



HAL
open science

Évolution pondérale des femmes dans le post-partum : étude multicentrique prospective menée dans deux maternités de niveau IIA et IIB

Maxime Mannella

► **To cite this version:**

Maxime Mannella. Évolution pondérale des femmes dans le post-partum : étude multicentrique prospective menée dans deux maternités de niveau IIA et IIB. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01444775

HAL Id: dumas-01444775

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01444775>

Submitted on 24 Jan 2017

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

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

**UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET DE MAÏEUTIQUE
FILIERE MAÏEUTIQUE**

**EVOLUTION PONDERALE DES FEMMES
DANS LE POST-PARTUM**

Etude multicentrique prospective menée dans deux maternités de niveaux IIA et IIB.

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Présenté et soutenu par

Maxime MANNELLA

Sous la direction du Dr Pierrette PERIMENIS–Endocrinologue.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015-2016

**UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET DE MAÏEUTIQUE
FILIERE MAÏEUTIQUE**

**EVOLUTION PONDERALE DES FEMMES
DANS LE POST-PARTUM**

Etude multicentrique prospective menée dans deux maternités de niveau IIA et IIB.

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Présenté et soutenu par

Maxime MANNELLA

Sous la direction du Dr Pierrette PERIMENIS–Endocrinologue.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015-2016

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Mme Pierrette PERIMENIS et Mme Isabelle VAAST pour leur écoute et leur soutien tout au long de ce travail de mémoire, ainsi que Mr Romain DEMAILLY pour son aide dans l'analyse statistique des données.

Je tiens à remercier les cadres sages-femmes et chefs de service de gynécologie-obstétrique qui m'ont permis de mener mon étude dans les différents établissements de santé.

Je tiens à remercier les bibliothécaires de la Bibliothèque Universitaire Vauban pour leur disponibilité et leur gentillesse.

Je tiens à remercier les patientes qui ont participé à cette étude et sans qui ce mémoire n'aurait pas pu aboutir.

Je tiens à remercier ma famille pour leur patience et leurs relectures.

Je tiens à remercier mes amis pour leur présence et leurs conseils.

SOMMAIRE

1.	GLOSSAIRE	2
2.	INTRODUCTION	3
3.	MATERIEL ET METHODE	5
3.1.	Type d'étude	5
3.2.	Terrain	5
3.3.	Population – critères d'inclusion	5
3.4.	Critères d'exclusion	5
3.5.	Critères de jugement	5
3.6.	Outil	6
3.7.	Mode de recueil des données	6
3.8.	Durée de l'étude	7
3.9.	Considérations éthiques et autorisations	7
3.10.	Méthode d'analyse	7
4.	RESULTATS	8
4.1.	Définition de l'échantillon	8
4.2.	Présentation de la population avant l'accouchement	8
4.2.1.	Age des patientes à l'accouchement	8
4.2.2.	IMC préconceptionnel	9
4.2.3.	Prise de poids pendant la grossesse.	9
4.2.4.	Mode de vie des patientes pendant la grossesse.	13
4.2.5.	Qualité du suivi.....	13
4.2.6.	Mode d'accouchement et mode d'alimentation choisi par la population	13
4.3.	Etude de la population dans la période du post-partum.	13
4.3.1.	Evolution pondérale	13
4.3.2.	Etude de différents facteurs pouvant influencer la variation pondérale du post-partum ..	14
4.3.3.	Etat des lieux à la fin de l'étude	20
5.	ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS	21
5.1.	Apports, limites et choix méthodologiques	21
5.1.1.	Difficultés	21
5.1.2.	Limites et biais	21
5.1.3.	Points positifs	22
5.2.	Analyse et discussion	22
5.2.1.	Rôles de l'âge maternel et de la parité dans l'évolution pondérale	22
5.2.2.	Impact de l'IMC sur la variation pondérale	23
5.2.3.	Influence de la qualité du suivi sur l'évolution pondérale	24
5.2.4.	Influence des conseils délivrés en périnatalité sur l'évolution pondérale	26
5.2.5.	Rôles des activités physique et professionnelle sur la variation pondérale	26
5.2.6.	Rôle du suivi d'un régime spécifique.....	27
5.2.7.	Impact du tabac dans l'évolution pondérale.....	27
5.2.8.	Influence du mode d'alimentation des nouveau-nés	28
5.2.9.	Rôle de la motivation personnelle sur l'évolution pondérale	29
5.2.10.	Influence de la satisfaction pondérale sur l'évolution du poids	30
6.	CONCLUSION	32
7.	BIBLIOGRAPHIE	34
8.	ANNEXES	36
8.1.	Grille de recueil de données :.....	36
8.2.	Notice d'information et de consentement :	38

1. GLOSSAIRE

IMC

Indice de masse corporelle

CIER

Comité Interne d’Ethique de la Recherche médicale

CPN

Consultation prénatale

M (1 ; 2 ; 3 ; 4)

Mois (1 ; 2 ; 3 ; 4)

p

Prévalence

Fig

Figure

OMS

Organisation Mondiale de la Santé

PRADO

Programme de Retour et d’Accompagnement au Domicile

CNGOF

Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France

2. INTRODUCTION

En France la lutte contre l'obésité est un enjeu de Santé Publique majeur [1; 2]. On parle d'obésité chez une patiente lorsque son indice de masse corporelle (IMC) est supérieur ou égal à 30. L'obésité se définit comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé de façon importante. Elle est multifactorielle, souvent secondaire à une surconsommation de nourriture, une malnutrition, une sédentarité, des perturbations du sommeil et bien d'autres facteurs obésogènes internes et externes... [3]. Elle peut être responsable de maladies métaboliques (hypertension artérielle, maladies cardio-vasculaires, diabète de type 2... [4]), de conséquences psychologiques (dépression) [5], de stigmatisation et de discrimination (embauche plus difficile...) [6]. C'est donc pour l'intérêt de la société et des patients en surpoids que sont mis en œuvre des moyens de prévention et des traitements hygiéno-diététiques, médicamenteux ou chirurgicaux [7].

Or, on sait que la grossesse est une période propice à un gain important et rapide de poids [8]. Bien sûr, cette prise de poids pendant la grossesse est différente d'un individu à l'autre mais on l'estime en moyenne normale aux alentours de 11.5kg jusqu'à 16 kg [9]. Cette prise de poids est variable également selon le terme de la grossesse et se répartit dans différentes parties du corps : le fœtus, ses annexes, la densité musculaire et osseuse de la patiente qui se modifie ainsi qu'en un stockage à but énergétique de graisse corporelle. Il y a une transformation physiologique du corps de la femme enceinte dans le but de mettre un enfant au monde ce qui peut amener parfois à une prise de poids excessive durant la grossesse. De plus, on peut constater un regard empathique de la société vis-à-vis de la prise de poids des femmes enceintes et il n'est pas rare d'entendre de la part des proches d'une patiente des encouragements à une alimentation accrue durant cette période pour un soi-disant bénéfice pour le fœtus.

Heureusement, tout au long de la grossesse, l'hygiène de vie de la patiente fait l'objet d'une attention particulière [10] pour les différents professionnels de la périnatalité. On pourra ainsi tout au long d'un suivi régulier de la grossesse (entretien prénatal précoce, consultations prénatales, échographies de contrôle...) rappeler les bonnes règles d'hygiène alimentaire et conseiller à la patiente un mode de vie sain.

Malheureusement, ce n'est plus le cas dans la période du post-partum. En effet, une fois l'enfant né, le regard de la société se porte davantage sur lui que sur la mère. Il y a alors plus de grignotage, de malnutrition car elles ont peu de temps pour le sport, une image corporelle détériorée par la grossesse... [11]. C'est là que l'obésité peut s'installer, pourvoyeuse de pathologies métaboliques à long terme.

Cette méconnaissance de la période du post-partum, ou désintérêt, se traduit par une pauvreté de littérature à propos de l'évolution pondérale des patientes.

Qu'en est-il de l'évolution pondérale des femmes dans le post-partum ?

L'objectif principal de cette étude est donc de définir l'évolution pondérale des femmes dans le post-partum, avec pour objectif secondaire la définition des facteurs prédictifs associés à une éventuelle prise pondérale pouvant aboutir à une obésité future.

3. MATERIEL ET METHODE

3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective et quantitative.

3.2. Terrain

Cette étude est bi-centrique et a concerné une maternité de niveau IIA et une maternité de niveau IIB.

3.3. Population – critères d'inclusion

Pour population cible, il a été choisi de questionner des patientes primipares et multipares ayant accouché sur une période de deux mois : août et septembre 2015.

3.4. Critères d'exclusion

Ont été exclues :

- les patientes mineures
- les patientes ne parlant pas la langue française (dans un souci de simplicité)
- les patientes n'ayant pas la possibilité de se peser mensuellement
- les patientes présentant un suivi psychologique quelconque préalable

3.5. Critères de jugement

Etaient abordés dans les entretiens:

- Critère de jugement principal : poids mensuel sur les 4 mois après l'accouchement.
- Critères de jugement secondaires :

Liés à l'état général et à la grossesse :

- l'âge
- la taille
- le poids préconceptionnel

- le BMI préconceptionnel
- la parité
- le terme
- la préexistence de pathologie éventuelle influençant la qualité du suivi médical
- le mode d'accouchement
- les addictions
- l'activité physique régulière pendant la grossesse
- l'activité professionnelle pendant la grossesse
- un régime spécial pendant la grossesse ou suivi diététique
- la prise de poids pendant la grossesse
- le bon suivi de la grossesse
- la préoccupation de la prise de poids pendant la grossesse
- la réalisation d'un entretien prénatal précoce

Liés au post-partum :

- l'allaitement maternel
- la reprise du travail ou d'une activité physique régulière
- la modification de l'alimentation après l'accouchement
- la surveillance du poids
- la poursuite du tabac
- le désir de perte de poids depuis l'accouchement
- la satisfaction du poids au fil de l'étude
- les conseils donnés par les professionnels de la diététique et de la périnatalité.
- la survenue d'un évènement notable
- l'initiation d'un traitement médicamenteux après l'accouchement

3.6. Outil

Une grille d'entretien principalement à questions fermées a été élaborée ainsi qu'un formulaire de non opposition à la participation à l'étude, qui a été remis à chaque patiente.

3.7. Mode de recueil des données

Les informations ont été recueillies auprès de patientes en deux temps. Une première fois, durant leur séjour en maternité, puis par téléphone à raison d'une fois par mois pendant quatre mois à partir de leur date d'accouchement.

Les patientes ont répondu à un questionnaire et certaines données ont été récupérées dans leur dossier médical. Les réponses obtenues ont été retranscrites à chaque fois dans une grille de recueil de données propre à chaque patiente.

Dans un deuxième temps, ont été récupérées des informations au cours d'un entretien téléphonique à raison d'une fois par mois pendant quatre mois à partir de leur date d'accouchement.

Il a été permis de rappeler trois fois la patiente, chaque mois, avant de la considérer comme perdue de vue en l'absence de réponse de sa part, ce, dans le but d'avoir un nombre maximal de patientes.

3.8. Durée de l'étude

L'étude a démarré au début du mois d'août 2015 et s'est terminée au mois de janvier 2016.

3.9. Considérations éthiques et autorisations

Avant de démarrer l'étude, a été soumis au comité d'éthique, le CIER le projet de mémoire, une demande d'autorisation pour mener l'étude, le contenu du questionnaire, ainsi que les documents de consentement à distribuer aux patientes. De plus, il a fallu obtenir l'autorisation auprès de ce comité d'éthique pour avoir accès aux données du dossier médical des patientes. Aussi, les autorisations des sages-femmes cadres des deux services concernés étaient requises.

Pour récolter toutes ces informations, un formulaire de consentement a d'abord été réalisé puis a été distribué en main propre lors d'un premier entretien, aux patientes en maternité. Il leur a été expliqué les modalités et les finalités de l'étude afin de recueillir leurs consentements écrit et oral à y participer.

3.10. Méthode d'analyse

Le logiciel Excel a permis de traiter et d'analyser les données recueillies ainsi que le logiciel de statistiques R. De plus, divers tests statistiques ont été nécessaires :

- Le test de corrélation de Pearson pour étudier l'association entre deux variables liées.
- Le test d'analyse de variances (Anova) pour étudier l'association entre des variables catégorielles à plus de deux classes.
- Le test de Student pour comparer des moyennes.

Les moyennes ont été présentées chacune avec leur écart-type associé.

4. RESULTATS

4.1. Définition de l'échantillon

On a pu recueillir 211 consentements sur 540 patientes ayant accouché durant la période du recrutement. Au terme des quatre mois, il restait 169 patientes ayant répondu à l'entretien téléphonique soit 42 patientes perdues de vue ou 19.9% de l'échantillon initial (Fig. 1).

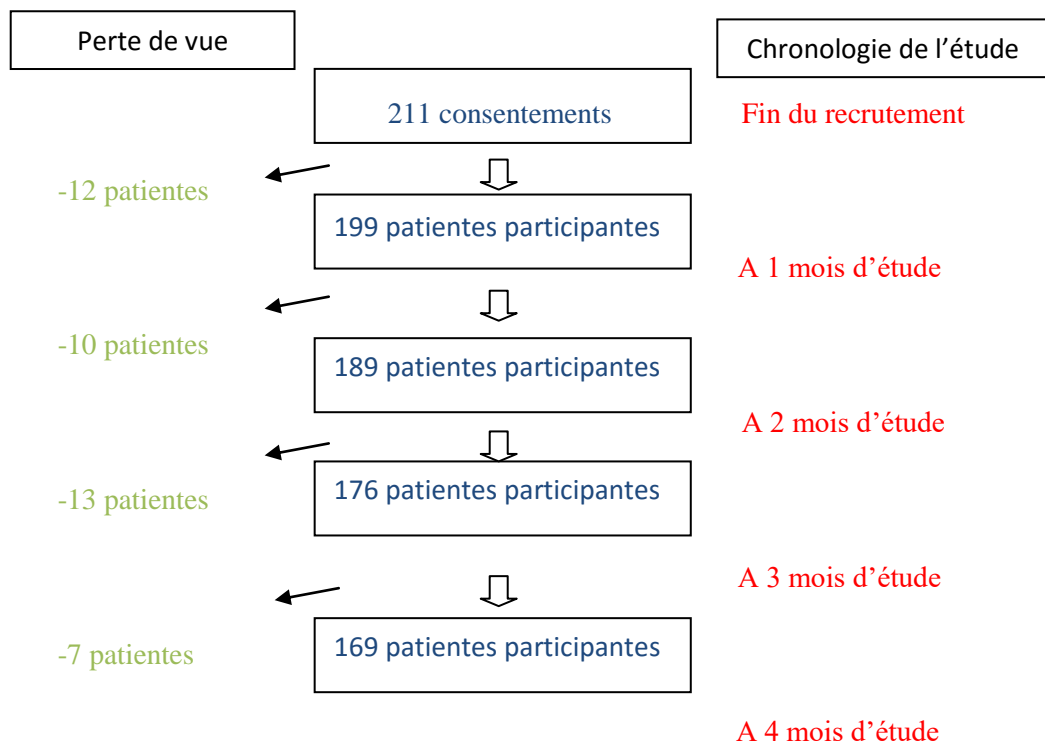


Figure 1 : Diagramme de flux

4.2. Présentation de la population avant l'accouchement

4.2.1. Age des patientes à l'accouchement

La moyenne d'âge des patientes est de $28,25 \pm 5.54$ ans.

On note que 65.4% de la population a entre 25 et 35 ans (Fig. 2).

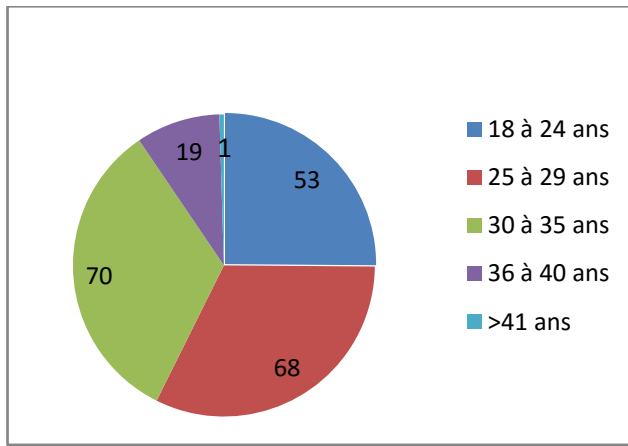


Figure 2 : Age de la population à l'accouchement

4.2.2. IMC préconceptionnel

On note que 59 % de la population étudiée avait un IMC préconceptionnel dans la norme, soit entre 18 et 25 kg/m² (Fig. 3).

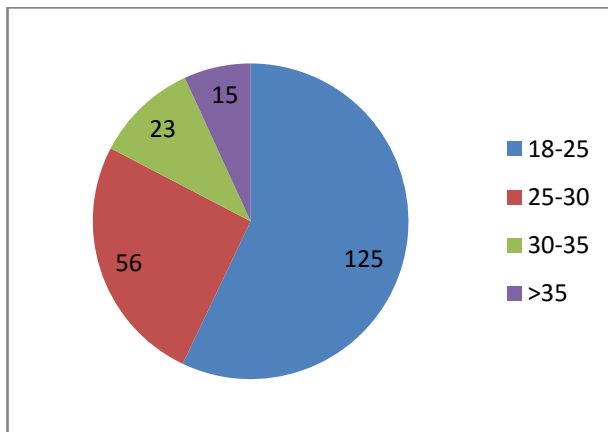


Figure 3 : IMC préconceptionnel de la population (kg/m²)

4.2.3. Prise de poids pendant la grossesse.

4.2.3.1. Prise de poids moyenne

La prise de poids moyenne de l'échantillon pendant la grossesse était de 11.7 ± 6.8 kg.

4.2.3.2. Variation de la prise de poids en fonction de l'IMC préconceptionnel

On n'observe pas de variation significative globale de la prise de poids en fonction de l'IMC préconceptionnel ($p=0.35$) (Fig. 4).

On note que les patientes ayant un IMC préconceptionnel $>30\text{kg/m}^2$ ont eu une prise de poids de 16 kg pendant la grossesse soit la plus importante (Fig. 4).

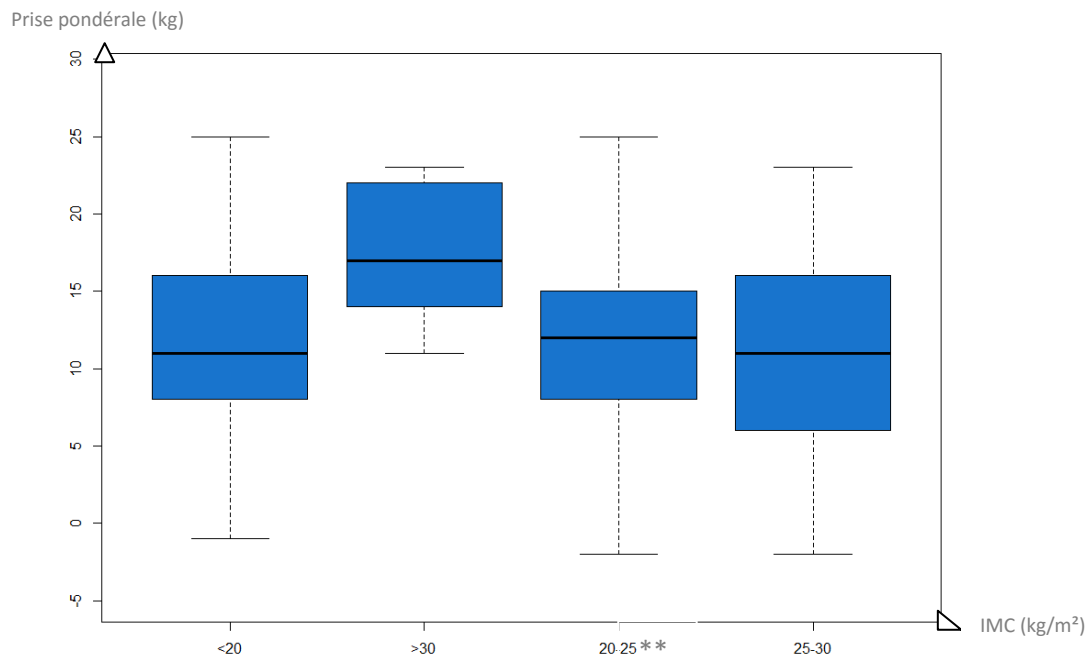


Figure 4 : Variation de la prise de poids en fonction de l'IMC préconceptionnel

** $p < 0.01$

4.2.3.3. Variation de la prise de poids en fonction de la parité

On n'observe pas de variation significative de la prise de poids en fonction de la parité ($p=0.90$).

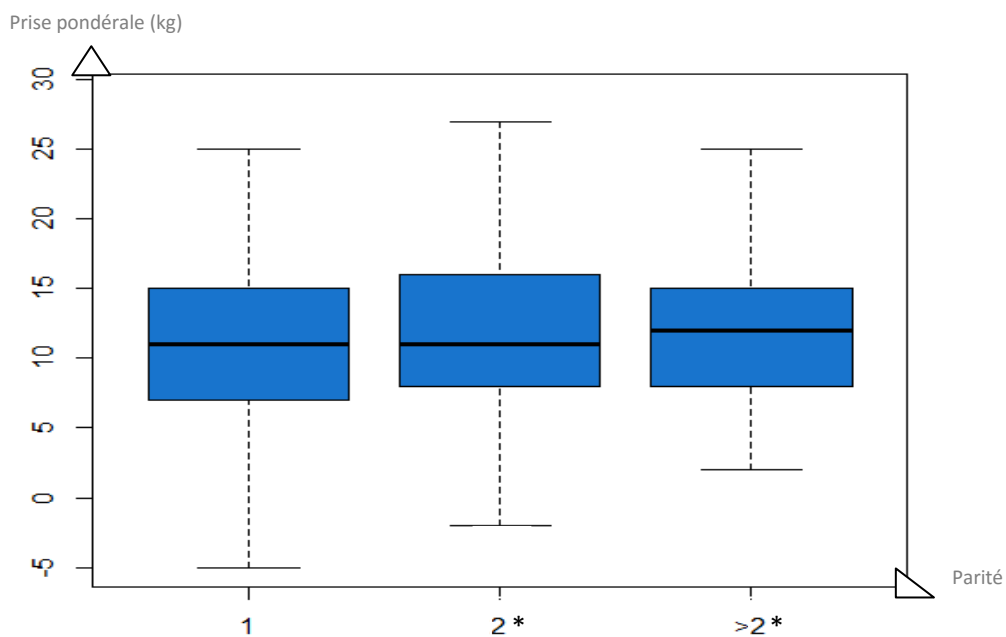


Figure 5 : Variation de la prise de poids en fonction de la parité

* $p < 0.05$

4.2.3.4. Variation de la prise de poids en fonction de l'âge maternel

On n'observe pas de variation significative globale de la prise de poids en fonction de l'âge maternel ($p=0.77$) (Fig. 6).

Avec une prise de poids moyenne de 12 ± 4.5 kg, les patientes de l'échantillon âgées de 30 à 35 ans ont la prise de poids la plus importante (Fig. 6).

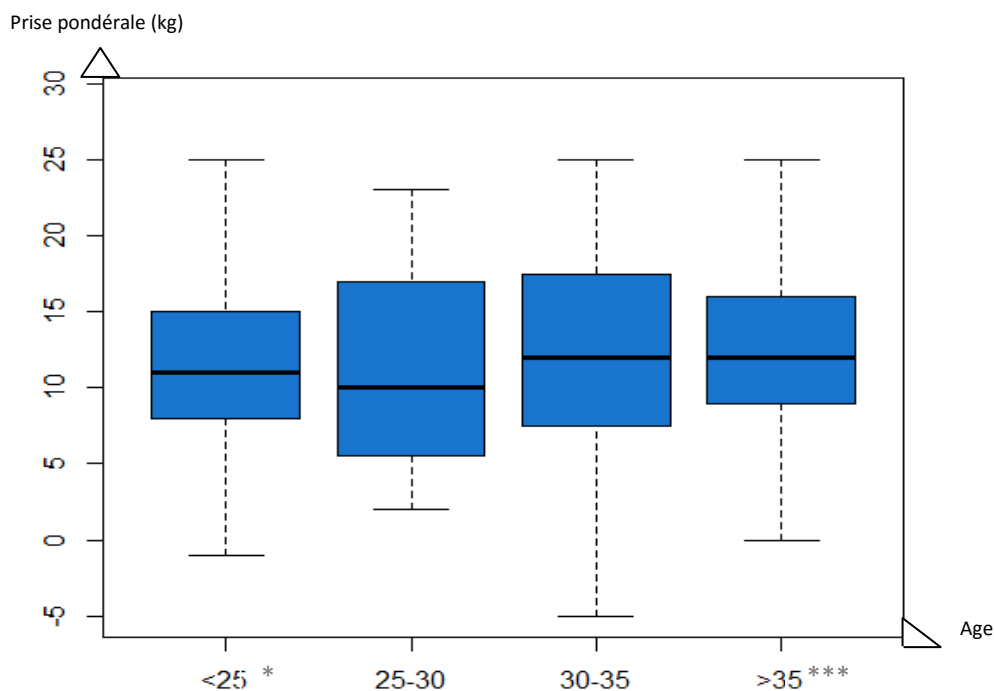


Figure 6 : Variation de la prise de poids en fonction de l'âge maternel

* $p < 0.05$; *** $p < 0.001$

4.2.3.5. Variation de la prise de poids en fonction du renforcement du suivi médical selon différentes pathologies

On remarque une différence significative de prise de poids globale entre les patientes ayant bénéficié d'un suivi classique et celles d'un suivi renforcé ($p < 0,01$) (Fig. 7).

On remarque une influence significative du diabète sur la prise de poids pendant la grossesse en comparaison aux patientes sans pathologie (Fig. 7).

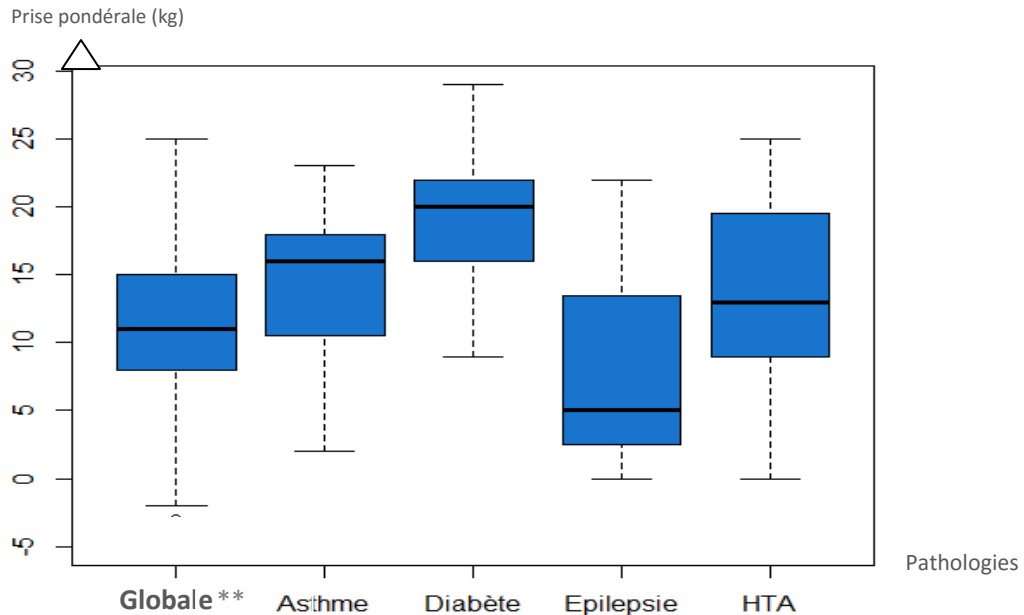


Figure 7 : Variation de la prise de poids en fonction du suivi médical classique ou renforcé selon les pathologies.

** $p < 0.01$

4.2.3.6. Prise de poids en fonction de la préoccupation pondérale

Il y a une influence significative de la préoccupation pondérale des patientes sur la prise de poids pendant la grossesse ($p < 0.01$).

Les patientes non préoccupées par leur poids pendant la grossesse ont pris en moyenne 12.7 kg sur la grossesse tandis que les autres ont pris 9.6kg.

4.2.3.7. Prise de poids en fonction d'un régime spécifique

On s'aperçoit dans l'échantillon qu'il n'y a pas de lien significatif entre l'observance d'un régime spécifique et la prise de poids ($p = 0.15$).

Cependant, on observe une tendance ascendante avec une prise de poids moyenne de 12.2 kg chez les patientes n'ayant pas suivi de régime particulier contre 10.2 kg pour les autres.

4.2.3.8. Variation pondérale selon les activités physique et professionnelle

Les activités physique et professionnelle n'ont pas d'incidence significative sur la prise de poids pendant la grossesse sur cet échantillon ($p = 0.16$ et $p = 0.23$ respectivement).

4.2.4. Mode de vie des patientes pendant la grossesse.

- 72.5 % des patientes avaient une activité professionnelle pendant la grossesse.
- 72.5 % des patientes continuaient à pratiquer une activité physique régulière pendant la grossesse (au moins 30 min de marche par jour).
- 18 % des patientes ont déclaré consommer du tabac pendant la grossesse, 1.42 % de l'alcool, 4.26 % d'autres drogues.

4.2.5. Qualité du suivi

- 88.6 % des patientes ont eu un suivi de grossesse régulier (moins de 3 absences en consultations prénatales (CPN) et au moins 2 échographies obstétricales).
- 11.9 % des patientes ont nécessité un suivi médical renforcé du fait d'antécédents médicaux ou chirurgicaux notables.
- 36 % des patientes ont réalisé un entretien prénatal.

4.2.6. Mode d'accouchement et mode d'alimentation choisi par la population

4.2.6.1. Mode d'accouchement :

- 83.9 % des naissances ont eu lieu par voie basse.
- 16.1 % des naissances ont eu lieu par césarienne.

4.2.6.2. Mode d'alimentation des nouveau-nés :

- 65.4 % des mères ont choisi d'allaiter.
- 34.6 % des mères ont choisi une alimentation artificielle.

4.3. Etude de la population dans la période du post-partum.

4.3.1. Evolution pondérale

On note qu'à un mois d'étude, la perte de poids moyenne de la population est de 8 ± 3.4 kg (Fig. 8).

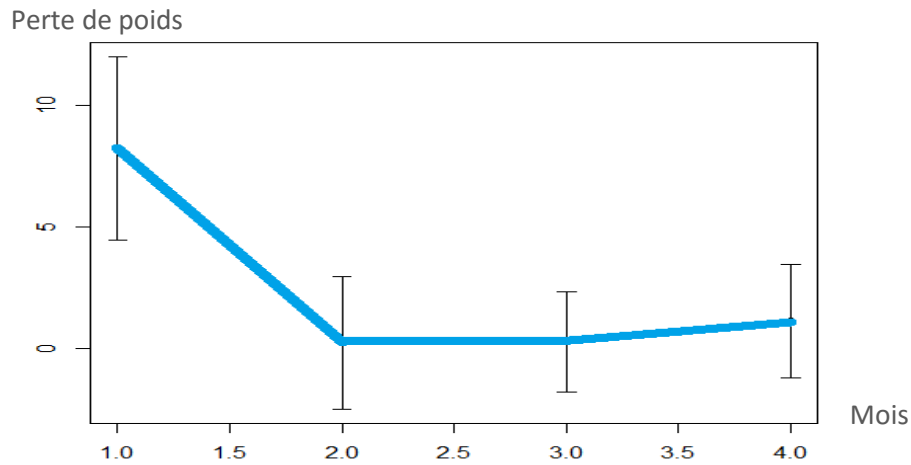


Figure 8 : Evolution pondérale sur la période du post-partum

4.3.2. Etude de différents facteurs pouvant influencer la variation pondérale du post-partum

4.3.2.1. Régime alimentaire de la population

A aucun moment de l'étude la modification du régime alimentaire déclarée par les patientes n'a d'influence significative sur la perte de poids ($p=0.12$ à M1 ; $p=0.58$ à M2 ; $p=0.32$ à M3 ; $p=0.67$ à M4).

4.3.2.2. Suivi des conseils nutritionnels reçus et utilisés en périnatalité.

Il y a un lien significatif au global ($p=0.01$) entre l'évolution de la perte pondérale et la délivrance de conseils diététiques en périnatalité avec une perte de poids plus importante chez les patientes ayant bénéficié de ces conseils. Puis mensuellement, ce lien est toujours significatif et ce, pendant les 4 mois ($p<0.001$ à M1 ; $p<0.001$ à M2 ; $p=0.031$ à M3 ; $p=0.026$ à M4).

Au global les patientes ayant bénéficié de conseils nutritionnels auront perdu au terme de l'étude environ 14 kg contre 9kg chez celles n'ayant pas reçu de conseils. Cette influence est surtout marquée au 2^{ème} mois (Fig. 9).

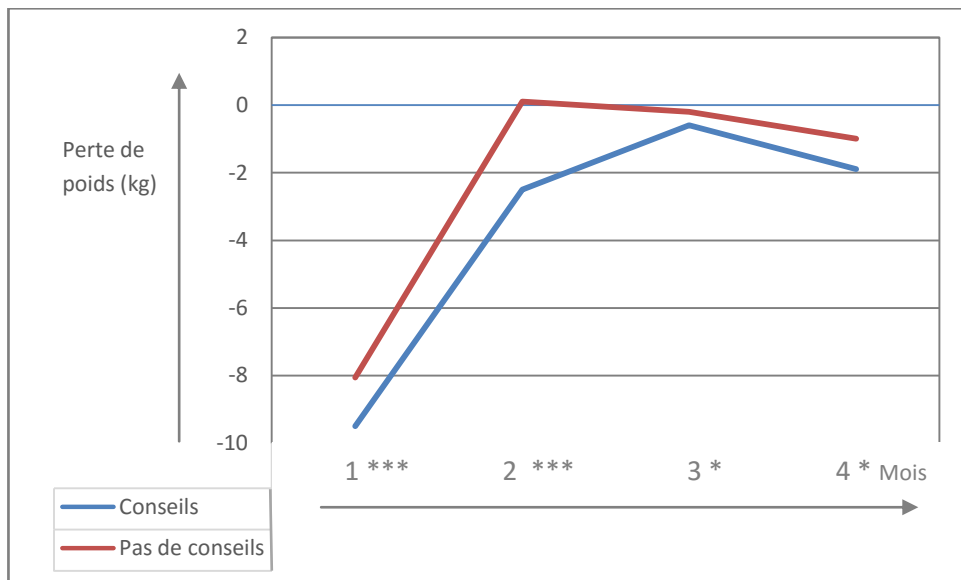


Figure 9 : Evolution de la perte pondérale en fonction de la délivrance de conseils diététiques

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

4.3.2.3. Reprise d'une activité physique régulière

A 1 mois, il y a un lien significatif entre la reprise d'une activité physique et la perte de poids. Il n'y a plus de lien significatif entre l'évolution de la perte pondérale et l'activité physique régulière dans cet échantillon après le deuxième mois ($p=0.04$ à M1 ; $p=0.71$ à M2 ; $p=0.17$ à M3 ; $p=0.92$ à M4).

4.3.2.4. Reprise d'une activité professionnelle

Il n'y a pas de lien significatif mis en évidence entre l'évolution de la perte pondérale et l'activité professionnelle dans cet échantillon ($p=0.67$ à M1 ; $p=0.78$ à M2 ; $p=0.22$ à M3 ; $p=0.54$ à M4).

4.3.2.5. Statut tabagique

Il n'y a pas de lien significatif mis en évidence entre l'évolution de la perte pondérale et la consommation de tabac dans cet échantillon ($p=0.24$ à M1 ; $p=0.94$ à M2 ; $p=0.81$ à M3 ; $p=0.11$ à M4).

4.3.2.6. Mode d'alimentation des nouveau-nés

Il n'y a pas de lien significatif mis en évidence entre l'évolution de la perte pondérale et l'allaitement maternel dans cet échantillon ($p=0.78$ à M1 ; $p=0.20$ à M2 ; $p=0.22$ à M3 ; $p=0.54$ à M4).

On peut noter les taux d'allaitement maternel dans l'échantillon qui décroissent de 45% sur les 4 mois de l'étude (47% à M1 ; 34% à M2 ; 31% à M3 ; 25% à M4).

4.3.2.7. Souhait de perte pondérale en préconceptionnel

Il y a un lien significatif global entre le désir de perte de poids avant la grossesse et la perte de poids, sur la durée du post-partum ($p<0.0001$) (Fig. 10).

Celles qui souhaitaient maigrir, ont perdu en moyenne 12.6 kg contre 7.1 kg pour les autres.

Puis si l'on observe cet effet à chaque mois, on note que l'effet du désir de perte de poids avant la grossesse s'estompe avec la perte de poids et ce, de façon significative pendant les deux premiers mois ($p<0.001$ à M1 ; $p<0.0001$ à M2 ; $p=0.8$ à M3 ; $p=0.3$ à M4) (Fig. 10).

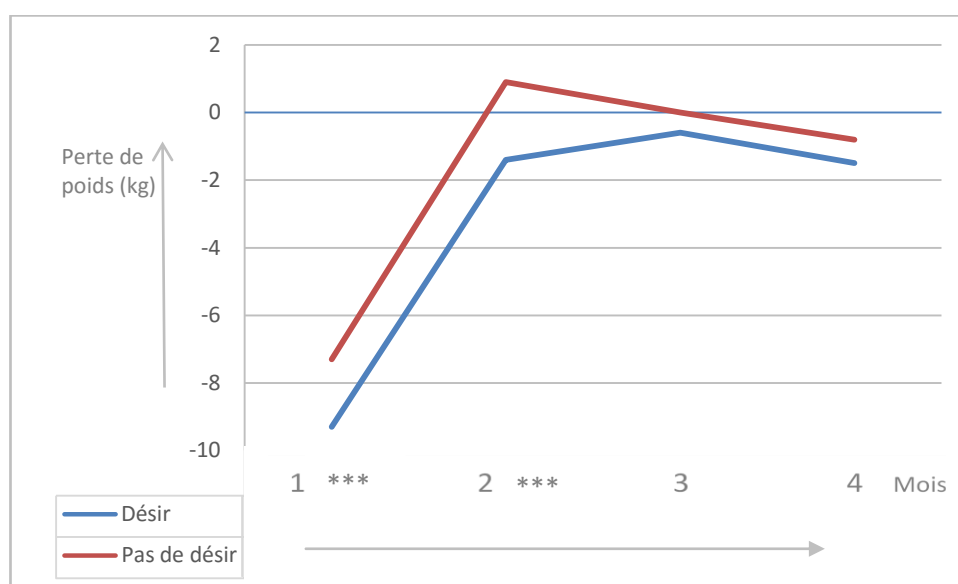


Figure 10 : Evolution de la perte pondérale en fonction du désir de perte de poids

*** $p < 0.001$

4.3.2.8. Satisfaction selon la variation pondérale dans le post-partum

a) Evolution de la satisfaction pondérale selon la variation du poids.

La satisfaction pondérale est significativement liée à la perte de poids tout au long de l'étude ($p=0.04$ à M1 ; $p=0.0001$ à M2 ; $p<0.01$ à M3 ; $p=0.02$ à M4) (Fig. 11).

On note qu'au terme de l'étude, 82.8% des patientes étaient satisfaites de leur poids (Fig. 11).

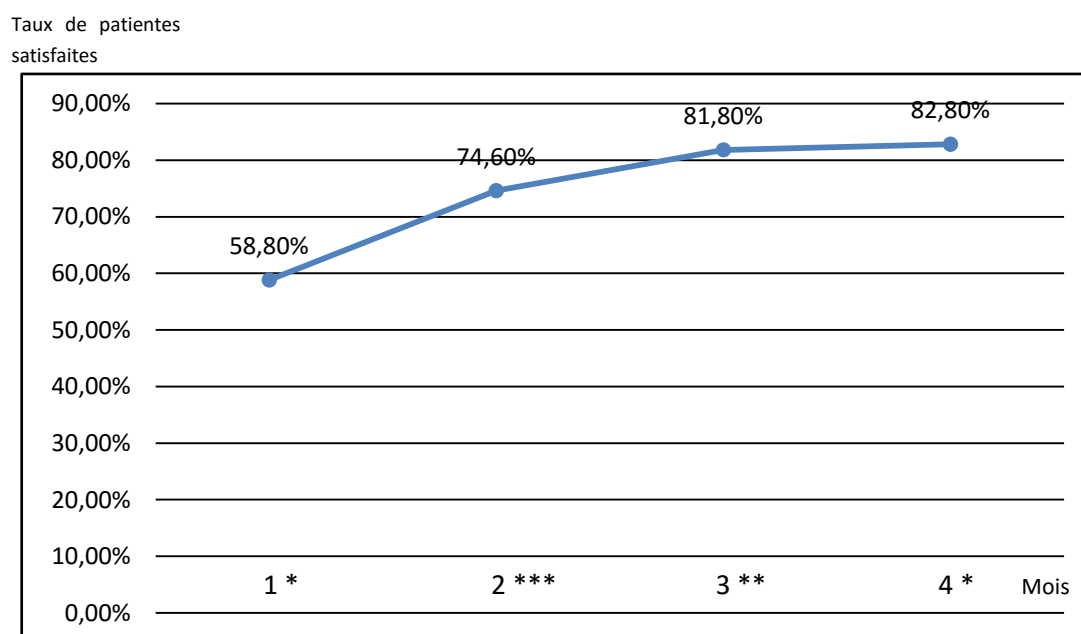


Figure 11 : Evolution de la satisfaction pondérale au cours du post-partum

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

b) Evolution de la perte de poids selon la satisfaction pondérale

La perte de poids est significativement plus importante chez les patientes non satisfaites de leur poids que chez celles qui le sont, à l'exception du 1^{er} mois où la situation est inversée ($p=0.02$ à M1 ; $p=0.0009$ à M2 ; $p<0.01$ à M3 ; $p=0.01$ à M4) (Fig. 12).

Perte de poids (kg)

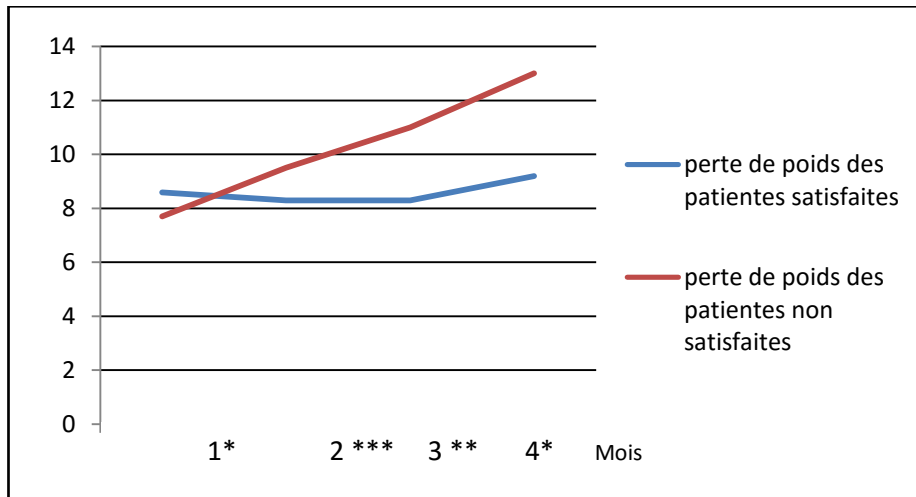


Figure 12 : Evolution de la perte de poids totale au fil de l'étude chez les patientes satisfaites et non satisfaites de leur poids.

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

4.3.2.9. Lien entre la prise de poids pendant la grossesse et la variation pondérale du post-partum

On constate que la perte de poids pendant le post-partum varie selon la prise de poids pendant la grossesse. Plus les patientes ont eu une prise de poids importante pendant la grossesse, plus leur perte de poids sera importante après l'accouchement et plus elle se poursuivra sur la durée (Fig.13).

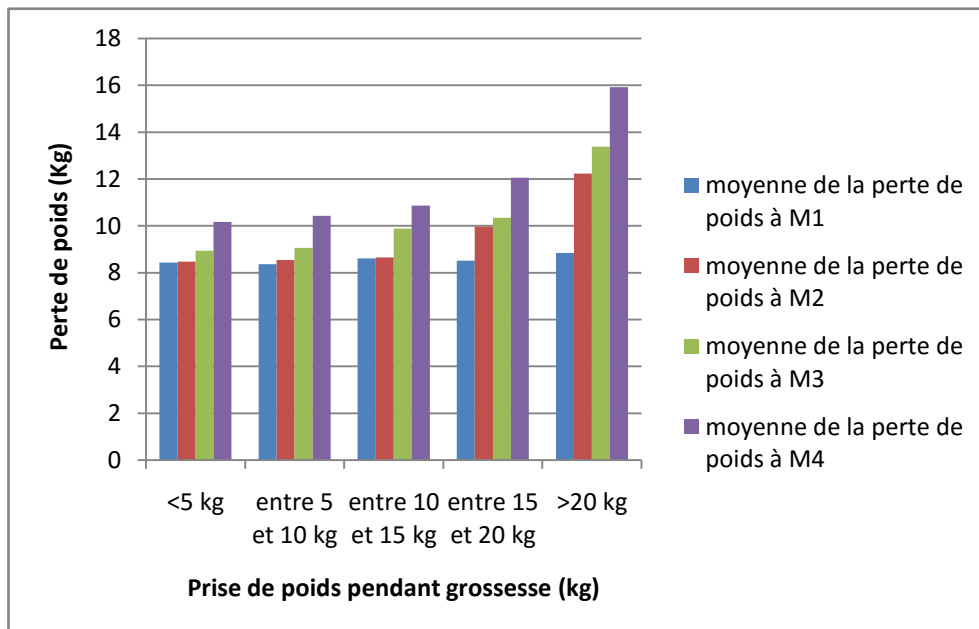


Figure 13 : Perte de poids après l'accouchement selon la prise de poids pendant la grossesse

4.3.2.10. Evolution de la variation pondérale dans le post-partum selon l'IMC préconceptionnel

Les pertes de poids moyennes au terme des quatre mois suivant l'accouchement sont (Fig. 14) :

- de $8,9 \pm 5,7$ kg pour les patientes qui avaient un IMC préconceptionnel <20 kg/m^2
- de $9,5 \pm 5,5$ kg pour les patientes dont l'IMC préconceptionnel allait de 20 à 25 kg/m^2
- de $10,7 \pm 4,8$ kg pour les patientes dont l'IMC préconceptionnel allait de 25 à 30 kg/m^2
- de $11 \pm 2,6$ kg pour les patientes qui avaient un IMC préconceptionnel >30 kg/m^2

Concernant la perte de poids moyenne dans le post-partum en fonction de l'IMC préconceptionnel, on ne retrouve pas sur la globalité de la période du post-partum de lien significatif entre eux ($p=0,52$). Cependant, il existe un lien significatif pour les catégories d'IMC préconceptionnels <20 kg/m^2 et de 25 à 30 kg/m^2 ($p=0,036$ et $p=0,025$ respectivement) (Fig.14).

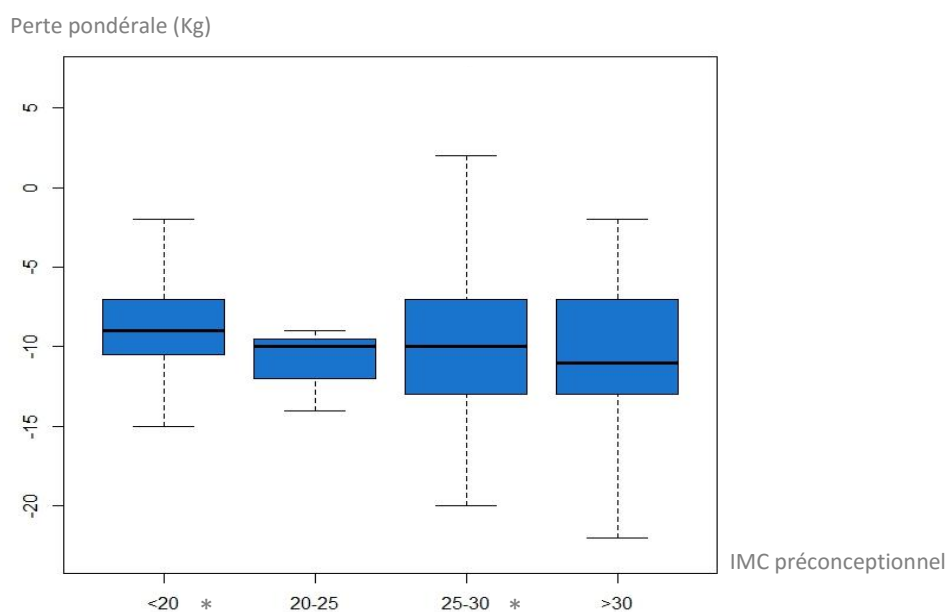


Figure 14 : Perte pondérale au cours du post-partum selon l'IMC préconceptionnel

* $p < 0,05$

Les patientes avec un IMC préconceptionnel élevé avant la grossesse, ont une tendance ($p=0.09$) à perdre plus de poids dans la période du post-partum, mais il est possible que le manque d'effectifs dans les classes extrêmes fasse que la différence ne soit pas significative (Fig. 15).

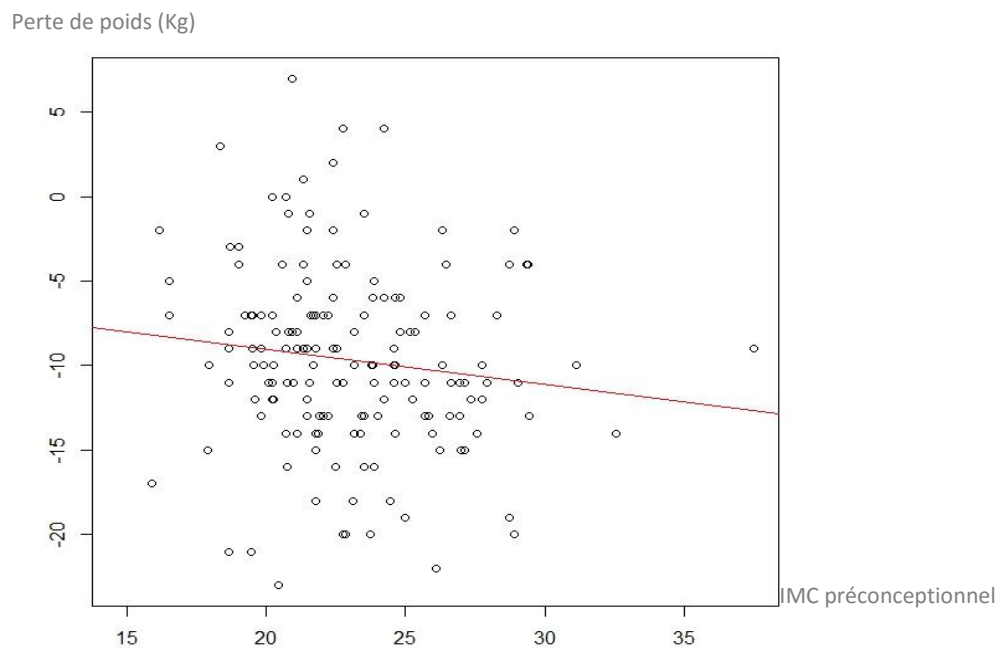


Figure 15 : Courbe de tendance entre la perte pondérale au cours du post-partum et l'IMC préconceptionnel

4.3.3. Etat des lieux à la fin de l'étude

A 4 mois après l'accouchement soit à la fin de l'étude, on a déterminé qu'il restait en moyenne aux patientes à perdre 1.33 ± 7.50 kg pour revenir à leur poids préconceptionnel.

5. ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS

5.1. Apports, limites et choix méthodologiques

5.1.1. Difficultés

Mener cette étude a présenté quelques difficultés du fait du thème abordé. En effet, la question du poids reste dans notre société un sujet délicat. Nous avons pu être confrontés à la réticence tout d'abord, du comité d'éthique qui a validé le projet de mémoire, puis de certaines patientes au moment du recrutement. Il a donc fallu insister davantage sur les bénéfices attendus de l'étude, notamment pour les futures patientes prises en charge.

De plus, de par la multiplicité des facteurs influençant le poids, et pour espérer obtenir des résultats significatifs, il a fallu tabler sur un large effectif.

Enfin, pour une plus vision plus dynamique de l'évolution pondérale nous avons jugé bon de mener un suivi mensuel dans le post-partum, plutôt qu'un appel unique au 4^{ème} mois. Cela a eu pour conséquences une multiplication des données à traiter, ce qui a rendu l'analyse statistique plus complexe, ainsi qu'un phénomène de lassitude de la part de certaines patientes au fil des appels téléphoniques.

5.1.2. Limites et biais

Cette étude présente des biais de sélection et de mesure.

Concernant le biais de sélection, elle a été menée dans une région socialement défavorisée (or on sait que les déterminismes socioculturels ont une influence sur le poids [13]), et des catégories de patientes ont été exclues, notamment les patientes mineures.

Pour les biais de mesure, on relèvera l'obligation pour les patientes de se peser mensuellement, ce qui pourrait être à l'origine d'une plus grande attention à leur poids qu'en dehors d'une participation à une étude, c'est l'effet Hawthorne. De plus, malgré l'anonymat, on peut se demander si l'impact de certaines variables a pu être faussé du fait de l'aspect déclaratif des données recueillies (poids actuel, addictions, modification du régime alimentaire, suivi des conseils diététiques...).

Enfin, la durée de l'étude limitée à 4 mois ne permet pas de se rendre compte d'une stabilisation du poids des femmes même si l'on peut déjà statuer sur le rôle de certains facteurs sur la perte de poids pendant le post-partum.

5.1.3. Points positifs

Au final, l'effectif est relativement satisfaisant. On peut donc supposer qu'on a une bonne puissance des données traitées.

De plus, il apporte de nouvelles informations concernant l'évolution du poids des femmes dans le post-partum. En effet, s'il existe déjà des études sur la prise poids pendant la grossesse, il n'y avait jusqu'alors que peu de données concernant la période du post-partum.

Cette étude permet donc de faire un état des lieux des facteurs influençant le poids d'une part pendant la grossesse, mais surtout dans la période du post-partum.

5.2. **Analyse et discussion**

L'évolution pondérale des femmes dans le post-partum est un sujet jusqu'alors très peu traité par la communauté scientifique. De plus, elle est peut-être en relation directe avec la prise de poids pendant la grossesse.

Le but de notre étude était de définir l'évolution pondérale des femmes après l'accouchement, mais aussi de définir les facteurs prédictifs d'une éventuelle prise pondérale excessive durant la grossesse.

Nous traiterons donc l'analyse de l'influence de différents facteurs sur l'évolution pondérale dans le post-partum et pendant la grossesse. Aussi, nous tenterons d'établir un lien entre l'évolution pondérale pendant la grossesse et le post-partum au travers de certains facteurs.

5.2.1. Rôles de l'âge maternel et de la parité dans l'évolution pondérale

Pour la question du jeune âge maternel, on constate dans la littérature que chez ces patientes, les déficits nutritionnels sont souvent plus fréquents car les besoins protéiques sont importants, du fait de vomissements plus fréquents en début de grossesse et plus tard du fait d'un niveau socio-économique souvent plus bas. À l'inverse, dans un cas sur cinq, on assiste à des prises de poids excessives pouvant aboutir à une obésité définitive par suite d'un apport glucidique trop important [12].

Quant à l'effet d'un âge plus avancé sur la prise de poids maternelle, la plupart des articles évoquent plutôt les conséquences de l'âge sur la grossesse et les risques associés fœtaux et maternels déjà connus (risque accru de prééclampsie, de diabète gestationnel... pour la mère et de mort *in utero*, anomalies congénitales...pour le fœtus) [13]. Une autre étude, Iranienne, a

révélé que l'âge et la prise de poids pendant la grossesse étaient significativement et négativement liés [14]. De notre côté, nous n'avons pas observé de variation significative sur la prise de poids gestationnelle en fonction de l'âge.

Enfin, concernant la parité, c'est la même étude qui nous indique avoir découvert que la parité était significativement et positivement liée à la prise de poids gestationnelle.

En conclusion, la littérature a retrouvé que globalement, les patientes jeunes, primipares, et socialement défavorisées sont plus à risque d'une prise excessive de poids pendant la grossesse. Notre étude ne va pas dans le même sens et on peut supposer que ce serait plutôt l'état de santé général de l'individu, lié à son âge et à ses antécédents, qui aurait un impact sur la prise de poids pendant la grossesse.

5.2.2. Impact de l'IMC sur la variation pondérale

L'IMC est considéré comme la meilleure unité facilement disponible pour mesurer le gain de poids souhaitable pendant la grossesse à partir du poids préconceptionnel. Actuellement, les lignes directrices sont formulées selon une plage de gain de poids recommandé pour chaque catégorie d'IMC préconceptionnel [15].

Dans le but d'améliorer la santé des mères et des enfants, les femmes enceintes devraient avoir un IMC normal au début de leur grossesse et suivre les recommandations quant à la prise de poids.

-Constat pondéral actuel

Dans notre échantillon, 41% des patientes avaient un IMC préconceptionnel au delà de 25 kg/m², un taux qui peut apparaître élevé. Une large étude américaine cependant, révélait que 30% des patientes avaient un IMC préconceptionnel supérieur à 25 kg/m², soit un taux légèrement inférieur à celui trouvé dans notre étude. Dans cette même étude, 37% des femmes enceintes dépassaient la prise de poids recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pendant la grossesse de 12.8 kg [16].

Ces valeurs, en cohérence, nous montrent que bien souvent la population dépasse les recommandations en termes de normes pondérales. Or, on peut supposer que cette prise de poids excessive pendant la grossesse, aura nécessairement un impact sur la façon dont s'opère la perte de poids dans le post-partum.

-IMC et variation pondérale

Concernant la prise de poids pendant la grossesse en fonction de l'IMC préconceptionnel, dans notre étude on n'observait pas de lien significatif entre les deux. Or une étude suédoise de grande ampleur a constaté que plus l'IMC préconceptionnel augmentait, plus la prise de poids diminuait [17]. En comparaison, l'échantillon de notre population est beaucoup plus faible.

Peu de références sont retrouvées relatives à la perte de poids dans le post-partum en fonction de l'IMC préconceptionnel. Nous avons constaté une tendance, au global, selon laquelle plus les patientes avaient un IMC préconceptionnel élevé avant la grossesse, plus leur perte de poids était importante dans la période du post-partum. Ce lien était même significatif pour certaines catégories d'IMC préconceptionnels.

Pour appliquer les recommandations pondérales en fonction de l'IMC, les femmes enceintes auront besoin de conseils et de soutien de la part des professionnels de la périnatalité, pour être mieux informées sur l'alimentation et l'activité physique.

5.2.3. Influence de la qualité du suivi sur l'évolution pondérale

-Suivi actuel de grossesse

En France, on remarque que depuis 1981, la surveillance de la grossesse a considérablement évolué. La prise en charge par l'assurance maladie y a contribué. Entre 1981 et 1995, le nombre de visites prénatales avait nettement augmenté probablement du fait de l'amélioration du niveau socio-économique des femmes [18].

Dans notre étude, 11.4 % des patientes n'ont pas bénéficié d'un suivi de grossesse régulier (considéré comme régulier si moins de trois absences en consultations prénatales (CPN) et au moins 2 échographies obstétricales réalisées). La cause de ce manque de suivi n'a pas été recueillie lors des entretiens, cependant on constate avec 88.6 % de grossesse suivies régulièrement, que le suivi de grossesse est globalement satisfaisant, d'autant plus que l'étude a été réalisée dans une région socio-économiquement sinistrée.

Par ailleurs, 36% des patientes avaient réalisé un entretien prénatal précoce dans notre étude, sans lien significatif entre la réalisation de cet entretien et la prise de poids. Cependant l'hygiène de vie n'avait pas été abordée dans cet entretien qui aurait pu limiter la prise de poids pendant la grossesse et faciliter la perte de poids dans le post-partum.

-Suivi actuel du post-partum

La période du post-partum est une période de bouleversements à la fois psychiques mais aussi physiques avec la perte brutale des repères physiologiques et anatomiques liés à la grossesse. Le post-partum est donc une période à risque de difficultés, parfois de complications, liées aux bouleversements de tous ces repères surtout s'il s'agit d'un premier enfant, et qui mérite donc un suivi et une attention particulière.

C'est pour cela que depuis peu, en France, après un séjour en maternité, les femmes ayant accouché se voient, pour la plupart, proposer un passage à domicile par une sage-femme libérale pour s'assurer de leur bien-être et de celui de leur enfant (PRADO). Enfin, aux alentours de 6 à 8 semaines après l'accouchement, une visite médicale post-natale est obligatoirement proposée.

Cependant cette visite post-natale n'est pas toujours réalisée. Ainsi, de nombreuses patientes se retrouvent après l'accouchement sans suivi médical et sans idée de l'hygiène de vie à adopter progressivement. Il apparaît alors un risque de tachyparité, de persévérance de troubles métaboliques transitoires au-delà de la grossesse et entre autre de surpoids chroniques pour certaines patientes [19].

A partir de cette réflexion, il apparaît dommage pour ces patientes de n'avoir pu être informées, faute de suivi, de l'évolution normale de leur poids après l'accouchement. Cependant, le temps nécessaire pour retrouver un état physiologique similaire à celui d'avant la grossesse est variable. En moyenne, selon une littérature pauvre, cette durée varie de 9 à 12 mois.

Ainsi, notre étude devait donc être novatrice sur ce point, puisqu'elle permettait, à petite échelle et sur une courte durée, d'objectiver la perte de poids moyenne sur quatre mois et de déterminer des facteurs l'influençant. C'était sans compter sur la publication récente de nouvelles recommandations de pratique clinique du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF). Néanmoins, ces recommandations pondérales tiennent en une ligne : «Le poids est mesuré pour encourager la perte de poids (accord professionnel) avec pour objectif le retour au poids préconceptionnel dans les 6 mois» et la fiabilité scientifique est moyenne (Grade C) [20]. Il serait donc tout de même intéressant de réaliser une étude de plus grande envergure et à plus long terme afin de pouvoir enfin avoir une idée de la perte de poids moyenne attendue en fonction de la durée séparant l'accouchement.

Si l'on regarde de plus près nos résultats, on constate que la perte de poids moyenne à un mois est la plus importante, puis s'estompe les mois suivants mais se poursuit. Une grande partie de la prise de poids pendant la grossesse étant constituée du poids fœtal ainsi que de ses annexes, ce qui peut expliquer une perte pondérale plus importante le premier mois. Les mois suivants, la perte de poids peut être en lien avec des mécanismes physiologiques en période

post-natale (fonte du tissu graisseux, disparition des œdèmes et de l'hémodilution...), eux-mêmes corrélés à un retour progressif à un équilibre hormonal.

5.2.4. Influence des conseils délivrés en périnatalité sur l'évolution pondérale

Notre étude retrouve un lien significatif entre le suivi des conseils nutritionnels donnés par les professionnels de la périnatalité, et la perte de poids durant le post-partum. En effet, les patientes qui avaient bénéficié de conseils ont perdu plus de poids que les autres.

Cette influence est surtout marquée lors des deux premiers mois, on peut donc présumer de l'importance de l'éducation des patientes concernant l'hygiène de vie, surtout à proximité de l'accouchement. Une étude Française avait révélé que des interventions médicales récurrentes dans le mode de vie de patients aux conditions sociales défavorisées, avaient réduit à long-terme l'incidence de l'obésité et d'apparition d'un diabète de type 2 [21].

Ces résultats sont donc en accord, mais il semblerait que ce soit la répétition des conseils diététiques qui assure leur efficacité au long terme. Ainsi, il aurait pu être intéressant d'étudier le lien entre la visite post-natale et la variation pondérale dans la période du post-partum. Or, on n'observe pas de rebond dans la perte de poids au 2^{ème} mois, période habituelle de cet examen. On peut donc faire les hypothèses suivantes : soit l'entretien post-natal n'a pas été réalisé, soit les patientes n'ont pas reçu, ou du moins, pas suivi de conseils diététiques à l'issue de cette visite.

5.2.5. Rôles des activités physique et professionnelle sur la variation pondérale

A la vue du surpoids constaté en période préconceptionnelle, on pourrait s'interroger sur le mode de vie des patientes. Or, il apparaît que 72.5% des patientes déclaraient avoir un travail et 72.5% déclaraient faire au moins 30 minutes de marche rapide par jour. La population de l'étude est donc majoritairement active professionnellement et physiquement. Dans ce sens, il aurait été intéressant de poser la question durant les entretiens sur l'équilibre alimentaire des patientes en général, afin de discriminer plus facilement la cause du surpoids chez certaines patientes.

En ce qui concerne l'activité professionnelle pendant et après la grossesse, nombreux sont les articles traitant de ses effets aux niveaux mental et sociétal [22]. Cependant, aucune étude n'a été retrouvée concernant son effet sur la prise de poids pendant la grossesse. On pourrait alors supposer que l'activité professionnelle, même si elle peut exister sous diverses

formes plus ou moins sédentaire, a été englobée dans les diverses études avec l'activité physique.

L'activité physique a quant à elle souvent fait preuve de ses bienfaits pendant la grossesse, notamment lorsqu'elle est soutenue, sur la limitation de la prise de poids chez les patientes en surpoids, obèses et diabétiques [23].

Néanmoins, de notre côté, nous n'avons pas retrouvé d'incidence significative des activités physique et professionnelle sur la prise de poids pendant la grossesse. La faute en incomberait peut-être à un effectif trop faible, ou à une mauvaise idée de l'activité physique que se faisaient les patientes interrogées.

Pendant la période post-natale, on n'a quasiment jamais non plus relevé de lien entre la perte de poids et la reprise des activités physique et sportive. Seule l'activité physique lors du premier mois du post-partum a fait preuve de son efficacité concernant l'augmentation de la perte de poids.

Une fois de plus, les facteurs, significativement liés à la perte de poids après l'accouchement, semblent concentrer leur efficacité à proximité de celui-ci.

On retiendra l'intérêt d'une activité physique régulière adaptée, chez toutes les patientes, et plus intense chez les patientes en surpoids ou diabétiques aussi bien pendant la grossesse qu'après.

5.2.6. Rôle du suivi d'un régime spécifique

On retrouve peu de littérature scientifique concernant les effets d'un régime spécifique sur la prise de poids maternelle. Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé de lien significatif entre le suivi d'un régime spécifique et la prise pondérale pendant la grossesse, mais simplement, une tendance à prendre moins de poids.

Néanmoins, on peut s'autoriser à penser que le suivi rigoureux d'un régime diététique chez une patiente en surpoids ne peut agir que dans le même sens que celui pendant la grossesse, dans le post-partum et il serait intéressant de l'étudier.

5.2.7. Impact du tabac dans l'évolution pondérale

Concernant les addictions, dans notre étude, on relève de très faibles taux de patientes alcooliques (1.42%) et toxicomanes (4.26%). Néanmoins, les données recueillies étaient basées sur les déclarations des patientes. C'est également le cas pour les patientes consommant du

tabac. On a relevé dans l'étude 18% de femmes qui se sont déclarées fumeuses pendant la grossesse. Une étude européenne de 2012 retrouvait un taux de 26% de femmes fumeuses hors grossesse [24], résultat conforté par une autre étude, Russe, qui retrouvait 25.2% de femmes fumeuses avant la grossesse [25]. Il reste ensuite 18.9% de femmes qui continueraient à fumer pendant la grossesse, résultat proche de celui retrouvé dans notre étude.

Par la suite, la reprise tabagique est fréquente assez précocement, dans le post-partum (avant six mois) [26]. La fatigue, le stress (réorganisation familiale), l'environnement (conjoint fumeur) sont souvent évoqués pour cette rechute. Mais, la surcharge pondérale, les difficultés pour retrouver leur poids de départ par rapport au début de grossesse, et le malaise que cela peut engendrer, ont aussi un rôle déterminant. C'est alors que se pose la question de l'usage du tabac en tant que régulateur de poids.

Dans notre étude aucun rôle significatif du tabac sur l'augmentation de la perte de poids dans le post-partum n'a été établi. Une étude Chinoise, montre des résultats en contradiction avec les nôtres avec des effets hétérogènes sur le poids corporels. En effet, le fait de fumer avait un effet positif sur le maintien d'un poids normal, tandis que chez les patients en surpoids ou obèses et fumeurs, le tabac accentuait la prise de poids [27].

Au global, la prise en charge diététique ainsi que l'information concernant les incidences variables du tabac sur la perte de poids après l'accouchement semblent indispensables afin de limiter la reprise tabagique ou la consommation de tabac. Enfin, un rappel des risques liés au tabagisme (cancer de la gorge, de la langue, des poumons...) pourra être fait chez les patientes séduites par l'idée d'un tabac garant d'un poids dans les normes.

Les femmes fumeuses allaiteraient moins fréquemment et pour une durée plus courte [28], ce qui provoquerait de façon collatérale une perte de chance pour elles et leurs nourrissons de bénéficier des avantages sur la santé de l'allaitement maternel [29]. On notera, que le tabac et l'allaitement maternel sont compatibles même si on encouragera un arrêt du tabac dans ce cas [30].

5.2.8. Influence du mode d'alimentation des nouveau-nés

En France, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) recommande l'allaitement maternel «de façon exclusive jusqu'à 6 mois, et au moins jusqu'à 4 mois pour un bénéfice santé». L'étude Epifane, réalisée en 2012-2013 par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), avait permis de disposer pour la première fois de données nationales sur la durée de l'allaitement maternel.

Cette étude a révélé qu'à la maternité, 74 % des mères avaient débuté un allaitement maternel. Près de 40 % des nourrissons étaient encore allaités à 3 mois, mais seulement 21 % de façon exclusive. A 6 mois, 23 % des enfants étaient encore allaités, et à un an, seuls 9 % l'étaient toujours. Les résultats de notre étude étaient légèrement inférieurs par rapport à ces chiffres puisqu'à 4 mois, seulement 25% des nourrissons étaient encore allaités [31].

Concernant l'influence de l'allaitement maternel sur la perte de poids dans le post-partum, il n'y a pas eu de lien significatif mis en évidence, ni même de tendance dégagée dans notre étude. Néanmoins, une étude Française a démontré que lors d'un allaitement la perte de poids de la mère était plus rapide dans les 6 premiers mois du post-partum.

Ainsi, au regard des recommandations actuelles, les mères qui ont choisi d'allaiter leur enfant devraient être encouragées à maintenir un allaitement maternel si possible jusqu'à 6 mois, en n'omettant pas de les informer qu'une accélération de leur perte de poids dans le post-partum est possible.

5.2.9. Rôle de la motivation personnelle sur l'évolution pondérale

Comme c'est bien souvent le cas pour toute activité qui impose d'aller contre des habitudes préétablies, maintenir un poids raisonnable nécessite parfois une bonne motivation. En effet, décider et choisir un mode de vie sain présente pour principale difficulté son maintien sur le long terme. À ce niveau, tout dépend de la personnalité et de la situation de chacun.

-Préoccupation pondérale alliée à une éducation diététique

La soi-disant évidence du constat précédent a pour conséquence la quasi absence de données concernant l'impact de la motivation personnelle sur l'évolution pondérale. On a seulement retrouvé une étude Turque, dans laquelle on a trié les patientes selon leur préoccupation pondérale et chez lesquelles on a enrichi leur suivi de grossesse de nombreux conseils hygiéno-diététiques ainsi que d'un suivi pondéral accru. Cette étude a révélé que la proportion de femmes ayant une prise de poids pendant la grossesse dans les normes de l'OMS était supérieure dans le groupe préoccupé par le poids et chez qui on avait prodigué davantage de conseils diététiques [32].

Dans notre étude, dans le même sens, concernant la préoccupation pondérale, les résultats ont également montré qu'elle avait un lien significatif sur la prise de poids pendant la grossesse, les patientes soucieuses de leur poids, en ayant perdu davantage que les autres.

Cependant contrairement aux résultats de cette étude, nous avons constaté une augmentation significative de la prise de poids en fonction d'un renforcement du suivi de la grossesse, avec une influence marquée particulièrement pour le diabète. Les patientes considérées comme ayant bénéficié d'un suivi médical renforcé étaient principalement des patientes souffrant de diabète, or cette pathologie augmente de manière importante la prise de poids gestationnelle [33]. Nos résultats peuvent donc être biaisés du fait d'une population étudiée principalement diabétique.

Quoi qu'il en soit, ces résultats sont encourageants pour les professionnels de santé responsables du suivi de grossesse, et confirment l'importance du suivi pondéral au cours de la grossesse ainsi que la délivrance de conseils nutritionnels adaptés chez toutes les patientes. Cette éducation diététique semble être d'autant plus efficace, que la patiente fait preuve de préoccupation pondérale.

-Désir de perte de poids préconceptionnel

On retrouve un lien significatif entre le désir de perte de poids avant la grossesse et la perte de poids dans la période du post-partum. Les patientes qui souhaitaient maigrir avant leur grossesse ont perdu plus de poids que les autres après avoir accouché.

Nous sommes donc dans la continuité et dans la logique des résultats précédents qui avaient démontré que la préoccupation pondérale avait un effet inverse sur la prise de poids durant la grossesse mais aussi dans la période du post-partum en ce qui nous concerne.

Comme supposé, la motivation des patientes semble être déterminante dans la perte de poids après l'accouchement. Cependant, elle aussi, paraît avoir un effet limité dans le temps puisqu'on a relevé que l'effet du désir de perte de poids en période préconceptionnelle, s'estompait dans les deux premiers mois après l'accouchement.

5.2.10. Influence de la satisfaction pondérale sur l'évolution du poids

L'importante perte de poids durant les deux premiers mois suivant l'accouchement, satisfait près des trois quart de l'échantillon alors même que leur perte de poids n'est pas terminée et n'efface pas totalement leur prise de poids pendant la grossesse. On n'écartera pas non plus le fait que, dans le même temps, une majorité de ces femmes retrouve un rythme de vie accéléré, et il est possible qu'elles relèguent au second plan, là encore, leur préoccupation pondérale.

On a remarqué que la perte de poids était significativement plus importante chez les patientes non satisfaites de leur poids que chez celles qui l'étaient. C'est probablement la conséquence d'une motivation plus forte chez ces patientes.

On retiendra brièvement de l'évolution pondérale dans le post-partum, qu'elle est intimement liée à l'éducation diététique et à la motivation personnelle de la patiente. On notera aussi, qu'elle est plus importante et plus facilement influencée par différents facteurs (reprise d'une activité physique, souhait de perte de poids en préconceptionnel...) à proximité de l'accouchement.

6. CONCLUSION

Le poids des femmes dans la période du post-partum est un sujet peu exploité par les scientifiques, et il n'existe pas de norme clairement établie sur la façon de retrouver un poids de forme après l'accouchement. Il n'en demeure pas moins que c'est parfois une période charnière, pendant laquelle certaines femmes peuvent basculer dans le surpoids chronique, pourvoyeur à long terme de maladies métaboliques.

Les études concernant l'obésité et la prise de poids pendant la grossesse sont quant à elles nombreuses, comme c'est le cas dans le Nord-Pas de Calais, une région à la croissance démographique importante, où est en cours le programme régional de lutte contre l'obésité 2014-2018. Il nous a semblé intéressant de faire un état des lieux de la situation pondérale des femmes venant d'accoucher, afin de mettre en œuvre des mesures concrètes de lutte contre l'obésité en période périnatale.

En s'intéressant aux patientes dont l'accouchement est récent, la question de l'évolution pondérale des femmes dans le post-partum a donc pu être soulevée. A échelle restreinte, nous avons pu constater que l'impact de certains facteurs sur l'évolution pondérale était peut-être surestimé (l'activité professionnelle, le tabagisme...), tandis que d'autres mériteraient d'être davantage étudiés (les conseils diététiques donnés en périnatalité, le désir de perte de poids...).

Ce qui nous aura également marqué au terme de cette étude, c'est le sentiment que globalement la perte de poids dans le post-partum était principalement dépendante de facteurs intrinsèques (préoccupation pondérale, désir de perte de poids avant la grossesse, mécanismes corporels physiologiques consécutifs à l'accouchement...). Il est intéressant de noter que la perte de poids après l'accouchement est facilitée en cas de maigreur ou en cas de surpoids. Il faut sensibiliser davantage les patientes obèses.

Les facteurs extrinsèques (activité physique, régimes alimentaires, tabagisme...), apparaissent eux, comme secondaires. Il s'en dégage une impression, sinon d'impuissance, du moins de plus faible effet sur l'évolution pondérale après l'accouchement, comme si la volonté des patientes et la physiologie maternelle décidaient seules du devenir du statut pondéral des patientes.

Enfin, encore nombre de patientes ne sont pas suffisamment sensibilisées à l'hygiène de vie à adopter après avoir accouché. C'est là qu'intervient le rôle des professionnels de la périnatalité. En effet, les résultats de l'étude nous montrent que les patientes ayant reçu des conseils de la part de ces professionnels, ont augmenté de manière significative leur perte de poids dans le post-partum. La question de l'hygiène de vie doit donc être abordée

systematiquement avec les patientes durant le séjour en maternité et la visite post-natale, pour si besoin, rectifier certaines mauvaises habitudes ou au moins les informer des risques.

En perspective il serait intéressant de poursuivre l'étude à 1 an du post-partum et d'étudier les liens entre les différents facteurs influençant le poids de la grossesse et ceux du post-partum.

7. BIBLIOGRAPHIE

- [1]: Lecerf J.M. -Poids et obésité-John Libbey Eurotext-Montrouge 2001 -223p.
- [2]: Le Guen J.M. - Obésité, le nouveau mal français, pour une réponse politique à un fléau social-Armand Colin-Paris 2005.
- [3]: Suder A, Chrzanowska M. - Risk factors for abdominal obesity in children and adolescents from Cracow, Poland (1983-2000) –J. Biosoc. Sci. 2015 - 47(2):203-19.
- [4] : Wang C; Li J; Xue H; Li Y; Huang J; Mai J; Chen J; Cao J; Wu X; Guo D; Yu L; Gu D. - Type 2 diabetes mellitus incidence in Chinese: contributions of overweight and obesity - Diabetes Res. Clin. Pract. - 2015 - 107(3):424-32.
- [5] : Mansur R.B; Brietzke E; McIntyre R.S. - Is there a "metabolic-mood syndrome"? A review of the relationship between obesity and mood disorders – Neurosci. Biobehav. Rev. - 2015 - 52:89-104.
- [6]: O'Brien K.S; Latner J.D; Ebner D; Hunter J.A. - Obesity discrimination: the role of physical appearance, personal ideology, and anti-fat prejudice – Int. J. Obes. - London 2013 - 37(3):455-60.
- [7]: Douglas I.J; Bhaskaran K; Batterham R.L; Smeeth L. - Bariatric surgery in the United Kingdom: a cohort study of weight loss and clinical outcomes in routine clinical care -PLoS Med. - 2015.
- [8]: Walker L.O. - Managing excessive weight gain during pregnancy and the postpartum period - J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs. - 2007 - 36(5):490-500.
- [9]: Truong Y.N; Yee L.M; Caughey A.B; Cheng Y.W. - Weight gain in pregnancy: does the Institute of Medicine have it right? - A. J. Obstet.Gynecol. - 2015 - 212(3):362.
- [10]: Vendittelli F; Janky E. -Suivi clinique et paraclinique d'une grossesse normale - Gynecol. Obstet. Biol. Vol. 30 n°1 Reproductions - Paris 2001- p 51.
- [11]: Huysman A.M. - The postpartum effect: deadly depression in mothers - Seven Stories Press - New York 2003-224p.
- [12]: Uzan M. - La prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. Rapport au directeur général de la santé - Paris, Avril 1998.
- [13; 14]: Farhangi M.A. - Gestational weight gain and its related social and demographic factors in health care settings of rural and urban areas in northwest Iran - Ecol.Food Nutr. - 2016 - 22:1-8.
- [15]: Institute of Medicine and National Research Council (IMNRC) - Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines, ss. la dir. De K.M. Rasmussen et A.L. Yaktine - The National Academies Press - Washington D.C. (MD), 2009.
- [16]: Maier J.T; Schalinski E; Gauger U; Hellmeyer L. - Antenatal body mass index (BMI) and weight gain in pregnancy - its association with pregnancy and birthing complications - J. Perinat. Med. - 2015.
- [17]: Johansson K; Hutcheon J.A; Stephansson O; Cnattingius S. - Pregnancy weight gain by gestational age and BMI in Sweden: a population-based cohort study -A. J. Clin.Nutr. – 2016.
- [18]: Soffray F. - Un contraceptif d'urgence. Panorama du Médecin - 1999 - n°4628:28.

- [19]: Vandenbroucke L; Lavoué V; Voltzenlogel M.C; Le Guellec M; Lassel L; Isly H; Poulain P; Morcel K. - Risk factors and perinatal consequences of short interpregnancy interval: a retrospective case-control study – J. Gynecol.Obstet. Biol. Reprod. - Paris, 2013 - 42(2):166-73.
- [20]: CNGOF Paris - Recommandations pour la pratique clinique. Post-partum- Décembre 2015. p729.
- [21]: Fianu A; Bourse L; Naty N; Le Moullec N; Lepage B; Lang T; Favier F. - Long-term effectiveness of a lifestyle intervention for the primary prevention of type 2 diabetes in a low socio-economic community - An intervention follow-up study on Reunion island - PLoS One - 2016 - 5;11(1).
- [22]: Mueser K.T; Drake R.E; Bond G.R; Recent advances in supported employment for people with serious mental illness - Curr. Opin. Psychiatry - 2016 - 29(3): 196-201.
- [23]: Ehrlich S.F; Sternfeld B; Krefman A.E; Hedderson M.M; Brown S.D; Mevi A; Chasan-Taber L; Quesenberry C.P. Jr; Ferrara A. - Moderate and vigorous intensity exercise during pregnancy and gestational weight gain in women with gestational diabetes – Matern. Child Health J. - 2016.
- [24]: Leon M.E; Peruga A; Mc Neill A; Kralikova E; Guha N; Minozzi S; Espina C; Schüz J. - European code against cancer, 4th Edition: Tobacco and cancer - Cancer Epidemiol. - 2015.
- [25]: Kharkova O.A; Krettek A; Grjibovski A.M; Nieboer E; Odland J. - Prevalence of smoking before and during pregnancy and changes in this habit during pregnancy in Northwest Russia: a Murmansk county birth registry study - Reprod Health - 2016 - 13(1): 18.
- [26]: Pelle C, Cousin-Verlin C. - Le poids : élément de reprise tabagique dans le post-partum. La revue Sage-Femme Vol 8 - Elsevier - Paris Novembre 2009- p 292-298.
- [27]: Wang Q. - Smoking and body weight: evidence from China health and nutrition survey - BMC Public Health - 2015 - 14;15:1238.
- [28]: Napierala M; Merritt T.A; Mazela J; Jablecka K; Miechowicz I; Marszalek A; Florek E. - The effect of tobacco smoke on oxytocin concentrations and selected oxidative stress parameters in plasma during pregnancy and post-partum an experimental model – Hum. Exp. Toxicol. - 2016.
- [29]: Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie, Turck D; Vidailhet M; Bocquet A; Bresson J.L; Briend A; Chouraqui J.P; Darmaun D; Dupont C ; Frelut M.L; Girardet J.P; Goulet O; Hankard R; Rieu D; Simeoni U. - Breastfeeding: health benefits for child and mother - Arch. Pediatr. - 2013 - Suppl. 2: S29-48.
- [30]: Marcellin L; Chantry A.A. - Breast-feeding (part IV): Therapeutic uses, dietetic and addictions; Guidelines for clinical practice - J. Gynecol. Obstet. Biol.Reprod. - Paris, 2015 - 44(10):1091-100.
- [31]: INVS- Communiqué de presse ; BEH n°27 : Durée de l’allaitement maternel en France; Enquête Elfe Maternité - France métropolitaine, 2011.
- [32]: Aşçı Ö; Rathfisch G. - Effect of lifestyle interventions of pregnant women on their dietary habits, lifestyle behaviors, and weight gain: a randomized controlled trial. J. Health Popul. Nutr. - 2016 - 24;35(1):7.
- [33]: Durnwald C. - Gestational diabetes: Linking epidemiology, excessive gestational weight gain, adverse pregnancy outcomes, and future metabolic syndrome - Semin. Perinatol. - 2015 - 39(4):254-8.

8. ANNEXES

8.1. Grille de recueil de données :

GRILLES DE RECUEIL DE DONNEES

- En présence de la patiente +/- dans dossier obstétrical :

- Date accouchement :

- âge : taille : poids préconceptionnel : -> BMI
préconceptionnel :

-Parité :

-Terme < 37 SA ou > 37 SA

-Mode d'accouchement ? :

-Pathologie(s) éventuelles : Antécédents médicaux –HTA

- diabète

- asthme

- épilepsie

Antécédents chirurgicaux notables ? :

-> En résumé, renforcement du suivi médical pendant la grossesse? O / N

-Addictions? - Tabac : O / N

- Alcool : O / N

- Toxicomanie : O / N

-Activité physique régulière pendant la grossesse ? : O / N

-Activité professionnelle pendant la grossesse ? O / N -> laquelle ? :

-Grossesse suivie ? (- de 3 absences en CPN, échographies réalisées régulièrement) : O / N

-Prise de poids pendant la grossesse : kg

-Régime spécial pendant la grossesse ou suivi diététique? O / N

-La prise de poids pendant la grossesse a-t-elle été une préoccupation ? O / N

-Réalisation d'un entretien prénatal précoce ? O / N

-Allaitement maternel ? O / N Si oui : Mixte / Exclusif

-Numéro de téléphone de la patiente:

- Lors de l'interrogatoire téléphonique

-Date du jour :

-Période du post-partum : 1 mois / 2 mois / 3 mois / 4 mois

-Allaitement maternel ? O / N Si oui : Mixte / Exclusif

-Reprise du travail ? O / N - Si oui, lequel :

- Durée de travail hebdomadaire :

-Poursuite du tabac ? O / N

-Reprise d'une activité physique régulière ? O / N

- Si oui laquelle :

- Fréquence :

-Modification de votre alimentation après l'accouchement ? O / N

Hypercalorique ou régime

-Y a-t-il eu une surveillance du poids depuis l'accouchement ? O / N

Si oui, à quelle fréquence ? :

- Y avait-il un désir de perte de poids avant la grossesse? O / N

-Poids à ce jour : kg

- Votre poids à ce jour vous satisfait-il ? O / N

-Avez-vous envisagé de rencontrer un professionnel de la diététique après l'accouchement ? O / N

-Avez-vous reçu des conseils diététiques par des professionnels de la périnatalité que vous avez pu utiliser au quotidien? O / N

Si oui cela vous a-t-il amené à modifier votre régime alimentaire ? O / N

-Y a-t-il eu un évènement notable (décès d'un proche, hospitalisation, opération chirurgicale ...) depuis l'accouchement ? O / N Si oui quel type :

-Initiation d'un traitement médicamenteux après l'accouchement ? O / N

Si oui quel type :

8.2. Notice d'information et de consentement :

Notice d'information et consentement

« L'évolution pondérale des femmes dans le post-partum »

Investigateur principal : Maxime Mannella, Faculté de Médecine et de Maïeutique de Lille, sous la direction du Dr Périmenis.

Madame,

L'étudiant sage-femme en 5ème année Maxime Mannella vous propose de participer à une recherche non interventionnelle intitulée « L'évolution pondérale des femmes dans le post-partum » dans le cadre de son mémoire de fin d'étude.

Nous vous proposons de lire attentivement cette lettre d'information dont le but est de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser.

Vous pourrez à tout moment durant l'étude, vous adresser à lui pour lui poser toute question complémentaire ou vous retirer.

OBJECTIF DE L'ETUDE

L'objectif de cette étude est de dresser un état des lieux de la dynamique d'évolution du poids des femmes après leur accouchement. Cette étude entre dans un cadre d'une démarche d'analyse clinique. C'est une étude d'observation, médicale et sans jugement.

Déroulement de L'ETUDE

Vous recevrez la visite de Mr Mannella durant votre hospitalisation en maternité afin qu'il vous remette ce formulaire de non-opposition et vous explique les modalités de l'étude. Il pourra ainsi répondre à vos éventuelles questions. Vous lui remettrez ensuite ce formulaire rempli. Si vous avez souhaité participer à l'étude, vous pourrez répondre à quelques questions lors de ce même entretien puis vous serez recontactée par téléphone pour répondre à d'autres questions à raison d'une fois par mois pendant quatre mois à partir de la date de votre accouchement. Vous n'aurez pas d'examen ni de prélèvement à réaliser, seulement une mesure de votre poids, un peu avant de recevoir chaque appel téléphonique. Au-delà de ces appels, vous ne serez plus sollicitée.

Si toutefois vous ne souhaitez pas participer à l'étude, sachez que vous ne serez pas recontactée.

BENEFICES POSSIBLES

Le bénéfice de cette recherche est d'identifier, pour les futures patientes, les facteurs influençant l'évolution pondérale dans le post-partum. Il n'y a pas de risque à participer à la recherche.

La conclusion des résultats obtenus à l'issue de son travail pourra être apportée à votre connaissance si vous le souhaitez.

EFFETS INDESIRABLES ET CONTRAINTES PREVISIBLES

Il n'y a pas à l'occasion de cette étude d'effets indésirables ni de contraintes prévisibles.

PRISE EN CHARGE EN CAS DE REFUS DE PARTICIPATION DU PATIENT

Votre refus de participation ne modifiera en rien votre prise en charge habituelle.

EN QUOI CONSISTE VOTRE PARTICIPATION

Votre participation consistera à donner votre accord :

- pour répondre à quelques questions lors de l'entretien avec Mr Mannella
- pour l'utilisation éventuelle de données recueillies dans votre dossier médical obstétrical le jour même de la remise de ce formulaire de consentement.
- pour enfin répondre à quelques questions lors des appels téléphoniques avec Mr Mannella.

CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES PATIENTS

Cette étude est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur.

Les données médicales vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière anonymisée. En vertu des articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 modifiée par la loi 2004-801 du 06 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès de l'étudiant sage-femme qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par l'étudiant de la recherche.

DECISION DE PARTICIPER A L'ETUDE

Vous êtes libre de décider de participer ou non à cette recherche. Vous pouvez refuser ou vous retirer de la recherche à tout moment sans avoir à donner la raison de votre décision et sans engagement de votre responsabilité. Vos relations avec l'équipe médicale ni votre prise en charge ne seront affectées par votre décision.

RESULTATS DE L'ETUDE

Une fois la recherche terminée, les données collectées seront traitées et analysées par du personnel qualifié pour cette tâche. La confidentialité des données sera respectée.

Si vous le souhaitez, vous pourrez également être informé(e) des résultats globaux de l'étude.

CONTACT POUR PLUS D'INFORMATION

Si vous avez une question quelconque concernant cette étude, n'hésitez pas à vous adresser à l'étudiant en charge de la recherche :

Mr Maxime MANNELLA

Tél : 0674857720

Je, soussigné(e), Mr/Mme _____

Né(e) le __/__/_____

consens à participer à l'étude et à ce que mes données soient utilisées à des fins de recherche

refuse de participer à l'étude et à ce que mes données soient utilisées à des fins de recherche.

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE : 2016

TITRE : EVOLUTION PONDERALE DES FEMMES DANS LE POST-PARTUM

AUTEUR : MANNELLA Maxime
Sous la Direction du Dr Pierrette PERIMENIS

MOTS-CLES : poids, grossesse, post-partum, âge, parité, diététique, addiction, activité physique, activité professionnelle, suivi de grossesse, régime, allaitement maternel, entretien prénatal précoce, satisfaction pondérale

RESUME :

Introduction : En France, la lutte contre l'obésité est un enjeu de Santé Publique. Or nous savons que la grossesse est une période propice à un gain important et rapide de poids. Cette prise pondérale est multifactorielle et des moyens de prévention sont mis en œuvre. Or, ce serait moins le cas dans la période du post-partum.

Ainsi, à travers cette étude, nous avons cherché à définir l'évolution pondérale des femmes dans le post-partum, mais aussi les facteurs prédictifs pour prévenir une éventuelle prise pondérale pouvant aboutir à une obésité future.

Méthode : Dans deux maternités du Nord de la France, un questionnaire a été adressé à des femmes venant d'accoucher, qui ont été recontactées mensuellement pendant 4 mois afin de connaître leur évolution pondérale en fonction de leur mode de vie.

Résultats : Concernant la prise de poids pendant la grossesse, les résultats de l'étude montrent de manière significative que le diabète gestationnel augmentait la prise de poids pendant la grossesse et à l'inverse, seule la préoccupation pondérale des patientes limitait cette prise de poids. L'âge, la parité, l'IMC préconceptionnel, les activités physique et professionnelle ainsi qu'un régime spécifique n'augmentaient pas la prise de poids pendant la grossesse de manière significative.

Concernant l'évolution pondérale des femmes dans le post-partum, la reprise d'activité physique ou professionnelle, le statut tabagique, l'allaitement maternel n'augmente pas la perte de poids de manière significative. Au contraire, les facteurs influençant la perte de poids en post-partum sont le désir de perte de poids avant la grossesse ainsi que les conseils diététiques délivrés par les professionnels de la périnatalité.

Conclusion : A petite échelle, cette étude permet de préciser l'impact de certains facteurs sur le poids des femmes en période périnatale. Même si tous les résultats ne sont pas significatifs et que les études doivent continuer, des éléments de réponse peuvent nous orienter sur la stratégie à adopter pour limiter une prise de poids excessive et faciliter le retour à un poids satisfaisant après la grossesse.

Mémoire disponible et consultable à :

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE VAUBAN

60 rue du Port – 59040 Lille Cedex

Téléphone : 03-59-56-69-79

Email : contact-bibliothèque@univ-catholille.fr