésité et accès aux études supérieures, accès à l'emploi, niveau de revenus, promotion et vie domestique. Les discriminations sont nombreuses. La pression sociale actuelle est en faveur de la minceur.

L'industrialisation et la production de masse conduisent à une standardisation des corps, à une intolérance pour les "gabarits" non prévus et donc gênants. Dans l'industrie du vêtement, les individus non conformes aux tailles standards, ne sont pas considérés comme des clients potentiels et se voient rejetés et dirigés vers des magasins « spécialisés ». Les sièges d'avion, d'automobile, d'autobus, de métro, de théâtre, ou de cinéma sont tout aussi standardisés.

C'est ce stigmate social et le sentiment d'appartenir à une minorité méprisée qui est la cause des problèmes psychologiques (dévalorisation, marginalisation) et de la faible estime de soi des obèses. Ce sont les valeurs d'ordre culturel véhiculées par la société qui transforment l'obésité en un fardeau et créent les préjugés sociaux.

#### › Influences socio-économiques :

De fait, les personnes de statut socio-économique élevé, plus riches ou plus cultivées, ont toutes facilités pour accéder aux connaissances diététiques et acheter des aliments pauvres en calories, souvent onéreux. Disponibles, elles se livrent plus souvent aux joies du sport et de la culture physique. Bref, c'est en y consacrant du temps, de l'argent, et souvent, beaucoup d'énergie, que les personnes aisées parviennent à garder la ligne.

La société porte un regard jugeant sur les personnes en surpoids, leur reprochant parfois le coût que leur surpoids occasionne en soins médicaux.

Tout ceci malheureusement participe à une démedicalisation de ces personnes qui en ont le plus besoin, augmente les risques de désocialisation et d'aggravation des troubles alimentaires.

C'est pour cette raison qu'il faut lutter contre les dégâts de cette stigmatisation en accompagnant psychologiquement les patients qui en souffrent. Il est nécessaire de reconnaître leur douleur et de leur apprendre à se défendre en renforçant leur estime car l'obésité est une pathologie du corps mais aussi du psychique.

### 3.4 Conséquences psychologiques de l'obésité [19]

Les sujets obèses apparaissent souvent exagérément susceptibles, en raison des regards, des railleries, des quolibets et de l'intolérance dont ils sont victimes, que celles-ci émanent du corps social et même parfois du corps médical. A la longue, l'intolérance sociale associée à la politique de la minceur peuvent entraîner d'authentiques troubles dépressifs : irritabilité, tendance à l'insomnie et au fil du temps, angoisse, tristesse, incapacité d'agir, image négative de soi-même et du monde, nécessitant de recourir à un traitement antidépresseur associé ou non à une psychothérapie. A ce stade, l'état dépressif peut entraîner ou aggraver des troubles du comportement alimentaire qui vont à leur tour retentir sur la surcharge pondérale et la mauvaise image de soi.

Sur des sites consacrés aux personnes obèses on retrouve certains témoignages explicitant les difficultés d'insertion de ces personnes au sein de la société.

Messages issus d'un forum de discussion : [20]

Magali le 26/04/2011

*« Je consulte votre site de manière régulière et je lis souvent les témoignages... Aujourd'hui, je vous écris car j'en ai gros sur la patate....*

*Je n'ai pas le moral depuis quelques mois, car je suis célibataire, sans emploi et obèse. Jusqu'à présent, malgré mes formes plus que généreuses et mes complexes, j'essayais de prendre sur moi, de prendre soin de mon apparence et de garder une vie sociale. Je continuais à faire de la scène et à chanter en public, même si ce n'est pas toujours évident de subir le regard des autres.*

*Aujourd'hui, je me rends au ciné pour me détendre et voilà que deux rangs derrière moi, j'entends un groupe de 5 ou 6 jeunes parler entre eux et me désigner comme "BIG MAMA"... Je n'ai rien dit. Pas la force de me défendre malgré ma colère et ma peine. Voilà deux fois que cela m'arrive. Le 7 avril dernier déjà, en sortant de ce même cinéma, un jeune a dit à l'un de ses collègues (en parlant de moi) : "hey tu voulais voir BIG MAMA au ciné, regarde sur ta gauche, elle est là"....*

*J'ai fui devant ces moqueries. Où est le respect? L'éducation? Est ce que ça veut dire que les personnes très rondes n'ont pas le droit de respirer? De vivre? De se détendre? J'en suis venue à me dire ce soir que je n'avais qu'une seule solution.... Rester cloîtrée chez moi, pour éviter ce genre de comportements irrespectueux.*

*Les gens ne se rendent pas compte que parfois, on peut avoir des soucis de santé. Me concernant, mon médecin a découvert un problème de thyroïde début janvier...*

*J'ai la chance d'avoir un joli visage et ce qu'on appelle "une grande voix" (je suis chanteuse amatrice), je pense être une personne gentille et pas trop bête... mais je ne supporte plus la connerie humaine.*

*Je m'adresse à vous car je ne sais pas à qui me confier.... J'ai honte de répéter ce que j'ai entendu aujourd'hui par exemple. Honte de n'avoir rien dit par peur des représailles. Puis honte de cette solitude et de cette déprime qui ne me lâche pas en raison de mon obésité ... »*

Armelle le 22/02/10

*« Bonjour,*

*En ce moment mon ami et moi on essaye d'acheter une maison, on a trouvé une maison comme on voulait, pas trop chère... mais voilà, la banque et les assurances nous cherchent des noises.*

*Je fais 1,57m pour 120 kg (enfin 117,5 depuis).*

*On fait des devis chez divers assureurs, car mon poids pose soucis, on ne m'accorde que l'assurance décès, parfois à un prix correct parfois avec des surprimes inimaginables...*

*Je voudrais juste trouver quelqu'un qui m'assure contre l'ITT, pour un prix raisonnable...*

*J'ai l'impression d'être une personne moindre, une anomalie du système avec tous leurs questionnaires. On veut savoir mon tour de poitrine, mon tour de taille...*

*C'est très dur, car on gagne bien notre vie et on peut payer.*

*Moralement c'est usant.... »*

L'obèse est souvent stigmatisé, mis à l'écart, considéré comme différent. La grossesse peut être un des moments de la vie où cette différence s'efface. Tout comme les personnes ayant un poids normal, les personnes obèses vont vivre un changement radical dans leur vie. Qu'elles soient obèses ou non, comment les femmes vivent-elles les changements corporels et psychologiques dus à la grossesse ?

## 4. La grossesse, bouleversement psychique et physique

### 4.1 Corps de femme / Corps d'une mère : Quelle métamorphose ? [21]

Les transformations physiques de la grossesse rappellent un autre état de changement corporel : la puberté. Enfant, les jeunes filles sont dans l'attente que leur poitrine pousse, pour être une femme « comme maman ». L'apparition des règles est parfois mêlée de terreur et de fierté : la petite fille devient une femme empruntant le chemin tracé par sa mère.

La femme qui débute sa première grossesse continue de suivre le chemin de sa mère et est renvoyée à la crise d'identité vécue à l'adolescence et donc à sa puberté. Cette dernière marquait la fin de ce que Freud appelait « les temps pré-sexuels » et l'entrée dans l'ère du sexuel. La maternité réactive cette entrée dans une nouvelle phase et les bouleversements émotionnels qui semblaient éteints, et fait ainsi resurgir une fragilité ressentie lors de l'enfance, exacerbée quand l'environnement familial a fait défaut.

D'après Catherine BERGERET<sup>7</sup>, pour de nombreuses femmes, la transformation corporelle pendant et après la grossesse provoque des sentiments de peur, de culpabilité et de honte. Certaines portent la grossesse très « en avant », dès qu'elles apprennent la nouvelle, on peut voir leur joie et leur fierté de par leur façon de marcher ou de se tenir. Pour d'autres la gloire consistera à ce que cela ne se voit pas. Cet état de grande transformation peut engendrer des terreurs de corps dissocié ou morcelé. La situation même de la grossesse amène à devenir de plus en plus grosse. Elles vont atteindre un poids maximum, ce qui met le corps à rude épreuve, sans en connaître ses limites. Ces modifications corporelles transforment leur image dans le miroir, l'image qu'elles donnent aux autres et celle que les autres leur renvoient.

D'autre part, la femme enceinte est reconnue socialement, on lui tient la porte, on lui cède sa place dans les transports en commun, on lui réserve des files d'attente. Elle est glorifiée par la société comme étant porteuse d'un enfant à venir.

Si, pour certaines, la grossesse est rapidement acceptée et vécue sereinement, pour d'autres, elle est source d'angoisse et il est important que le personnel soignant soit à l'écoute de ces femmes.

---

<sup>7</sup> Catherine Bergeret est une psychanalyste et écrivain française. Elle aborde dans ses œuvres des sujets comme la naissance, l'adolescence, la maternité, la ménopause, l'entrée en sénescence, la vieillesse, la mort...

## 4.2 Le rôle du professionnel dans l'accompagnement du changement physique.

Le personnel soignant est la plupart du temps en première ligne face aux angoisses des patientes. Le sujet du poids est abordé en consultation mais reste généralement traité d'un point de vue médical. On pèse les patientes, on explique les risques liés à une prise de poids trop importante et on donne quelques conseils diététiques. Mais la question du vécu de la prise de poids par la patiente n'est jamais ou presque évoquée.

Les transformations sont d'autant mieux vécues par les femmes qu'elles y donnent un sens : permettre la croissance du bébé et lui assurer une protection contre l'extérieur. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité permettent aux femmes d'échanger sur leurs vécus et leurs expériences et de développer d'autres approches sensorielles que la vue, notamment le toucher (la confrontation avec le miroir engendrant fréquemment un rapport conflictuel avec ce corps en transformation).

Enfin, les modifications des premières semaines sont plus difficiles à vivre et à accepter car surprenantes et inattendues. Un suivi pourrait intervenir dès les premières modifications corporelles, puisque c'est dès ce moment-là que la femme, non préparée à ce changement, peut avoir besoin d'aide. Par la suite, bien que les femmes aient eu le temps de s'habituer à voir leur corps prendre progressivement plus d'ampleur, l'accompagnement thérapeutique reste un moyen efficace de soutenir les femmes qui le désirent ou en éprouvent le besoin.

Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité constituent le moment idéal pour aborder la question du vécu de la maternité. Cette préoccupation doit néanmoins rester constante tout au long de la grossesse.

Il ne faut pas hésiter à aborder le sujet et repérer les difficultés à accepter les changements corporels de la grossesse en posant des questions telles que :

*« Parfois, certaines femmes ont du mal à accepter ce corps qui change et ne vivent pas très bien leur prise de poids. Est-ce votre cas ? Qu'en pense votre conjoint ? » [22]*

Hormis éviter les complications lors de la grossesse, la surveillance de la prise de poids est capitale pour la vie future des femmes. L'amélioration de l'état nutritionnel de la population constitue un enjeu majeur pour les politiques de santé publique menées en France, en Europe et dans le monde. Une nutrition satisfaisante est un facteur de protection de la santé. Les avancées de la recherche ont précisé le rôle que jouent les déséquilibres entre les apports nutritionnels et l'insuffisance d'activité physique dans le déterminisme de nombreux cancers et maladies cardio-vasculaires. Des facteurs nutritionnels sont aussi

impliqués dans le risque ou la protection vis-à-vis du diabète, de l'obésité ou encore de l'ostéoporose.

La complexité d'une pathologie telle que l'obésité est qu'elle est multifactorielle, qu'elle a de nombreuses causes mais aussi de nombreuses conséquences. Il n'existe pas de traitement unique et simple. Des facteurs génétiques, métaboliques et psychologiques sont à prendre en compte.

Cette étude n'a pas pour but d'évaluer les conséquences de l'obésité sur la grossesse et l'accouchement mais d'appréhender le versant psychologique dans un moment où les femmes sont souvent plus fragiles. Il s'agit de se faire une idée de l'image que les patientes ont de leur corps, de leurs connaissances en matière de prise de poids, et d'évaluer certains paramètres dits psychologiques tels que l'estime de soi, la notion de bonheur et l'appréciation du regard des autres.

## 5. Étude : méthodologie, résultats et analyse

### 5.1 Présentation de l'étude

#### 5.1.1 Problématique et hypothèses

L'objectif de cette étude est de déterminer si la grossesse est un moment clé dans la vie d'une femme, d'une famille, pour parler des problèmes de surpoids ou même d'obésité. La grossesse est-elle un moment opportun pour aborder le sujet du surpoids ? Y-a-t-il un abord psychologique à traiter au préalable afin de rétablir de bonnes habitudes alimentaires ?

Plusieurs hypothèses ont été émises:

- La grossesse est un moment opportun pour reprendre de bonnes habitudes alimentaires.
- Le corps médical est discriminant envers les femmes obèses
- Les personnes en surpoids n'apprécient pas leur corps en dehors de la grossesse et le « préfèrent » pendant la grossesse.
- Elles sont moins complexées car elles ressentent le « droit » d'être en surpoids pendant la grossesse
- Les personnes obèses ne prennent pas de poids pendant la grossesse.

#### 5.1.2 Méthode

- **Moyen et distribution**

Il s'agit d'une étude cas-témoin dont le recueil de données est réalisé grâce à un questionnaire comportant majoritairement des questions fermées. J'ai proposé ces questionnaires à l'ensemble des patientes venant en consultation de suivi de grossesse dans les services de consultations « classiques » et du suivi intensif de grossesse. (cf Annexe 2) 224 questionnaires ont été récupérés entre le 19 juillet et le 31 octobre 2013.

- **Saisie et exploitation**

La saisie et l'exploitation des données ont été réalisées à partir du logiciel EpiData 3.1 et EpiData Analysis 2.2.

La description des variables qualitatives repose sur un pourcentage. La description des variables quantitatives repose sur la moyenne et un écart-type de la population. Les pourcentages sont comparés par le test de  $\chi^2$  et les moyennes par le test de student. Pour la comparaison entre les populations, le seuil de significativité est fixé à  $p < 0,05$ .

## 5.2 Résultats et analyses

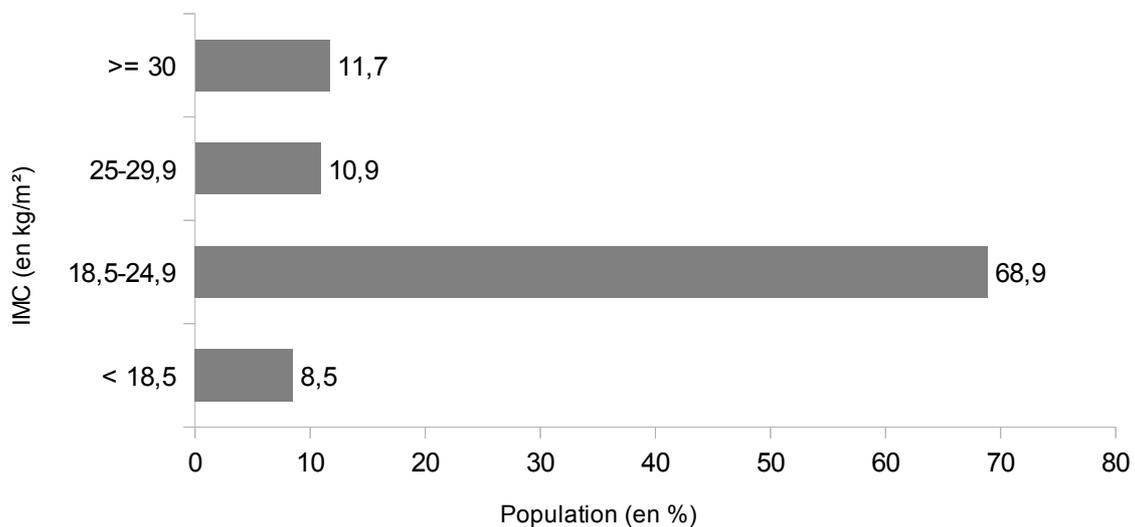
Les « témoins » sont les personnes ayant un IMC normal (entre 18,5 et 24,9), les « surpoids » sont les personnes ayant un IMC entre 25 et 29,9 et les « obèses » sont les personnes ayant un IMC supérieur à 30.

### 5.2.1 Description de la population

- Indice de masse corporelle avant la grossesse

L'IMC moyen dans la population est de  $23,4 \pm 5,2$ . L'IMC le plus faible est de 15,4 et le plus élevé de 48,1.

Figure 1 : Classe des IMC de la population



Près de 70 % de la population avait un IMC normal.

- Age de la population.

L'âge moyen des femmes ayant répondu au questionnaire est de 30,9 ans  $\pm$  4,7 .  
La patiente la plus jeune avait 18 ans et la patiente la plus âgée avait 43 ans.

**Tableau I : Age moyen de la population en fonction de l'IMC (en années)**

	Témoins (n=155)	Sous-poids (n=19)	Surpoids (n=24)	Obèses (n=26)
Age moyen	31,3 $\pm$ 4,5	30,7 $\pm$ 5,5	31,3 $\pm$ 5,2	29,3 $\pm$ 4,5

L'âge moyen reste semblable dans les trois populations.

- Gestité de la population

38, 2 % de la population était primigeste, 43,3 % étaient des deuxième geste et 9,8 % étaient des troisième geste.

**Tableau II : Variations de l'IMC en fonction de la gestité**

	Primigeste (n=86) (en %)	Deuxième geste (n=97) (en %)	Troisième geste et + (n=41) (en %)
Sous poids	6 (7,0)	10 (10,3)	3 (7,3)
Témoins	66 (76,7)	63 (64,9)	26 (63,4)
Surpoids	5 (5,8)	13 (13,4)	6 (14,6)
Obèses	9 (10,5)	11 (11,3)	6 (14,6)

On note une tendance à l'augmentation de la proportion d'obèse en fonction de la gestité.  
(non significatif)

- Situation professionnelle de la population

**Tableau III : Catégorie socio-professionnelle des couples**

Profession	Patiente (en %)	Conjoint (en %)
Sans profession	7,2	6,6
Agriculteur, artisan	1,9	5,7
Cadre, profession intermédiaire	72,5	57
Ouvrier	15,4	30,6
Etudiant	3,2	0

La majorité des couples de notre population sont cadres.

**Tableau IV : Catégorie socio-professionnelle en fonction de l'IMC (4 non réponses)**

	Témoins (n=152) (en %)	Sous poids (n=19) (en %)	p	Surpoids (n=24) (en %)	p	Obèses (n=25) (en %)	p
Sans profession	9 (5,9)	1 (5,3)	NS	1 (4,2)	NS	4 (16,0)	0,02
Agriculteur, artisan	3 (2,0)	1 (5,3)	NS	0	NS	0	NS
Cadre, profession interm.	97 (63,8)	10 (53,6)	NS	16 (66,7)	NS	13 (42,0)	NS
Ouvrier	37 (16,5)	7 (31,1)	0,02	7 (29,2)	0,03	8 (32,0)	0,01

La catégorie « ouvrier » est significativement augmentée chez les personnes en sous-poids, en surpoids et les obèses par rapport aux témoins.

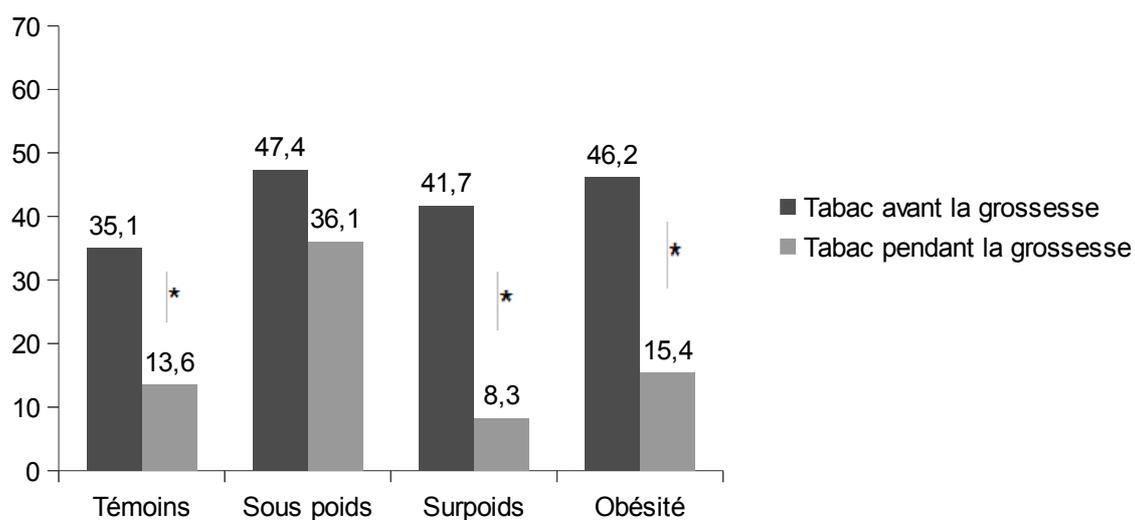
- Terme

En moyenne, les patientes ayant répondu au questionnaire étaient à  $34,6 \pm 4,6$  semaines d'aménorrhée. Les termes vont de 12 SA à 41 SA.

### 5.2.2 Habitus

- Tabac avant et pendant la grossesse

Figure 2 : Consommation de tabac avant et pendant la grossesse (en %)

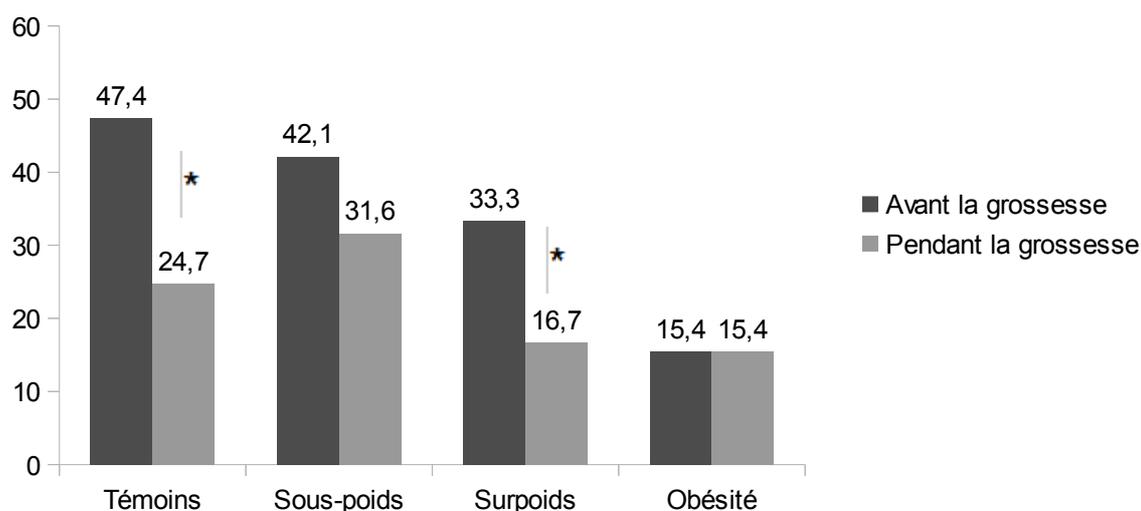


On note une diminution significative de la consommation de tabac dans toutes les populations (\* =  $p < 0,05$ ) sauf pour les personnes en sous-poids (la baisse n'est pas significative).

Cependant près de la moitié de la population d'obèses fumait avant la grossesse, ce qui entraîne un cumul non négligeable de facteurs de risques.

- Activité physique avant et pendant la grossesse

Figure 3: Pratique d'une activité physique (en %)



41 % de notre population avait une activité physique avant la grossesse. La plupart exerçaient une ou plusieurs activités sportives à hauteur de 1 à 3 heures par semaine, à la fois avant et pendant la grossesse. Les activités sportives les plus pratiquées sont : la natation, la marche et la course à pied.

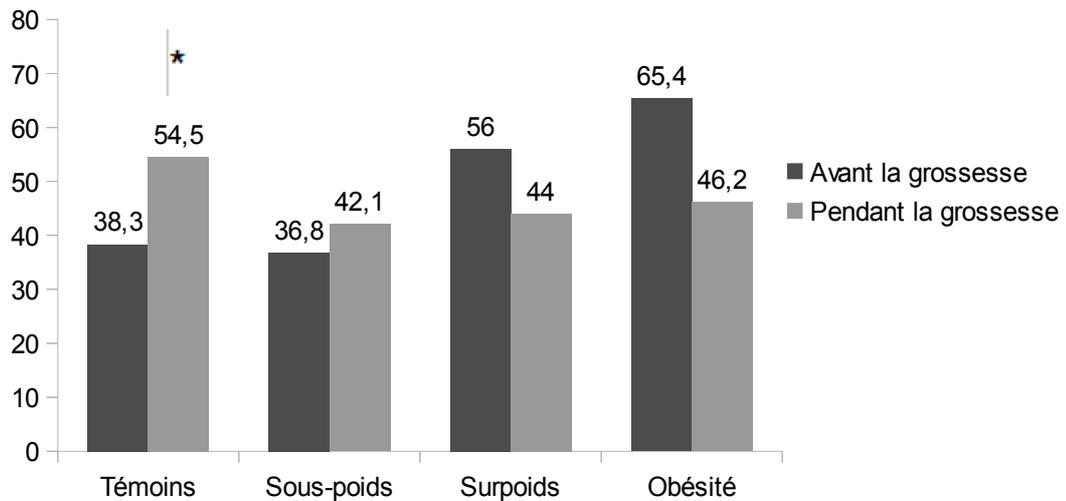
On observe une baisse significative ( $p < 10^{-3}$ ) de la pratique sportive chez les personnes ayant un IMC normal et celles étant en surpoids pendant la grossesse.

Parmi les personnes en sous-poids, il semble y avoir une légère diminution de la pratique sportive pendant la grossesse (non significatif).

- Grignotages

On observe une augmentation des grignotages pendant la grossesse chez les femmes ayant un IMC normal ou faible. Cependant, le grignotage a tendance à diminuer pour les personnes en surpoids ou obèses.

Figure 4 : Tendence aux grignotages avant et pendant la grossesse (en %)



- Prise de poids idéale selon les patientes

Globalement les patientes interrogées évaluent la prise de poids moyenne idéale à  $11,1 \text{ kg} \pm 3,3$ .

Pour les témoins, la prise de poids idéale est de  $11,9 \text{ kg} \pm 2,6$ , pour les personnes en surpoids elle est de  $10,3 \text{ kg} \pm 3,2$  et pour les obèses, elle est de  $6,6 \text{ kg} \pm 3,9$ .

Pour les personnes en sous-poids la prise de poids idéale est de  $11,8 \text{ kg} \pm 2,6$ .

- Prise de poids moyenne

A partir du poids déclaré par les patientes en préconceptionnel et du poids déclaré au jour de la consultation, le logiciel EpiData a calculé la prise de poids de chaque patiente.

La prise de poids moyenne à terme est donc de  $11,9 \text{ kg} \pm 5,4$  dans la population totale.

Pour les témoins, la prise de poids moyenne est de  $12,7 \text{ kg} \pm 4,7$ , pour les personnes en surpoids, elle est de  $10,2 \text{ kg} \pm 5,5$ .

Pour les personnes obèses, la prise de poids moyenne est de  $6,3 \pm 6,0$ . On note une grande variabilité dans cette population car certaines patientes ont perdu du poids : jusqu'à 3 kg, et d'autres ont pris beaucoup de poids : jusqu'à 21 kg et ce pour un même âge gestationnel.

Pour les personnes en sous-poids la prise de poids moyenne est de  $11,9 \text{ kg} \pm 6,7$ .

- Alimentation pendant grossesse

**Tableau V : Habitudes alimentaires pendant la grossesse**

	Témoins n=155 (%)	Sous-poids n=19 (%)	p	Surpoids n=24 (%)	p	Obèses n=26 (%)	p
Faire très attention, régime strict	3 (2,0)	0	NS	0	NS	0	NS
Se faire plaisir sans faire attention	2 (4,3)	0	NS	1 (4,2)	NS	3 (11,5)	NS
Garder les mêmes habitudes	64 (41,8)	6 (31,6)	NS	8 (33,3)	NS	3 (11,5)	NS
Alimentation saine sans restrictions	84 (54,9)	13 (68,4)	NS	13 (62,5)	NS	20 (76,9)	NS

Dans chaque population, l'alimentation pendant la grossesse doit être saine et sans restrictions.

On note qu'une partie plus importante de la population d'obèses semble penser qu'il faut en profiter et faire moins attention. Cette partie est trois fois plus importante chez les obèses que chez les témoins. Cependant, on note aussi qu'une plus faible part pense qu'il faut garder les mêmes habitudes. (non significatif)

**Tableau VI : Modifications des habitudes alimentaires**

	Témoins n = 155 (%)	Sous-poids n=19 (%)	p	Surpoids n= 24 (%)	p	Obèses n=26 (%)	p
N'ont rien changé	72 (47,4)	8 (42,1)	NS	10 (47,1)	NS	11 (42,3)	NS
Font moins attention	19 (12,5)	2 (15,8)	NS	2 (8,3)	NS	3 (11,5)	NS
Font plus attention	48 (31,6)	7 (36,8)	NS	11 (45,8)	0,01	11 (42,3)	0,01
Ont changé leurs habitudes	13 (8,6)	1 (5,3)	NS	1 (4,2)	NS	1 (3,8)	NS

Dans chaque population, on observe une part équivalente de femmes qui n'ont pas changé leurs habitudes ou qui font plus attention à leur alimentation pendant la grossesse. Cependant les obèses et personnes en surpoids sont plus nombreuses à déclarer qu'elles font plus attention que les témoins.

### 5.2.3. Image du corps

63,3 % de notre population pense que le surpoids est mieux accepté aux yeux de la société pendant la grossesse.

- Regard sur le physique

**Tableau VII : Pourcentage des personnes se sentant jugées par leur entourage**

Se sentent jugées par :	Population en (%)
- Leur conjoint	7,1
- Leurs enfants	2,3
- Leur famille	16,9
- Leurs amis	16,4
- Le personnel de santé	21,3

On observe que 21% des femmes pensent que les professionnels de santé portent un jugement sur leur poids et 17% se sentent jugées par leur famille.

- Vision du corps, estime de soi

72% des personnes en surpoids se sentaient réellement en surpoids. Ce chiffre est alors de 96,3% parmi les personnes obèses.

Parmi les personnes qui ne se sentaient pas en surpoids avant la grossesse, seules 24,9 % se sont senties en surpoids pendant la grossesse.

Parmi les personnes en sous-poids, aucune ne se sentait en surpoids avant la grossesse, mais 1 s'est sentie en surpoids pendant la grossesse.

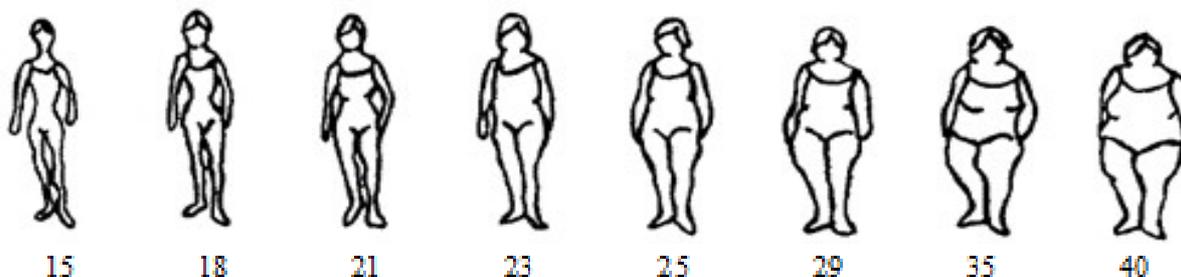
La plupart des personnes en surpoids le sont depuis moins de 5 ans et l'événement déclencheur de ce surpoids est dans 40 % des cas la grossesse. Dans 20 % des cas, la prise de poids remonte à l'adolescence. On retrouve parmi les autres raisons de surpoids : un licenciement ou changement de travail, ou encore l'arrêt du tabac.

- Représentation corporelle<sup>8</sup>. [23] [24]

Dans le questionnaire, il était mis à disposition des patientes 8 silhouettes et on leur demandait de choisir celle qui correspondait le mieux à leur propre silhouette.

*Avant la grossesse* : n=224 (en % de réponse)

5 (2,2)	50 (22,3)	92 (41,1)	43 (19,2)	16 (7,1)	11 (4,9)	6 (2,7)	1 (0,4)
---------	-----------	-----------	-----------	----------	----------	---------	---------



### IMC

*Pendant la grossesse* : n=224 (en % de réponse)

0	3 (1,4)	43 (19,4)	83 (37,4)	53 (23,9)	24 (10,8)	11 (5,0)	8 (2,3)
---	---------	-----------	-----------	-----------	-----------	----------	---------

Ce qui nous donne la distribution suivante : (avant la grossesse)

IMC normal et sous poids : 84,8 %

Surpoids : 12 %

Obèses : 3,4 %

Pour mémoire d'après les IMC calculés, notre population se constituait de 76,4% de personne avec un IMC normal ou en sous poids, 10,9 % en surpoids et 11,7 % d'obèses.

Les personnes en surpoids ont majoritairement entouré les figures correspondant à un IMC entre 21 et 27 avant la grossesse et entre 21 et 30 pendant la grossesse.

Les personnes obèses ont entouré les figures ayant un IMC entre 23 et 35 avant la grossesse et entre 25 et 35 pendant la grossesse.

De la même façon les personnes en sous-poids ont des parfois des difficultés à auto-évaluer leur morphologie car elles ont entouré les figures entre 15 et 21 et pendant la grossesse entre 21 et 25.

<sup>8</sup> Image issue de l'étude nutrinet santé

**Tableau VIII : Appréciation de l'image du corps avant et pendant la grossesse en fonction de l'IMC**

N'appréciaient pas leur corps	Avant la grossesse (%)	Pendant la grossesse (%)	p
Témoins n=155	28 (17,8)	44 (25,3)	<10 <sup>-3</sup>
Sous-poids n=19	3 (16,7)	0	NS
Surpoids n=24	12 (45,8)	4 (16,7)	0,02
Obèses n=26	23 (88,4)	15 (57,7)	0,03

Après avoir choisi une silhouette, on demandait aux patientes ce qu'elles en pensaient. Dans ce tableau sont regroupées celles qui n'apprécient pas l'image de leur corps : qu'elle les dérange ou leur soit insupportable.

On observe ici une nette différence entre les populations. Si les personnes ayant un IMC normal sont plus nombreuses à ne pas apprécier leur corps pendant la grossesse, les personnes en surpoids ou obèses sont elles, moins nombreuses à ne pas l'apprécier pendant la grossesse.

Toutes les personnes en sous-poids ont choisi des figures d'IMC normal (entre 18 et 25) pendant la grossesse et toutes apprécient leur corps pendant la grossesse. Les trois personnes qui n'appréciaient pas leur corps avant semblent se préférer avec plus de formes.

- Régimes et prise de poids

Dans notre étude, 45,4 % des personnes ont déjà fait au moins un régime qui a été efficace dans 72,1 % des cas.

#### 5.2.4. Relations avec le personnel soignant

95,7 % des personnes en surpoids se sentent capables d'aborder le sujet du poids avec le personnel médical. Ce chiffre est de 90,4 % dans la population ayant un IMC normal et il tombe à 74,6% chez les personnes obèses (p=0,03).

Seulement 12 % de notre population pense que le personnel médical traite différemment les patients en fonction de leur poids. Ces 12% ont un IMC moyen de 24,5, sont âgées en moyenne de 33,2 ans, et sont principalement des cadres.

Dans la population, 1 personne sur 2 a déjà subi des remarques sur son poids. 53% des remarques provenaient de la famille. On leur reprochait leur prise de poids pendant la grossesse, on insistait pour qu'elles perdent rapidement les kilos pris, on leur disait qu'à cause de leur poids, elles ne pouvaient pas choisir leurs vêtements, qu'une femme enceinte était laide car « trop grosse », qu'il ne fallait pas profiter de la grossesse pour grossir... 46% des remarques provenaient du personnel médical (sage-femme et médecin). Là aussi, on insistait sur une prise de poids progressive, de 1kg par mois et pas plus, on leur « reprochait » un surpoids qui allait compliquer l'accouchement ou la pose de l'analgésie péridurale. Une patiente mentionne même qu'elle est sortie d'une consultation d'anesthésie en pleurant.

### 5.2.5. Psychologie

- Fragilité psychologique

**Tableau IX : Antécédents psychologiques en fonction de l'IMC**

	Témoins n=155 (%)	Sous-poids n=19 (%)	p	Surpoids n=24 (%)	p	Obèses n=26 (%)	p
ATCD (en %)							
Stress	92 (60,1)	10 (55,5)	NS	8 (33,3)	NS	19 (73,1)	NS
Dépression	21 (13,6)	8 (42,1)	0,01	3 (12,5)	NS	8 (30,8)	0,03
Psychologue	46 (29,9)	6 (31,6)	NS	8 (33,3)	NS	10 (38,5)	NS

NB : Stress = se sentent souvent stressées

Dépression = ont déjà fait une/des dépression(s)

Psychologue = ont déjà vu un psychologue

On observe significativement plus d'antécédents de dépression chez les obèses et les femmes en sous-poids.

- Bonheur et estime de soi

Dans le questionnaire, il était demandé aux patientes d'évaluer, sur une échelle numérotée de 0 à 10, leur niveau de bonheur, leur appréciation du regard des autres sur leur physique et leur estime d'elle-même.

**Tableau X : Bien-être physique et psychique en fonction de l'IMC**

(de 0 à 10)	Témoins n=155	Sous-poids n=19	p	Surpoids n=24	p	Obèses n=26	p
Niveau de bonheur							
- avant la grossesse	7,8 ± 1,4	7,4 ± 2,1	NS	8,2 ± 1,4	NS	7,3 ± 1,6	NS
- pendant la grossesse	8,2 ± 1,4	8,6 ± 1,7	NS	8,3 ± 1,6	NS	7,8 ± 1,7	NS
Apprécient le regard des autres							
- avant la grossesse	6,8 ± 1,7	6,8 ± 1,5	NS	6,0 ± 2,5	NS	4,2 ± 2,1	<10 <sup>-3</sup>
- pendant la grossesse	7,0 ± 1,9	7,3 ± 1,7	NS	6,4 ± 2,5	NS	5,8 ± 2,1	0,01
Estime de soi	6,9 ± 1,5	7,3 ± 1,7	NS	7,0 ± 1,6	NS	5,8 ± 1,7	<10 <sup>-3</sup>

On note que les personnes obèses apprécient significativement moins le regard des autres sur leur physique à la fois avant et pendant la grossesse. Elles ont aussi en moyenne une plus faible estime d'elle-même par rapport à la population ayant un poids normal.

**Tableau XI : Evaluation du bonheur avant et pendant la grossesse**

	Bonheur avant grossesse	Bonheur pendant la grossesse	p
Témoins n=155	7,8 ± 1,4	8,2 ± 1,9	<10 <sup>-3</sup>
Sous-poids n=19	7,4 ± 2,1	8,6 ± 1,7	<10 <sup>-3</sup>
Surpoids n=24	8,2 ± 1,4	8,3 ± 1,6	NS
Obèses n=26	7,3 ± 1,6	7,8 ± 1,7	0,01

Les personnes ayant un IMC normal ou faible et les personnes obèses sont significativement plus heureuses pendant la grossesse

**Tableau XII : Appréciation du regard des autres avant et pendant la grossesse**

	Regard avant grossesse	Regard pendant la grossesse	p
Témoins n=155	6,8 ± 1,7	7,0 ± 1,9	<10 <sup>-3</sup>
Sous-poids n=19	6,8 ± 1,5	7,3 ± 1,7	<10 <sup>-3</sup>
Surpoids n=24	6,0 ± 2,5	6,4 ± 2,5	NS
Obèses n=26	4,2 ± 2,1	5,8 ± 2,1	NS

Seules les personnes ayant un IMC normal ou faible apprécient plus les regards sur le physique pendant la grossesse. Pour les autres populations la différence n'est pas significative.

- Troubles du comportement alimentaire

**Tableau XIII : Troubles du comportement alimentaire en fonction de l'IMC**

	Témoins n=155 (%)	Sous- poids n=19	P	Surpoids n=24 (%)	p	Obèses n=26 (%)	p
Mangent plus dans les situations d'angoisse et stress	62 (40,3)	8 (42,1)	NS	12 (50,0)	NS	18 (68,2)	0,01
Crises de boulimie							
- avant la grossesse	26 (16,8)	3 (15,8)	NS	8 (33,3)	NS	10 (38,1)	0,01
- pendant la grossesse	13 (8,4)	2 (10,5)	NS	3 (12,5)	NS	3 (11,5)	NS
Pensent : prise poids liée à état psychologique	39 (25,3)	15 (78,9)	NS	10 (41,7)	NS	12 (46,2)	NS
Souhaitent rencontrer (pendant la grossesse)							
- un nutritionniste	25 (16,2)	3 (15,8)	NS	18 (75,0)	NS	10 (38,1)	0,03
- un psychologue	127 (83,7)	3 (15,8)	NS	20 (87,0)	NS	25 (96,2)	<10 <sup>-3</sup>

On note que la population obèse a tendance à plus manger dans des situations de stress ou d'angoisse. Elles sont aussi plus nombreuses à avoir des antécédents de boulimie et souhaiteraient avoir l'occasion de rencontrer un nutritionniste et/ou un psychologue.

## 6. Discussion

### 6.1 Biais et difficultés de l'étude

Notre étude a réuni 224 réponses au questionnaire. Parmi ces femmes, 20 étaient en sous-poids, 155 avaient un IMC normal (soit 68,9 % de la population), 24 étaient en surpoids (10,9 %) et 26 étaient obèses (11,7%). D'après l'étude obEpi de 2012, la proportion de femmes ayant un IMC normal est de 52,7%, le surpoids est de 32,3 % et l'obésité de 15%. Ces différences de proportion s'expliquent par un biais de notre étude: en effet, le calcul d'IMC est réalisé à partir du poids et de la taille déclarés par la patiente qui peuvent différer de la réalité.

Un autre biais dans l'étude qui peut influencer les résultats est la non proposition du questionnaire aux patientes suivies à l'UGOMPS<sup>9</sup> qui sont nombreuses à ne pas parler français. Or, le poids est aussi un phénomène culturel ce qui explique que certaines populations sont plus souvent en surpoids que d'autres. Par ailleurs un lien de corrélation fort existe entre le surpoids et le faible niveau socio-économique. Cette population à bas revenus est aussi essentiellement suivie à l'UGOMPS.

Pour ce qui est du calcul de la prise de poids, il ne peut être qu'approximatif car il est très probable que certaines patientes aient rapporté le poids du mois précédent la consultation pendant laquelle elles ont rempli le questionnaire.

Enfin, cette étude ne peut être une représentation totalement conforme à une population générale car elle n'a été réalisée qu'au sein du CHU, où se concentrent plus de pathologies et où la patientèle a en moyenne moins de ressources que la patientèle d'une clinique privée.

Un point positif de l'étude est qu'avec ce mode de distribution (questionnaire donné à toute patiente venant en consultation de suivi de grossesse avec une sage-femme ou avec un médecin) aucune sélection volontaire de la population n'a pu être effectuée.

---

<sup>9</sup> Unité gynécologique obstétricale médico-psycho-sociale

## 6.2 Résultats de l'étude

### 6.2.1 Différence de prise de poids entre les populations.

Dans notre étude, 63,3% des personnes interrogées pensent que le surpoids est plus accepté dans la société pendant la grossesse. Ce chiffre est de seulement 48% chez les obèses. On note une différence aussi dans la prise de poids « idéale » pendant la grossesse en fonction de l'IMC de départ.

- Chez les personnes ayant un IMC normal, la prise de poids idéale est de 11,9 kg, avec une prise de poids moyenne de 12,7 kg dans l'étude.
- Chez les personnes en surpoids, la prise de poids idéale est de 10,3 kg avec une prise de poids moyenne de 10,2 kg.
- Chez les obèses, la prise de poids idéale est de 6,6 kg avec une prise de poids moyenne de 6,3 kg.

Nos résultats confirment une étude menée par Mehta et al. [25] en 2011 qui compare l'image du corps avec la prise de poids durant la grossesse. Elle montre que la prise de poids diminue avec l'IMC pour les personnes qui préféreraient être plus minces. C'est à dire que la prise de poids est très importante pour les personnes avec un faible IMC mais très faible pour les obèses. Leur hypothèse étant que les personnes ayant un IMC faible ou normal auraient un relâchement de leur image d'idéal corporel d'avant la grossesse et auraient donc tendance à prendre plus facilement du poids. En revanche, les personnes déjà obèses ou en surpoids qui préféreraient être plus minces seraient plus vigilantes quant à leur prise de poids.

### 6.2.2 Hygiène de vie.

#### ➤ Tabagisme et poids

Le surpoids et le tabagisme constituent deux facteurs de risque majeurs des maladies cardio-vasculaires.

Dans notre étude, on retrouve 37,9% de fumeuses avant la grossesse et 14% pendant la grossesse. Cependant, dans notre étude près de 47% des obèses sont fumeuses ce qui entraîne un cumul de facteurs de risques cardio-vasculaires. Dans la littérature on ne retrouve pas cette proportion de fumeurs augmentée chez les obèses. Au contraire, il semblerait que les fumeurs soient en général plus minces que les non fumeurs.

D'après un article de la revue médicale suisse en 2011, [26] les fumeurs ont en moyenne un

poids inférieur de 4 à 5 kg comparés aux non-fumeurs. Cependant, l'arrêt du tabac est associé dans 80% des cas à une prise de poids. En moyenne, les fumeurs prennent 4 à 5 kg à l'arrêt du tabac. La prise de poids varie selon l'âge, le statut social et certains comportements. Il est recommandé que les professionnels proposent un suivi médical et qu'ils prescrivent des patchs pour prévenir la prise de poids des patients qui entreprennent de s'arrêter de fumer.

Toutefois, si globalement les fumeurs ont tendance à être plus minces que les non-fumeurs, les «gros» fumeurs (c'est-à-dire les fumeurs qui fument plus de 25 cigarettes par jour) ont un poids plus élevé que les fumeurs qui fument une quantité moindre. Les hypothèses qui tentent d'expliquer ce phénomène sont les suivantes. Tout d'abord, les fumeurs ont tendance à être plus sédentaires, à manger moins sainement et consommer davantage d'alcool comparés aux non-fumeurs. Ce mode de vie pourrait être encore plus accentué auprès des «gros» fumeurs et expliquerait qu'ils soient plus à risque de prendre du poids.

De plus, il faut souvent plusieurs tentatives avant de parvenir à arrêter de fumer avec succès. Le processus d'arrêt est d'autant plus difficile que le fumeur est dépendant. Les «gros» fumeurs ont besoin de davantage de tentatives avant d'arrêter de fumer avec succès. Or, à chaque tentative d'arrêt, on observe une prise de poids. [26]

➤ Pratique d'une activité physique.

Dans notre étude, 41 % de la population pratiquait régulièrement une activité sportive avant la grossesse et seulement 23,2 % l'ont poursuivie pendant la grossesse. Dans l'imaginaire de la population française, le sport doit être banni pendant la grossesse car trop dangereux. [27] Si, en effet, les sports à risques doivent être arrêtés, la pratique d'une activité sportive pendant une grossesse de déroulement normal est recommandée. L'essentiel est de bouger régulièrement et de choisir des activités sportives adaptées. Les bénéfices attendus sont de contrôler la prise de poids, améliorer l'hygiène de vie, de prévenir la fréquence et l'intensité des rachialgies et lombalgies, de réduire la survenue de problèmes circulatoires et veineux ou encore de diminuer la survenue du diabète gestationnel. On considère que le sport ou la pratique d'une activité physique permet également de mieux aborder l'accouchement et le post-partum. Les sports à conseiller sont la marche à pied, la course à pied (pour les patientes qui la pratiquaient avant la grossesse), le vélo sur route ou chemins non accidentés et la natation. Sont interdits les sports collectifs de contact (rugby, handball, basketball, ...) à cause des chocs parfois rudes et les sports avec risques de chutes ou de traumatismes (équitation, ski, roller, sports de combat, ...). [28]

On a donc défini qu'il fallait encourager la pratique d'une activité physique pendant la

grossesse. Il faut cependant rester cohérent et entendre qu'il n'est pas évident pour une patiente obèse de débiter une activité sportive, notamment la natation. L'image qu'elles ont de leur corps et le regard des autres peut-être un véritable obstacle à une activité physique en collectivité. Il faut donc plutôt les encourager à reprendre quelques activités simples telles que la marche : éviter le plus possible les trajets en voitures, préférer les escaliers à l'ascenseur... Ce sont des bases simples qui permettent de se dépenser un peu dans la vie quotidienne.

Dans notre étude, 40% des personnes en surpoids ou obèses identifiaient majoritairement le début de leur prise de poids lors d'une précédente grossesse, d'où l'importance de maîtriser la prise de poids pendant une grossesse que la patiente soit déjà en surpoids ou non. L'étude de Ruchat et al. de 2012 [29] avait pour objectif de montrer la réduction de la prise de poids chez les patientes ayant une activité sportive et ce à différentes intensités. Il a été montré que, dans plus de 70% des cas, la prise de poids était plus faible que chez les patientes n'ayant pas d'activité sportive, peu importe à quelle intensité était pratiqué le sport. Ils montrent aussi une plus faible rétention de poids à 2 mois du post-partum. Enfin, d'après cette étude, la prise de poids excessive survenait dans les premiers mois de la grossesse ce qui indiquait l'importance d'informer les patientes tôt pendant la grossesse, ainsi que les patientes qui planifiaient une grossesse.

Dans l'étude de Tanenstapf et al. [30] on montrait aussi que les conseils diététiques pendant la grossesse étaient efficaces dans la limitation de la prise de poids et sur la perte de poids à six mois du post-partum. Il s'agissait d'une méta-analyse regroupant les résultats de 9 études soit 1549 femmes. Cependant, cette étude n'a pas pu montrer d'amélioration de l'état de l'enfant à la naissance et sur la diminution des complications à l'accouchement. C'est aussi ce que Streuling et al. [31] retrouvent dans leur étude. En effet, les interventions basées sur la pratique d'une activité sportive, des conseils diététiques souvent associés à une surveillance supplémentaire du poids ont été efficaces dans la réduction de la prise de poids.

### 6.2.3. Appréciation de l'image du corps

Dans notre étude, 17,8% des personnes ayant un IMC normal n'appréciaient pas leur corps en dehors de la grossesse et elles sont 25,3% à ne pas l'apprécier pendant la grossesse. Cependant, pour les obèses et les personnes en surpoids, on note une diminution significative de cette proportion pendant la grossesse. En effet, il semblerait que ces dernières préfèrent leur corps pendant la grossesse.

On observe que 96,3% des obèses se sentant en surpoids avant la grossesse ne sont plus que 88% à s'y sentir pendant la grossesse.

L'étude canadienne de Hemmens en mai 2011 [32] portait sur l'entretien de 8 femmes en surpoids ou obèses avant leur grossesse. Elles racontaient que les différentes remarques et rencontres négatives au cours de leur vie avaient peu à peu contribué à la perception négative de leur corps et de leur poids. Elles faisaient part de la peur du jugement, la perte de confiance et l'isolement social.

Cette dimension émotionnelle devient plus compliquée encore pendant la grossesse. Chez la plupart des femmes interrogées, une image négative et la peur d'être critiquées ont marqué leur grossesse. Les différents sentiments exprimés par ces femmes étaient la culpabilité vis à vis de leur enfant ou encore la haine d'elles-mêmes. Au contraire chez certaines, la grossesse leur offrait une occasion de célébrer et d'accepter les rondeurs de leur corps.

Pour toutes les participantes de cette étude, la grossesse a conforté leur conscience d'avoir un surpoids. Pour certaines, elle a exacerbé les sentiments négatifs vis à vis de leur surpoids et leur jugement personnel tandis que d'autres ont eu l'impression que la grossesse leur offrait un répit de l'image corporelle négative qu'elles entretenaient constamment.

#### 6.2.4. Discrimination sociétale et médicale

Dans notre étude, seulement 74% des personnes obèses se sentent à l'aise pour parler de leur poids avec le personnel médical, contre 90,4 % dans la population ayant un IMC normal.

Près d'une personne sur deux a subi des remarques concernant son poids qu'elle soit en surpoids ou non. Si près de 56 % des remarques provenaient de la famille, 43% provenaient de personnel de santé qui tenait parfois des propos presque injurieux.

Le sociologue Thibault de Saint Pol [33] s'est intéressé en 2013, aux idées reçues dans le milieu médical sur l'obésité. Selon lui, les obèses sont parfois mal reçus par leur médecin tout d'abord pour des raisons pratiques : le matériel n'est pas toujours adapté, qu'il s'agisse par exemple des balances ou des appareils pour mesurer la tension artérielle. La consultation médicale est alors rendue plus compliquée.

Ainsi, ses résultats montrent que les praticiens véhiculent eux aussi les stigmatisations et les discriminations qu'on observe dans les autres dimensions de la vie sociale. Mais la particularité des discours médicaux est l'importance qui leur est accordée par le patient obèse : "Si le docteur le dit, c'est que c'est vrai."

Dans notre étude, certaines patientes ont rapporté des propos entendus pendant leur grossesse : les remarques qui reviennent le plus souvent de la part des professionnels de

santé sont « faites attention », « vous êtes déjà en avance sur la prise de poids ». Des remarques ont été plus blessantes pour certaines patientes : « Vous avez trop pris, vous vous rendez compte la norme c'est 8 à 12 kg ! », « on ne sent rien à cause de votre graisse abdominale », « vous ne devriez manger que le plat de résistance parce que vous avez déjà ce qu'il faut là où il faut » ou au contraire « quelle chance vous avez de ne pas avoir pris beaucoup de poids » « c'est bien vous n'avez pris que dans le ventre ».

Mais la famille peut parfois être plus blessante : « t'es trop grosse, tu ne vas plus passer les portes », « tu ne peux pas t'habiller comme tu veux car tu es trop grosse », « c'est pas possible tu es sûre qu'il n'y en a qu'un là-dedans ? », « au moins avant quand tu faisais du sport tu étais mince et élégante », « tu ne vas jamais réussir à perdre tout ce poids ».

Certains discours ou pratiques peuvent ainsi être contre-productifs en termes de soins, et ils contribuent aussi à ancrer chez le patient un regard dévalorisant ou culpabilisant. Résultat, les patients obèses sont moins enclins à consulter un professionnel de santé. Nous avons donc un rôle particulier à jouer dans la lutte contre les discriminations envers les obèses.

Dans leur étude, Gudzone et al. [34] ont enregistré des consultations de différents patients obèses chez 39 médecins traitants. Ils ont analysé l'attitude du médecin par rapport à l'IMC du patient en ce qui concerne les conseils médicaux et la création du lien soignant-soigné. Ils ont constaté que les médecins établissaient moins de rapport émotionnel avec les patients obèses qu'avec les patients ayant un poids normal. Ils ont conclu que le peu de rapport émotionnel dans une consultation chez un médecin par un patient obèse ou en surpoids pouvait entraver la relation soignant-soigné et diminuer l'efficacité des conseils de changement d'hygiène de vie et la réceptivité du patient à certaines recommandations.

### 6.2.5. Solutions à envisager

#### ➤ Consultation avec un nutritionniste

Dans notre étude, 16 % des personnes ayant un IMC normal souhaitaient qu'on leur propose de rencontrer un nutritionniste pendant la grossesse, ce chiffre était de 75 % chez les personnes en surpoids et de 38 % chez les obèses.

L'étude de Polley et al. [35] montre que sur un échantillon de 120 femmes ayant un IMC normal, qui avaient reçu des conseils deux fois par semaine sur la prise de poids, sur l'alimentation, et sur la pratique d'une activité sportive, 67% d'entre elles n'avaient pas dépassé les recommandations de prise de poids de l'Institute of medicine. [5] Parmi celles

qui avaient reçu un suivi standard prénatal, seules 42 % avaient respecté ces recommandations. Ces résultats sont confirmés par l'étude de Phelan et al. [36] Il est intéressant de noter que ces résultats sont dus à un programme qui encadrait la patiente incluant la prescription d'un menu sain, avec des conseils de nutrition personnalisés tout au long de la grossesse et associés à une activité sportive. Le suivi personnalisé avec la rencontre d'un nutritionniste semble donc une solution adaptée pour réguler la prise de poids. Cependant, d'autres études seraient à réaliser afin d'évaluer le coût et le bénéfice d'un suivi personnalisé dans le cadre d'une limitation de poids. Il serait intéressant d'étudier les effets à long terme sur la proportion de femmes en surpoids ou obèses.

De plus, il a été montré que le poids et la masse graisseuse du nouveau né sont directement liés à la prise de poids maternelle au cours de la grossesse [37] [38] avec un risque augmenté de développer un surpoids voire une obésité dans l'enfance [39] [40] . Ceci sous entend que limiter la prise de poids aurait un impact sur la prévention à long terme de l'obésité dans la population générale, ce qui de nos jours est devenu un enjeu majeur en politique de santé publique.

Il serait peut-être pertinent de poser le problème du surpoids en consultation de la même manière que le problème du tabac est abordé. Dans l'étude canadienne du Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes, de Hemmens [32], on note que certaines femmes interrogées avaient apprécié que le praticien aborde le sujet de leur surpoids en leur offrant des moyens pour améliorer leur hygiène de vie. Elles déploraient que le poids soit un tabou pour certains professionnels de santé. D'autres, au contraire, se sentaient à l'aise avec leur praticien dès lors qu'il n'abordait pas le sujet du poids. Ces femmes avaient en général rencontré des professionnels qu'elles jugeaient peu à l'écoute ou « insensibles ».

Il est important de parler du surpoids en consultation de suivi de grossesse car c'est un moment privilégié d'écoute pour les patientes. Si elles ne se sentent pas prêtes à en parler, cela leur permet de savoir que le sujet est abordable à tout moment. Il faut cependant être apte à apporter des réponses et savoir réorienter vers des professionnels qualifiés en matière de nutrition.

Nous avons vu précédemment que lorsque l'obésité ou le surpoids étaient ancrés depuis longtemps chez une personne, lui conseiller des mesures diététiques ne suffisait pas toujours. Il faut parfois y ajouter un suivi psychologique.

### ➤ Consultation avec un psychologue

Peu d'études ont été menées sur les aspects psychosociaux ou le vécu des femmes enceintes en surpoids.

Dans notre population, on observe une plus faible estime de soi chez les personnes obèses, une plus faible appréciation du regard des autres. On note aussi une augmentation de la tendance à grignoter dans les situations de stress, plus d'antécédents de dépression et une volonté de consulter un psychologue pendant la grossesse. Dans son étude, Anderson confirme le double lien entre dépression et obésité [41]. Connolly, psychologue, établit lui un lien entre obésité et faible estime de soi. [42] Selon lui, un manque d'entourage, de valorisation pendant l'enfance entraîne une faible estime de soi et la bascule dans des troubles alimentaires est très fréquente. En 2010, Ketata et al. [43] ont mené une étude visant à comparer l'estime de soi chez 60 patients non obèses et chez 60 patients obèses. Ils confirment alors l'effet négatif de l'obésité sur l'estime de soi car près de 69 % des personnes obèses avaient une faible estime d'elle-même contre 36 % chez les personnes non obèses. Les facteurs corrélés à une faible estime de soi étaient : l'âge jeune ( $\leq 20$  ans), le sexe masculin, le célibat, l'âge jeune d'installation de l'obésité, le poids élevé à l'âge de 20 ans, le poids actuel élevé, l'anxiété et la dépression et l'altération de la qualité de vie globale.

En 2013, une étude de Sui et al. [44] s'est intéressée à l'avis de personnes en surpoids ou obèses à propos de modifications d'hygiène de vie pendant la grossesse et sur leur motivation à le faire. La plupart d'entre elles savaient qu'une importante prise de poids pendant la grossesse était liée à une augmentation des risques à l'accouchement mais ne connaissaient pas les complications néonatales. 91 % des femmes indiquaient qu'elles changeraient d'habitudes si cela leur permettait de se sentir mieux psychologiquement et physiquement mais seulement la moitié se sentait capables de le faire. L'étude conclut que pour une réussite, il faudrait prévenir les patientes des risques du surpoids sur l'état de l'enfant à la naissance, ainsi que mettre en place des solutions afin de les accompagner dans ces changements d'hygiène alimentaire tout en valorisant leur capacité à le faire.

En cas d'obésité sévère, il est parfois conseillé de rencontrer un psychologue, pour réinstaurer une estime de soi, valoriser les capacités de la personne afin de rétablir des bases saines et permettre un changement d'hygiène de vie qui perdurera.

### 6.3. Le rôle de la sage-femme

La sage-femme est compétente pour le suivi de grossesse physiologique et la pratique d'accouchements eutociques. Elle est donc la plupart du temps l'interlocutrice privilégiée des femmes enceintes en établissant précocement un lien de confiance qui se construira tout au long du suivi de grossesse. Il est important qu'elle sache dépister toutes situations à risque y compris celle concernant le poids. Comme nous l'avons vu, le poids avant la grossesse va influencer considérablement la prise de poids et les potentielles complications. Informer sans culpabiliser, là est tout l'enjeu de l'éducation nutritionnelle. En effet, le fait d'être enceinte peut parfois être une prise de conscience : une nécessité de modifier certains comportements pour le bien-être de l'enfant à venir. Tout comme on propose de l'aide aux femmes ayant une addiction (tabac, alcool...) il serait peut-être envisageable de proposer une consultation avec un diététicien et un psychologue en cas de troubles du comportement alimentaire. Actuellement, lors de la grossesse, ce sont plutôt les conséquences de l'obésité qui sont traitées et non pas ses causes [45]. Il est nécessaire d'individualiser les soins pour les femmes obèses, ce qui implique de laisser le temps et l'opportunité à la patiente de raconter son histoire. Cependant, les consultations sont limitées dans le temps, c'est pourquoi une consultation avec un psychologue pourrait être pertinente. La sage femme doit donc être à même de cibler cette population.

Dans l'étude du canadien Hemmens, [32] les femmes ont surmonté leur peur du jugement médical au fur et à mesure qu'elles rencontraient des professionnels compatissants et sensibles et qui ont pris le temps d'établir une relation de confiance avec elles. La répercussion de cette relation positive peut être une source de soutien pour une femme au moment où elle doit gérer sa santé physique et son bien-être émotionnel dans le contexte d'une grossesse.

## 7. Ouverture

- Mise en place d'une consultation diététique et psychologique pendant la grossesse.

La proposition d'ouvrir une consultation diététique et/ou psychologique aux femmes enceintes ayant un problème de poids pourrait être envisageable. Cependant cela entraînerait évidemment un coût non négligeable. Dans une période où l'heure est à l'économie budgétaire des dépenses de santé, les campagnes de santé publique sont à réfléchir aussi sur un plan financier.

En 2001, le premier programme de nutrition santé (PNNS) est mis en place, sur une période de 4 ans, 40 millions d'euros ont été investis. Depuis, il y a eu 2 autres PNNS. Le deuxième a coûté 76 millions d'euros et le troisième est en cours. Les actions sont principalement des actions de recherche dans les domaines de la nutrition et de l'obésité ainsi que des actions de prévention, par exemple la campagne « manger-bouger ». [46]

Pour le moment, les évaluations de ces campagnes ne sont pas optimistes. L'obésité ne cesse d'augmenter en France ainsi que l'IMC moyen de la population [2]. En effet en 2000, l'obésité représentait 10 % de la population française et elle est aujourd'hui de 15%. Malgré les difficultés à endiguer l'augmentation de l'obésité en France, cela reste une priorité de santé publique.

Proposer une consultation ou un suivi nutritionnel pendant la grossesse pourrait peut-être permettre de réduire le surpoids maternel et à long terme le surpoids et l'obésité infantile. Prendre en charge sur le plan nutritionnel une famille qui attend un enfant c'est rétablir des bases qui pourraient être inculquées à l'enfant à venir.

L'OPEPS<sup>10</sup> qui a évalué les résultats du PNNS cite dans un rapport exposé au Sénat en 2005: « *Dans le cadre de la médecine de ville, la prévention relève, avant tout, des médecins généralistes. Toutefois, compte tenu de la variété et de la complexité des missions qui leur sont actuellement demandées, il paraîtrait judicieux de développer leurs liens avec les diététiciens, mieux à même de prendre en charge les patients qui nécessitent un suivi plus poussé. A cet égard, une meilleure définition des conditions d'exercice de la profession de diététicien, encore mal reconnue, doit être engagée.* » [47]

La grossesse est un moment pendant lequel la femme est très suivie. Elle permet d'informer sur les facteurs de risque de cancers du sein, de l'ovaire, du colon, de proposer une consultation de tabacologie pour les fumeuses... C'est un moment où les femmes sont à l'écoute de leur corps, souhaitant la plupart du temps faire le maximum pour que leur bébé

---

10 Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé.

se porte bien à la naissance et pendant l'enfance. La sage-femme et l'obstétricien pourraient être alors, au même titre que le médecin généraliste, un lien vers les diététiciens.

Notre étude ne permet pas de dire si un suivi nutritionnel individuel pendant la grossesse pourrait aider à la réduction du surpoids en France à long terme. Une étude complémentaire portant sur plusieurs années serait probablement concluante : évaluant la prise de poids maternelle pendant la grossesse et le poids du bébé à la naissance, dans son enfance et à l'âge adulte.

## Conclusion

L'obésité est une pathologie difficile à endiguer. Il ne s'agit pas que d'un déséquilibre calorique. Elle est parfois le siège d'un profond mal-être.

Outre la morbidité qu'elle entraîne, elle peut aussi avoir un impact sur la santé psychique des personnes.

De même, la grossesse est, dans la vie d'une femme, un véritable bouleversement physique mais aussi psychologique. Il faut parfois remettre en question l'éducation que l'on a eue, se séparer de son rôle de « fille » pour prendre celui de « mère ». Il s'agit d'un moment privilégié pendant lequel la femme sera entourée de professionnels de santé et il est donc important de créer un lien avec la femme que l'on suit.

Le surpoids est un sujet sensible dans notre société, c'est pourquoi il n'est pas toujours évident de l'aborder. Cependant, la grossesse est une période de grande fragilité émotionnelle et de baisse des résistances psychiques au cours de laquelle des résurgences de blessures psychiques anciennes peuvent apparaître (antécédents de violences ou d'abus). Les consultations de suivi nous permettent d'aborder ces sujets. Alors pourquoi ne pas aborder le sujet du surpoids qui peut-être parfois lui aussi à l'origine d'un mal-être ?

Nous avons vu qu'il fallait rechercher les causes du surpoids, encourager la pratique d'une activité physique et probablement orienter vers des professionnels tels que les psychologues et les nutritionnistes pour lutter contre l'obésité. Pendant la grossesse, les femmes sont pour la plupart à l'écoute de conseils et prêtes à faire des efforts pour le bien-être de l'enfant à venir.

Enfin, il faudrait déterminer l'efficacité sur le long terme d'une prise en charge nutritionnelle pendant la grossesse et évaluer son coût. Cela pourrait permettre de réduire l'obésité féminine et par extension l'obésité infantile.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Organisation mondiale de la santé. : *Obésité et surpoids*. Aide mémoire n°311 Mars 2013  
Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/> Page consultée le 20/09/2013
- [2] INSERM, KANTAR HEALTH, ROCHE. *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité*. Obépi : 2012. Format PDF  
Disponible sur :  
[http://www.roche.fr/home/recherche/domaines\\_therapeutiques/cardio\\_metabolisme/enquete\\_nationale\\_obepi\\_2012.html](http://www.roche.fr/home/recherche/domaines_therapeutiques/cardio_metabolisme/enquete_nationale_obepi_2012.html) Page consultée le 27/09/2013
- [3] INSERM. Enquête nationale périnatale 2010. *Les NAISSANCES en 2010 et leur évolution depuis 2003*. PDF. Mai 2011  
Disponible sur:  
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_naissances\\_en\\_2010\\_et\\_leur\\_evolution\\_depuis\\_2003.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf) Page consultée le 19/01/2014
- [4] Rasmussen K., Yaktine Ann L., Del Valle Heather B. et al. *Weight Gain During Pregnancy*, National Academy of Science. May 2009  
Disponible sur :  
<http://www.iom.edu/Reports/2009/Weight-Gain-During-Pregnancy-Reexamining-the-Guidelines.aspx> Page consultée le 15/09/2013
- [5] Marpeau L., Roman H., Diguët A., Sergent F. *Conséquences obstétricales de l'obésité maternelle*. CNGOF : Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique : Tome XXXI [publié le 12.12.2007] Trente et unièmes journées nationales. Paris : 2007. Format PDF.  
Disponible sur : [http://www.cngof.asso.fr/d\\_livres/2007\\_GO\\_133\\_marpeau.pdf](http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2007_GO_133_marpeau.pdf) Page consultée le 27/09/2013
- [6] OBESITY-DIET.COM. *Nutrition*.  
Disponible sur : <http://www.obesity-diet.com/nutrition-M19-R246.html> Page consultée le 07/10/2013
- [7] Alimentation-France. *Les bases de nutrition : 2006*.  
Disponible sur : <http://www.alimentation-france.com/alimentation/vous/nutrition.html> Page consultée le 07/10/2013
- [8] Bertin E. Delarue J. Piguët M.A. et al. *Nutrition. Collège des enseignants en nutrition*. Abrégés connaissance et pratiques. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011, 394p.
- [9] Programme national nutrition santé 2011-2015 - Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Juillet 2011  
Disponible sur : [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS\\_2011-2015.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf) Page consultée le 29/10/2013
- [10] HCSP. *Rapport " Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France "*. Avril 2006  
Disponible sur : [www.inserm.fr/content/download/.../nutrition\\_herberg\\_juin2000.pdf](http://www.inserm.fr/content/download/.../nutrition_herberg_juin2000.pdf)  
Page consultée le 20/09/2013
- [11] Bafcop E. *En quoi les activités physiques de prise de conscience du corps peuvent-elles améliorer le concept de soi des personnes obèses dans une prise en charge en centre hospitalier ?*

- Mémoire de master santé et sport : Lille : Faculté des sciences du sport et de l'éducation physique : 2009  
 Disponible sur : <http://www.irbms.com/rubriques/DOCUMENTS/emilie-bafcop-obesite-activite-physique.pdf> Page consultée le 12/10/2013
- [12] Dijuste Catherine. L'Obésité [en ligne] – Collectif national des associations d'obèses Paris : 2011  
 Disponible sur: [http://www.cnao.fr/default.asp?cat\\_id=13](http://www.cnao.fr/default.asp?cat_id=13) Page consultée le 20/09/2013
- [13] Carneiro De Castro, E. *Les problématiques psychiques à l'œuvre dans l'obésité morbide des femmes* [Thèse en ligne]. Strasbourg : Université de Strasbourg : Laboratoire de Psychologie de la Famille et de la Filiation (LPF).Format PDF  
 Disponible sur : <http://urp-scls.u-strasbg.fr/castro.pdf> Page consultée le 12/10/2013
- [14] D'Antin De Vaillac, Adélaïde.  
*Peut-on dresser un profil psychologique de l'obésité ? Etude clinique de la violence dans la dynamique de personnes obèses.*  
 Mémoire du Master 2 professionnel « Psychothérapies et Psychopathologies » : Toulouse : UFR de psychologie « Département de Psychopathologie Clinique, de Psychologie de la Santé et de Neurosciences » : 2011, 56p
- [15] Apfeldorfer G., Zermati J-P. La restriction cognitive face à l'obésité, histoire des idées, description clinique. 2001, 30, 32, 1575-1580© Masson Editeur Article paru dans La Presse Médicale.  
 Disponible sur : <http://www.gros.org/ressources/bibliographie/la-restriction-cognitive-face-llobesite-histoire-des-idees-description-clini> Page consultée le 12/10/2013
- [16] *Définition: Estime de soi.* Psychologie.com. Février 2010  
 Disponible sur: <http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Estime-de-soi>. Page consultée le 12/10/2013
- [17] Salomé Jacques. *Le biberon relationnel.* Psychologie .com.  
 Disponible sur: <http://www.psychologies.com/Famille/Relations-familiales/Parents/Articles-et-Dossiers/Le-biberon-relationnel> Page consultée le : 12/10/2013
- [18] Quintilla B. *La perception de soi.*  
 Disponible sur : <http://www.nutritionnel.com/perception-de-soi.html> Page consultée le 12/10/2013
- [19] Apfeldorfer G. *Comportement alimentaire.* 2011  
 Disponible sur : <http://www.gros.org/sinformer/comportement-alimentaire/orientation-psychoanalytique> Page consultée le : 12/10/2013
- [20] Allegrofortissimo – Forum de discussion : Livre noir [en ligne]  
 Disponible sur <http://www.allegrofortissimo.com/livre noir1.htm> Page consultée le 20/10/2013
- [21] BERGERET, Catherine. *Le mystère des mères.* Paris : Desclée de Brouwer, 2005, 183p.
- [22] INPES *Le vécu de la grossesse par les femmes.* Fiche conseil. 2010  
 Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3s.pdf> Page consultée le 20/10/2013
- [23] Etude Nutrinet santé - Unité de Recherche en Epidémiologie Nutritionnelle - UFR SMBH - Université Paris 1

Disponible sur : <https://www.etude-nutrinet-sante.fr/fr/common/login.aspx> Page consultée le 07/12/2013

[24] Amadiou, Jean-François. *Le poids des apparences*. Paris : Odile Jacob, 2002, 215p [24-26]

[25] Ushma J. Mehta, Anna Maria Siega-Riz, Amy H. Herring. *Effect of Body Image on Pregnancy Weight Gain*. *Matern Child Health J.* 2011;15(3):324-332.

Disponible sur: <http://www.medscape.com/medline/abstract/23329166> Page consultée le 02/01/2014

[26] Carole Clair, Jacques Cornuz, Ivan Berlin. *Tabagisme, obésité et diabète : une interaction cliniquement importante*. *Rev Med Suisse* 2011;7:2338-2342

Disponible sur : <http://rms.medhyg.ch/numero-319-page-2338.htm> Page consultée le 28/01/2014

[27] Pruvost J. *Sports et grossesse : Moins de risque qu'on ne le pense ?*

Disponible sur: [http://www.msport.net/newSite/index.php?op=aff\\_article&id\\_article=1099](http://www.msport.net/newSite/index.php?op=aff_article&id_article=1099)  
Page consultée le 10/01/2014

[28] Bacquaert Patrick. *Le sport pendant la grossesse*. Institut de recherche du bien-être de la médecine et du sport. 2008

Disponible sur: <http://www.irbms.com/sport-pendant-la-grossesse> Page consultée le 22/12/2013

[29] Stephanie-May Ruchat, Margie H. Davenport, and al. *Nutrition and Exercise Reduce Excessive Weight Gain in Normal-Weight Pregnant Women*. *Medi Sc Spo Exerc J.* 2012; 44(8):1419-1426

Disponible sur : [http://www.medscape.com/viewarticle/768109\\_4](http://www.medscape.com/viewarticle/768109_4) Page consultée le 03/01/2014

[30] Ida Tanentsapf, Berit L Heitmann and Amanda RA Adegboye. *Systematic review of clinical trials on dietary interventions to prevent excessive weight gain during pregnancy among normal weight, overweight and obese women*. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2011, 11:81

Disponible sur : <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/11/81> Page consultée le 04/01/2014

[31] Streuling I, Beyerlein A, Von Kreis R *Can gestational weight gain be modified by increasing physical activity and diet counseling? A meta-analysis of interventional trials*. *The american journal of clinical nutrition*. 9 juillet 2010

Disponible sur: <http://ajcn.nutrition.org/content/92/4/678#fn-1> page consultée le 04/01/2014

[32] Hemmens Eric. *Rapport préliminaire : surpoids et grossesse : le vécu des femmes*. Le Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes. Canada. Mai 2011

[33] De Saint Pol T. *Obésité : "le gros qui se laisse aller", une idée reçue même chez les médecins*. *Le Nouvel Observateur*. 30-04-2013

Disponible sur : <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/850000-obesite-le-gros-qui-se-laisse-aller-une-idee-recue-meme-chez-les-medecins.html> Page consultée le 05/01/2014

[34] Gudzone K., Beach M-C. Roter D. and al. *Physicians build less rapport with obese patients*. *Obesity Journal* Volume 21, Issue 10, pages 2146–2152, October 2013

Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.20384/abstract> Page consultée le 05/01/2014

- [35] Polley BA, Wing RR, Sims CJ. *Randomized controlled trial to prevent excessive weight gain in pregnant women*. Int J Obe Rel Metabol Disord. 2002; 26(11):1494–502.  
Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12439652> Page consultée le 04/01/2014
- [36] Phelan S, Phipps MG, Abrams B, and al.. *Randomized trial of a behavioral intervention to prevent excessive gestational weight gain: the Fit for Delivery Study*. Am J Clin Nutri. 2011;93(4):772–9  
Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21310836> Page consultée le 04/01/2014
- [37] Crozier SR, Inskip HM, Godfrey KM, et al. *Weight gain in pregnancy and childhood body composition: findings from the Southampton Women's Survey*. Am J Clin Nutri. 2010;91(6): 1745–51. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20375187> Page consultée le 04/01/2014
- [38] Oken E, Taveras EM, Kleinman KP, and al. *Gestational weight gain and child adiposity at age 3 years*. Am J Obstet Gynecol. 2007;196(4):322 e1–8.  
Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17403405> Page consultée le 04/01/2014
- [39] Schack-Nielsen L, Michaelsen KF, Gamborg M, and al. *Gestational weight gain in relation to offspring body mass index and obesity from infancy through adulthood*. Int J Obes (Lond). 2009;34(1):67–74.  
Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19918246> Page consultée le 04/01/2014
- [40] Oken E, Kleinman KP, Belfort MB, and al. *Associations of gestational weight gain with short- and longer-term maternal and child health outcomes*. Am J Epidemiol. 2009;170(2): 173–80.  
Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19439579> Page consultée le 04/01/2014
- [41] Anderson P. Bidirectional Link Between Depression and Obesity Confirmed. Medscape medical news. March 04, 2010  
Disponible sur : <http://www.medscape.com/viewarticle/718012> Page consultée le 04/01/2014
- [42] Sean G. Connolly. *Self Esteem, Insecurity and Obesity*. Obesity Action Coalition.  
Disponible sur : <http://www.obesityaction.org/educational-resources/resource-articles-2/general-articles/self-esteem-insecurity-and-obesity> Page consultée le 04/01/2014
- [43] W. Ketata, J. Aloulou, N. Charfi, et al. *Prévalence et facteurs corrélés à une faible estime de soi chez le sujet obèse*. Obesity J. September 2010, Volume 5, Issue 3, pp 45-50  
Disponible sur : <http://link.springer.com/article/10.1007/s11690-010-0234-9#page-1> Page consultée le 04/01/2013
- [44] Sui Z; Turnbull DA; Dodd JM. *Overweight and obese women's perceptions about making healthy change during pregnancy: a mixed method study*. Matern Child Health J. 2013; 17(10):1879-87 (ISSN: 1573-6628)  
Disponible sur : <http://link.springer.com/article/10.1007/s10995-012-1211-8#page-1> Page consultée le 04/01/2014
- [45] Nyman VM, Prebensen AK, Flensner GE. *Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth*. Midwifery. 2010; 26(4):424-9 (ISSN: 1532-3099)  
Disponible sur: <http://reference.medscape.com/medline/abstract/19100667> Page consultée le 12/01/2014

[46] Inspection générale des affaires sociales. *Evaluation du programme national nutrition santé: PNNS2 2006-2010*

Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000214/0000.pdf>

Page consultée le: 31/01/2014

[47] Deriot Gérard, au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé *La prévention et la prise en charge de l'obésité*. Octobre 2005

Disponible sur: [http://www.senat.fr/rap/r05-008/r05-008\\_mono.html](http://www.senat.fr/rap/r05-008/r05-008_mono.html)

Page consultée le 31/01/2014

## Annexe 1: Rappels du rôle des nutriments

### › Protéines et acides aminés

Les protéines sont les éléments « bâtisseurs » de nos cellules. Elles représentent notre principale source d'énergie et sont nécessaires au déroulement de l'ensemble des processus métaboliques.

L'alimentation nous apporte des protéines animales (viandes, poissons, œufs et laitages) et végétales (légumes secs, céréales et soja).

Une protéine est constituée par un enchaînement d'acides aminés qui sont libérés dans l'organisme lors de la digestion. Certains acides aminés peuvent être fabriqués par l'organisme, mais d'autres doivent obligatoirement être fournis par l'alimentation. Ces derniers sont appelés 'acides aminés indispensables '.

**Equivalence énergétique des protéines** : 1 g de protides = 4 kcal = 17 KJ.

### › Lipides et acides gras

Les graisses alimentaires (ou lipides) sont des constituants indispensables du corps. Notre cerveau par exemple, est constitué pour moitié de matières grasses. Cependant, les besoins en lipides ne sont pas élevés.

Par ailleurs, les lipides nous servent de réserve énergétique sollicitée en cas de carence prolongée. Enfin, ils sont les seuls à nous apporter les vitamines A, E et K. Les sources alimentaires de lipides sont animales (œufs, viandes, poissons, charcuteries, beurre, crème et fromages) ou végétales (huiles, margarine et fruits oléagineux). Les lipides sont formés par des acides gras (saturés ou insaturés).

**Equivalence énergétique des lipides** : 1 g de lipides = 9 kcal = 38 KJ

### › Les glucides

Les glucides ont surtout un rôle énergétique. Ils constituent notre principale source d'énergie en nous fournissant du glucose, combustible de toutes les cellules de notre corps. Ainsi, pour le cerveau, le glucose est la seule source d'énergie utilisable.

Les sources alimentaires sont surtout végétales : dans les légumineuses, les céréales et les pommes de terre sous forme d'amidon, mais aussi dans les fruits, les légumes, la betterave ou la canne à sucre.

On distingue :

- Les sucres rapides : à courte chaîne. Ils sont rapidement digérés augmentant brusquement la glycémie.

- Les sucres lents : à longue chaîne. Ils sont dégradés plus lentement, augmentant progressivement la glycémie.

**Equivalence énergétique des glucides** 1g de glucose = 4 kcal = 17 KJ

› Les fibres alimentaires

Les fibres sont des substances d'origine végétale qui échappent à la digestion dans l'intestin grêle de l'homme sain.

Les fibres alimentaires jouent un grand rôle dans l'équilibre nutritionnel et le métabolisme du corps : régulation du transit intestinal, contrôle de la prise alimentaire par l'effet de satiété qu'elles engendrent.

**Equivalence énergétique de fibres** 1 g de fibres = 0 kcal

› Les minéraux ( $\text{Ca}^{2+}$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Na}^+$ ,  $\text{Mg}^{2+}$ ...)

Les minéraux ne sont pas une source d'énergie, mais ils sont souvent incorporés dans les structures cellulaires (membranes cellulaires, os...). Ils doivent être apportés par l'alimentation car l'organisme ne peut les fabriquer lui-même. Par ailleurs, les minéraux sont indispensables à l'activité des hormones et surtout des enzymes.

› Les oligo-éléments

Ils sont présents en très petites quantités dans notre organisme mais ils interviennent dans de nombreuses réactions métaboliques. Les principaux sont : le Fer, le Zinc, le Cuivre, le Chrome, le Sélénium, l'Iode, le Manganèse et le Cobalt.

› Les vitamines

Elles sont nécessaires à la vie et au bon fonctionnement de l'organisme. Une alimentation diversifiée et équilibrée couvre les besoins en vitamines.

› Les boissons

Il faut boire en moyenne 1,5 l d'eau/jour. C'est important pour l'hydratation des cellules et l'élimination de certains déchets au niveau rénal.



- La profession de votre conjoint :

01- Agriculteur 02- Artisan, commerçant 03- Cadre (profession libérale, professeur, ingénieur, ...) 04- Profession intermédiaire (institutrice, infirmière, technicienne, contremaître...) 05- Employé de la fonction publique ou administrative des entreprises	06- Employé de commerce 07- Personnel de service pour les particuliers 08- Ouvrier qualifiée 09- Ouvrier non qualifiée 10- Etudiant 00- Pas de profession habituelle
--	---

- Actuellement vous êtes :

1 - En activité      2 - Au chômage      3 - En arrêt de travail      4 - En congé maternité

- Quel est le dernier diplôme qui vous ayez obtenu ?

1 - aucun      2 - CAP/BEP      3 - Bac      4 - Bac +1/+2      5 - Bac + 3 et +

- Souffriez-vous d'une pathologie avant la grossesse

Hypertension artérielle      1 - OUI      2 - NON  
Diabète      1 - OUI      2 - NON  
Hypercholestérolémie      1 - OUI      2 - NON  
Autre (précisez) : .....

- Fumez vous :

- Avant la grossesse      1 - OUI      2 - NON  
- Pendant la grossesse      1 - OUI      2 - NON

- Etes-vous facilement stressée, angoissée :

1 - Très souvent      2 - Assez souvent      3 - Rarement      4 - Jamais

- Avez-vous déjà souffert d'une dépression : 1- OUI      2- NON

- Avez-vous déjà consulté un psychologue ? 1- OUI      2- NON

Si oui merci de préciser le motif : .....

- Faites-vous du sport régulièrement en dehors de la grossesse : 1 - OUI      2 - NON

- Si oui lequel : .....

- Pendant combien de temps :

1 - 1h/ quinzaine      2 - 1h/semaine      3 - Entre 1 et 3h / semaine

- Avez-vous continué le sport pendant la grossesse ?      OUI      NON

- Si oui pendant combien de temps :

1 - 1h/ quinzaine      2 - 1h/semaine      3 - Entre 1 et 3h / semaine

Jusqu'à quel stade de la grossesse (Nombre de mois de grossesse) : .....

- Avez-vous tendance à grignoter entre les repas :

- avant la grossesse      1 - OUI      2 - NON

- pendant la grossesse      1 - OUI      2 - NON

- Selon vous, l'alimentation pendant la grossesse : (une seule réponse)

1 - Il faut y faire très attention, repas très stricts pauvres en calories  
2 - c'est l'occasion de se faire plaisir sans faire attention aux calories  
3 - Il faut garder les mêmes habitudes alimentaires  
4 - C'est une alimentation saine mais sans restriction

- Selon-vous, quelle est la prise de poids « idéal » pour une femme pendant la grossesse ?  
1 - Moins de 8kg 2 - Moins de 12 kg 3 - Moins de 15 kg 4 - Moins de 20 kg  
5 - Cela dépend du poids en début de grossesse 6 - Il n'y a pas de limite précise

- Quelle est pour vous votre prise de poids idéale ? .....kg

- Entourez la/ les propositions qui vous semble(nt) correcte(s) :

Lors de la grossesse :

- \* une femme mince **doit** rester mince
- \* une femme mince **peut** prendre du poids
- \* une femme mince **doit** prendre du poids
- \* une femme en surpoids **peut** rester en surpoids
- \* une femme en surpoids **doit** perdre du poids
- \* une femme en surpoids **doit** prendre du poids
- \* une femme en surpoids **peut** prendre du poids

- Pensez-vous que le surpoids pendant la grossesse est plus accepté aux yeux de la société? 1 - OUI 2 – NON

- Depuis que vous êtes enceinte avez-vous modifié vos habitudes alimentaires ?

- 1 - Non je n'ai rien changé 2 - Oui, je fais moins attention  
3 - Oui, je fais plus attention 4 - Oui j'ai complètement modifié mes habitudes

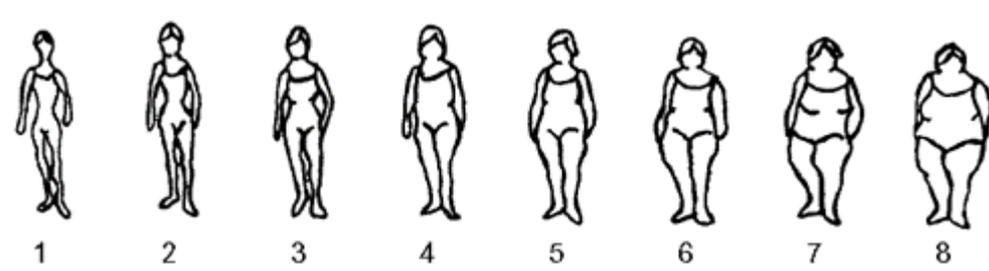
## B) Image du corps

- Vous sentez-vous jugée par rapport à votre poids ?

- Par votre conjoint ? 1 - OUI 2 - NON  
Par vos enfants ? 1 - OUI 2 - NON  
Par votre famille (frères, sœurs, parents)? 1 - OUI 2 - NON  
Par vos amis ? 1 - OUI 2 - NON  
Par le personnel médical ? 1 - OUI 2 – NON

- Vous sentez-vous en surpoids à ce jour : 1 - OUI 2 – NON
- Vous sentiez-vous en surpoids avant la grossesse : 1 - OUI 2 – NON

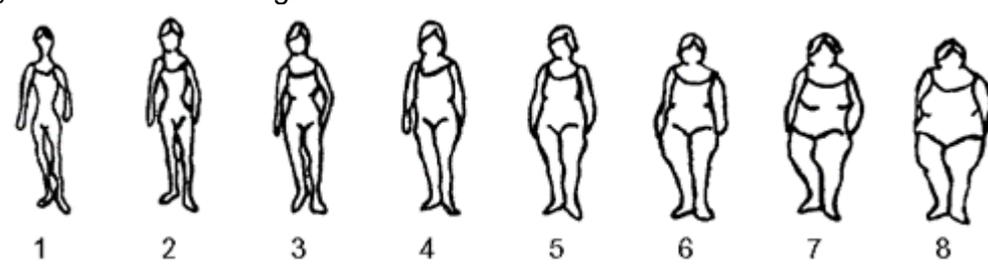
- Sur le schéma suivant, entourez l'image qui, selon vous, vous représentait le mieux **avant la grossesse**.



L'image que vous avez entouré :

- 1 - vous convient 2 - vous dérange 3 - vous est insupportable 4 - vous est égal

- Sur le schéma suivant, entourez l'image qui, selon vous, vous représente le mieux à **ce jour**, à ce stade de votre grossesse.



L'image que vous avez entouré :

1 - vous convient    2 - vous dérange    3 - vous est insupportable    4 -vous est égal

***Si vous vous sentez en surpoids, merci de répondre aux questions suivantes, sinon merci de vous rendre directement à la question marquée d'un \* à la page suivante :***

- Depuis quand êtes-vous en surpoids ?

1 - Moins d'un an    2 - Moins de 5 ans    3 - plus de 5 ans    4 - Depuis l'adolescence    5 - Depuis l'enfance

- Y a-t-il eu un événement qui vous a fait prendre du poids ?    1 - OUI    2 - NON

– Si oui, lequel ? (plusieurs réponses possibles)

- \* adolescence
- \* grossesse
- \* décès
- \* dépression
- \* rupture, divorce
- \* licenciement
- \* traitement médical
- \* autre (précisez) : .....

- \* Avez-vous déjà fait au moins une fois un régime?    1 - OUI    2 - NON

– Si oui, a-t-il/ont -ils fonctionné ?    1 - OUI    2 - NON

- Pouvez-vous parler de votre poids avec le personnel médical (médecin, sage-femme, aide-soignante, infirmière...) ?    1 - OUI    2 - NON

- Vous a-t-on déjà fait des remarques sur votre poids ?    1 - OUI    2 - NON

– Si oui qui ? (plusieurs réponses possibles)

- \* médecin
- \* sage-femme
- \* famille
- \* amis
- \* autre (précisez):.....

– Si oui quel type de propos? (réponse ouverte) :

.....

- Avez-vous le sentiment que le personnel médical traite les personnes différemment selon leur poids ?    1 - OUI    2 - NON

- Avez-vous été témoin, pour vous ou une autre personne, de regards particuliers, sourires moqueurs, que vous avez mis sur le compte de l'aspect physique ?    1 - OUI    2 - NON

### C) Votre état psychologique

- Lorsque vous vous sentez malheureuse, angoissée, ressentez-vous plus le besoin de manger :      1 - OUI                      2 – NON
  - Avez-vous déjà fait des crises de « boulimies » (Manger en grande quantité et très rapidement)
    - avant la grossesse                      1 - OUI                      2 - NON
    - pendant la grossesse                      1 - OUI                      2 - NON
- Si oui qu'avez-vous fait suite à ces crises ?
- .....

- Aimerez-vous qu'on vous propose de rencontrer un nutritionniste pendant la grossesse ?  
1 – OUI                      2 – NON

- Aimerez-vous qu'on vous propose de rencontrer un psychologue pendant la grossesse?  
1 – OUI                      2 – NON

- Pensez-vous qu'il y ait une part psychologique de la prise de poids ?  
1 – OUI                      2 – NON

- Sur une échelle graduée de 0 à 10 quelle note attribuez-vous à votre niveau de bonheur, plaisir:

– avant la grossesse :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malheureuse										Heureuse

– à ce jour :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malheureuse										Heureuse

- Sur une échelle de 0 à 10 à quel niveau appréciez-vous le regard des autres sur votre physique?

– Avant la grossesse :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout										Totalemment

– Pendant la grossesse

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout										Totalemment

- Sur une échelle de 0 à 10, quelle estime avez vous de vous même ?
- |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------|
| 0             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                |
| Aucune estime |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Très bonne estime |

**Je vous remercie du temps et de l'attention que vous avez portés à ce questionnaire.**

# RESUME

Objectifs : L'objectif premier de ce travail était d'étudier le vécu des femmes vis à vis de leur poids, pendant la grossesse. Il s'agissait de déterminer si la grossesse était le moment opportun pour aborder le sujet du surpoids ou de l'obésité et de tenter d'y apporter des solutions, qu'elles soient psychologiques et/ou nutritionnelles.

Méthode : Il s'agit d'une étude cas-témoin dont le recueil de données a été réalisé grâce à un questionnaire proposé à l'ensemble des patientes venant en consultation de suivi de grossesse dans les services de consultations « classiques » et du suivi intensif de grossesse de l'hôpital mère-enfant, au CHU de Nantes.

224 questionnaires ont été récupérés entre le 19 juillet et le 31 octobre 2013.

Résultats : La plupart des personnes interrogées en surpoids le sont depuis moins de 5 ans et l'événement déclencheur de ce surpoids est dans 40 % des cas la grossesse.

21% des femmes pensent que les professionnels de santé portent un jugement sur leur poids et 17% se sentent jugées par leur famille. 1 personne sur 2 a déjà subi des remarques sur son poids. 53% des remarques provenaient de la famille et 46% du personnel médical.

La population obèse a tendance à plus manger dans des situations de stress ou d'angoisse. Ces femmes apprécient moins le regard des autres sur leur physique à la fois avant et pendant la grossesse et ont aussi en moyenne une plus faible estime d'elle-même par rapport à la population ayant un poids normal.

Conclusion : La grossesse est un moment privilégié pendant lequel la femme est à l'écoute des conseils des professionnels de santé. Il faut cependant pouvoir informer et orienter sans culpabiliser pour permettre une prise en charge optimale.

Enfin, il faudrait déterminer l'efficacité sur le long terme d'une prise en charge nutritionnelle pendant la grossesse et évaluer son coût. Cela pourrait permettre de réduire l'obésité féminine et par extension l'obésité infantile.

Mots Clés : Surpoids, Obésité, Grossesse, Estime de soi, Image du corps, Nutrition.