

Quelles sont les modifications des habitudes alimentaires chez les femmes enceintes ? Étude descriptive transversale mono centrique chez 41 femmes enceintes à partir de 20 SA réalisé au CHRU de Brest du 19 octobre au 8 janvier 2016

Manon Helleux

▶ **To cite this version:**

Manon Helleux. Quelles sont les modifications des habitudes alimentaires chez les femmes enceintes ? Étude descriptive transversale mono centrique chez 41 femmes enceintes à partir de 20 SA réalisé au CHRU de Brest du 19 octobre au 8 janvier 2016. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01560835

HAL Id: dumas-01560835

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01560835

Submitted on 12 Jul 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Ecole de SAGES-FEMMES

UFR de Médecine et des Sciences de la Santé

BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2016

Quelles sont les modifications des habitudes alimentaires chez les femmes enceintes ?

Etude descriptive transversale mono centrique chez 41 femmes enceintes à partir de 20 SA réalisé au CHRU de Brest du 19 octobre au 8 janvier 2016.

Présenté et soutenu par : **Manon HELLEUX**

Née le 28 juillet 1993

Directeur de mémoire : Dr Pascal Monguillon

REMERCIEMENTS

Je tenais à remercier sincèrement toutes les personnes qui m'ont soutenue, accompagnée et conseillée durant ces cinq années d'études et qui ont participé à la rédaction de ce mémoire.

Le docteur Monguillon mon directeur de mémoire, et Mme Lebdiri, sage-femme enseignante qui m'ont conseillée et aidée dans la réalisation de ce mémoire.

Les secrétaires de consultations du service de gynécologie-obstétrique du CHU qui ont participé à la distribution des questionnaires.

Mes futures collègues et amies, Emilie, Elodie et Camille pour leur écoute, leur présence et leurs conseils.

Fleur pour son soutien et son amitié depuis cinq ans ainsi que ses précieux conseils en informatique et traitement de texte.

Mes parents pour leur soutien et leurs encouragements depuis toujours et également pour les nombreuses relectures et corrections du mémoire.

Mon futur mari Romaric pour son soutien, son amour et ses encouragements.

Mes frères et sœurs, Sandra, Yannig, Erwan, Amélie, Emilien et Louise ainsi que Mathilde pour leur soutien et leur présence.

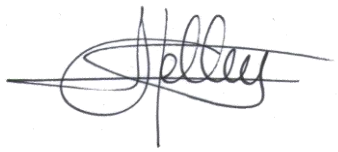
Engagement de non plagiat

Je soussignée Manon HELLEUX, assure avoir pris connaissance de la chartre anti plagiat de l'université de Bretagne occidentale.

Je déclare être pleinement consciente que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour rédiger ce travail.

Signature



SOMMAIRE

1. Introduction 1

2. Matériel et Méthodes 4

2.1 Type d'étude 4
2.2 Population 4
2.3 Outils 4

3. Résultats 6

3.1 Caractéristiques générales de la population étudiée 6
3.2 Résultats spécifiques 7
3.2.1 Caractéristiques spécifiques de la population 7
3.2.2 Supplémentations 9
3.2.3 Modifications des habitudes alimentaires 9
3.2.4 Raisons et impact de ces modifications (n=36) 10
3.2.5. Informations reçues 11
3.3. Corrélations modification alimentation et activité physique 11
3.3.1. IMC et Prise de poids 11
3.3.2. Diabète gestationnel 12
3.3.3. Information reçue 13
3.4 Alimentation sur trois jours 13

4. Discussion 18

4.1. Résultats généraux et représentativité de la population étudiée 18
4.1.1. Taux de réponse 18
4.1.2. Représentativité de la population 18
4.2. Analyse des principaux résultats 20

5. Conclusion 23

Références bibliographiques 24

Annexes 26

ABREVIATIONS

HTA : Hypertension artérielle

CERIN : Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelle

INPES : Institut National de Prévention et d'Education en santé

PNNS : Plan National Nutrition Santé

CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire

SA : Semaines d'Aménorrhée

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

OMS : Organisation mondiale de la Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

1. Introduction

Dans la population générale, le surpoids et l'obésité, appréciés par l'index de masse corporelle (IMC défini en annexe 5) sont aujourd'hui devenus de véritables problèmes de santé publique. L'étude de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) ObEpi en 2012(1) montre que 32 % des français de 18 ans et plus sont en surpoids et 15 % en situation d'obésité. La prévalence de l'obésité est supérieure chez les femmes (15,7% versus 14,3% chez les hommes). En Bretagne, le taux d'obésité est de 12%, soit une augmentation de 79% en 15 ans. L'obésité et le surpoids sont des facteurs de risque cardio-vasculaire s'ajoutant aux facteurs de risque principaux (Hypertension artérielle (HTA), dyslipidémie, diabète).

Chez la femme enceinte, l'obésité augmente le risque d'avortement spontané, de diabète gestationnel, d'HTA, de pré-éclampsie, de maladie veineuse thromboembolique (2). Les femmes enceintes obèses présentent également plus de risque d'accouchement prématuré, de terme dépassé, de macrosomie, de mort fœtale in utero. Le taux de césarienne est plus élevé chez les femmes obèses et il y a également un risque plus élevé d'hémorragie du post-partum (OR=1.64). Le risque d'endométrite, d'abcès de paroi, de désunion de cicatrice et d'éventration se trouve également majoré par l'obésité durant la grossesse (2).

La grossesse est une période de grands bouleversements, avec des modifications physiologiques du métabolisme (3) et des modifications du comportement alimentaire. De ce fait, l'alimentation de la femme enceinte joue un rôle essentiel. Elle doit couvrir les besoins maternels et fœtaux, mais ne doit pas aggraver une situation préexistante de surpoids ou d'obésité. Outre les complications obstétricales liées à l'obésité durant la grossesse, une alimentation inadaptée peut avoir des conséquences délétères sur le fœtus. Une alimentation variée et équilibrée est nécessaire pour le bon déroulement de la grossesse et suffit à couvrir la quasi totalité des besoins du fœtus et de la mère (4). Concernant la surveillance de l'alimentation, il faut veiller à la qualité des apports et à ne pas générer une trop grande prise de poids au risque de favoriser un diabète gestationnel et/ou une macrosomie.

Concernant la prise de poids pendant la grossesse, plusieurs recommandations existent. Toutes préconisent une prise de poids en fonction de l'IMC de départ. L'Institut National de Prévention et d'Education en Santé (INPES) conseille une prise de poids globale de 12 Kg pour les femmes sans surpoids, une prise de poids plus modérée, mais jamais inférieure à 7 Kg, pour les femmes en surpoids. Pour les femmes en situation de maigreur, une prise de poids supérieure à 12 Kg est préconisée (recommandations de l'académie américaine de médecine et du Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelle (CERIN) en Annexes 4 et 5).

L'INPES dans le cadre du Plan National Nutrition Santé 2011-2015 (PNNS) recommande, pendant la grossesse, d'augmenter l'apport en calcium par la consommation de produits laitiers, de diminuer la consommation d'aliments sucrés et d'aliments gras, et d'augmenter la consommation de fruits et légumes (Annexe 3).

Par ailleurs, la grossesse peut nécessiter des adaptations de l'alimentation dans d'autres domaines, notamment dans le but de prévenir certaines infections, comme la toxoplasmose ou la listériose ; des règles d'hygiène sont à respecter, notamment à propos des viandes crues, des coquillages et fruits de mer crus ainsi que des fromages au lait cru qui sont à proscrire.

D'autre part, la femme enceinte a des besoins spécifiques en certains nutriments (folates, vitamine D, fer, iode) qui peuvent ne pas être apportés suffisamment par une alimentation équilibrée. Les besoins en folates des femmes enceintes s'élèvent à 400ug/j. L'alimentation (fruits et légumes) ne suffisant pas à couvrir ces besoins, une supplémentation systématique en folates est recommandée à raison de 0,4 mg par jour à débuter 4 semaines avant la conception jusqu'à la 12ème SA (5)(4)(6). Une carence en folates est responsable d'anomalies de fermeture du tube neural. La vitamine D fait également l'objet d'une supplémentation systématique au 6ème mois de la grossesse à raison de 100 000 UI en une prise. Cette supplémentation est nécessaire car une carence en vitamine D est à l'origine d'anomalies osseuses chez le fœtus et d'hypocalcémie à la naissance (1)(7)(8). L'alimentation (produits laitiers, poissons gras) et le taux d'ensoleillement en France ne permettent pas de couvrir les besoins journaliers (400 UI/j). Concernant le calcium, le fer et l'iode, on considère que l'alimentation variée et équilibrée suffit à couvrir les besoins journaliers : 3 produits laitiers par jour pour le calcium ; viande, poisson, boudin noir et légumineuses pour le fer et produits laitiers, poisson et œufs pour l'iode. De plus L'organisation mondiale de la santé (OMS) recommande une supplémentation systématique en iode de 150 à 200 ug/j (9).

L'INPES recommande de limiter la consommation de caféine (< 3 tasses/j) et de boissons sucrées. L'alcool est la seule boisson strictement interdite pendant la grossesse du fait du risque malformatif qu'il induit. D'autres aliments sont déconseillés, c'est le cas des produits à base de foie qui sont riches en vitamine A ; des produits à base de soja à forte teneur en phyto-estrogènes qui montrent des effets indésirables chez les animaux (on déconseille plus d'un produit par jour) ; des produits enrichis en phytostérols (aliments « anti-cholestérol ») et de certains poissons ayant un fort taux de mercure, dont on ne conseille pas plus de 150g par semaine (comme le thon frais). (7)(8)

La grossesse est une période privilégiée pour modifier et améliorer les habitudes alimentaires du fait du nombre important de contacts avec les professionnels de santé (4). L'alimentation de la femme enceinte est un sujet particulièrement intéressant dans le cadre d'un mémoire d'étudiante sage-femme. En effet la sage-femme a un rôle essentiel de conseil et de prévention des maladies durant la grossesse, et son accompagnement s'étend également au suivi de la prise de poids et à l'information nutritionnelle. C'est la première interlocutrice que la patiente verra au cours des 7 consultations prénatales, de l'entretien prénatal précoce du 4ème mois jusqu'à la fin des 7 cours de préparation à la naissance qui sont prévus dans le suivi de la grossesse par l'assurance maladie. La sage-femme peut également continuer ce suivi à l'occasion de consultations de gynécologie de prévention.

Cette étude a pour objectif principal d'apprécier les changements d'habitudes alimentaires chez les femmes enceintes. Les objectifs secondaires de ce travail sont de rechercher les facteurs influençant ces modifications et d'appréhender l'écart entre les habitudes alimentaires et les recommandations officielles.

2. Matériel et Méthodes

2.1 Type d'étude

Cette étude est une enquête qualitative descriptive transversale mono centrique, réalisée au Centre hospitalier régional et universitaire (CHRU) de Brest auprès des femmes consultant pour leur grossesse entre le 19 octobre et le 8 janvier 2016.

2.2 Population

Pour cette étude, sont sollicitées toutes les femmes enceintes à partir de 20 SA (semaines d'aménorrhées) qui viennent consulter dans le cadre du suivi de leur grossesse auprès des sages-femmes du CHRU de Brest lors de la période dédiée.

Les femmes enceintes de moins de 20SA, les femmes mineures ainsi que les femmes ne maîtrisant pas la langue française ne sont pas incluses dans l'étude.

2.3 Outils

Nous avons conçu un questionnaire anonyme (annexe 1), distribué individuellement aux femmes qui correspondaient aux critères d'inclusion de l'étude. Une première partie qui comprend des questions générales sur l'âge, la situation familiale et professionnelle, une deuxième partie où nous interrogeons les femmes sur leur situation actuelle, poids, taille, terme, allergies, régimes particuliers, tabagisme, activité physique et les supplémentations qu'elles prennent pendant la grossesse ; puis en dernière partie des questions sur la modification des habitudes alimentaire ; nous avons pour cela, fait une liste de groupe d'aliments consommés pour lesquels les femmes indiquaient si elles avaient augmenté, diminué ou n'avaient pas modifié la consommation, du fait de la grossesse. Enfin, les dernières questions portaient sur les informations reçues, et l'impact de la modification de leur alimentation sur l'entourage. En dernière partie du questionnaire, un tableau permettant le recueil des repas sur trois jours était à compléter.

Le questionnaire était disponible auprès des secrétaires de consultation, sachant que toutes les femmes passent par le secrétariat avant d'aller en rendez-vous. Les secrétaires ainsi que les sages-femmes du service ont été informées et ont participé à la distribution des questionnaires.

Les données ont été recueillies et analysées dans un tableur informatique, Excel. C'est une analyse descriptive qui a été utilisée. Pour analyser la prise de poids pendant la grossesse nous avons utilisé la classification de l'enquête périnatale 2010 de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) (10). Nous avons également analysé qualitativement le tableau résumant l'alimentation sur trois jours, en évaluant la qualité nutritionnelle des repas, pour cela nous nous sommes basés sur les recommandations de l'INPES (7)(8) et du feuillet du carnet de santé maternité (11).

Enfin pour l'évaluation de la représentativité de l'étude nous avons comparé nos chiffres à ceux de l'enquête périnatale 2010 (10).

3. Résultats

Nous avons pu recueillir 41 questionnaires sur 47 distribués et 150 laissés à disposition, 4 étaient incomplets et 17 femmes n'avaient pas complété le tableau final concernant leur alimentation sur trois jours. Nous avons donc un taux de réponse d'environ 27%.

Nous avons décidé d'exclure un questionnaire qui ne comportait que trop peu de réponses pour être exploité. L'étude a donc porté sur 40 questionnaires.

3.1 Caractéristiques générales de la population étudiée

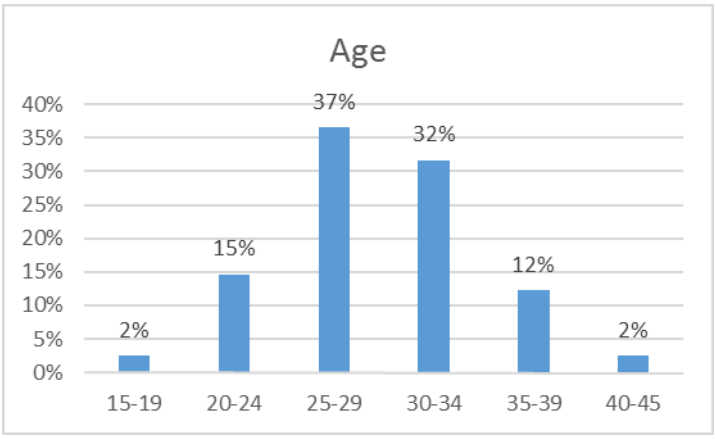


Figure 1: Répartition des âges des femmes interrogées (en pourcentage (n=40))

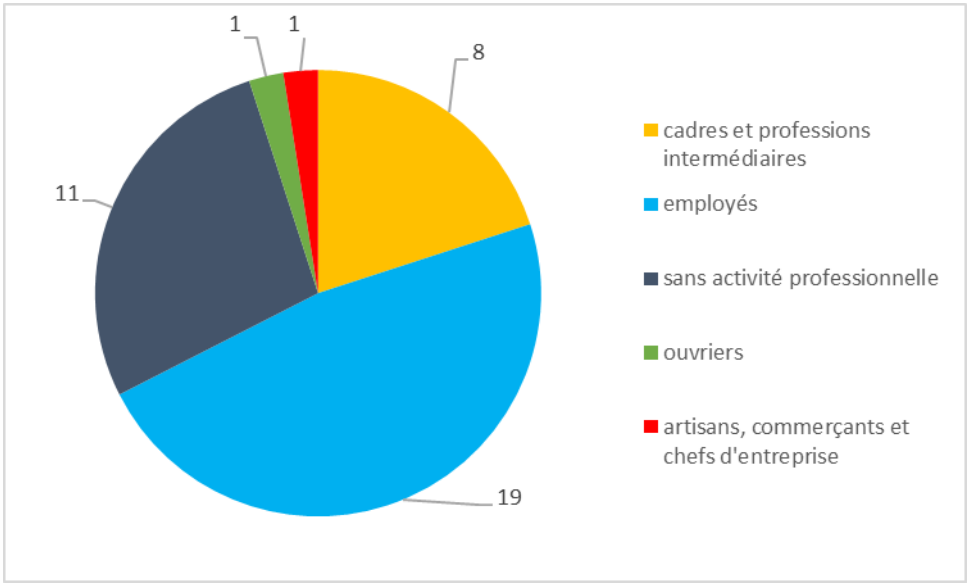


Figure 2: Profession (en nombre de personnes (n=40))

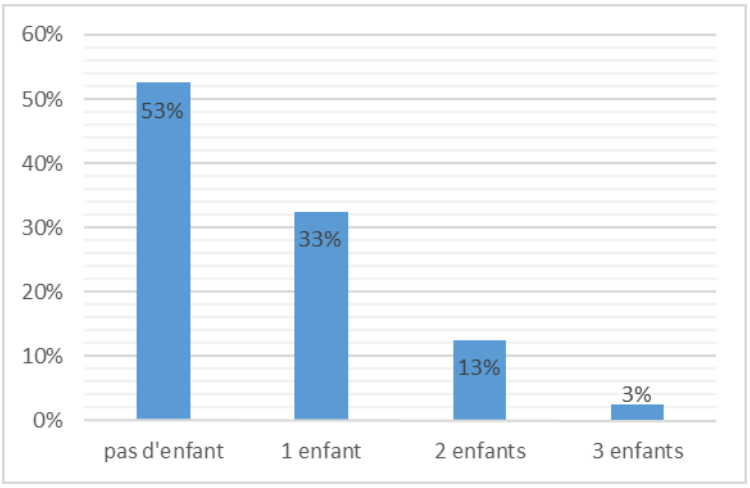


Figure 3: Nombre d'enfants par femmes (en pourcentage de femmes (n=40))

3.2 Résultats spécifiques

3.2.1 Caractéristiques spécifiques de la population

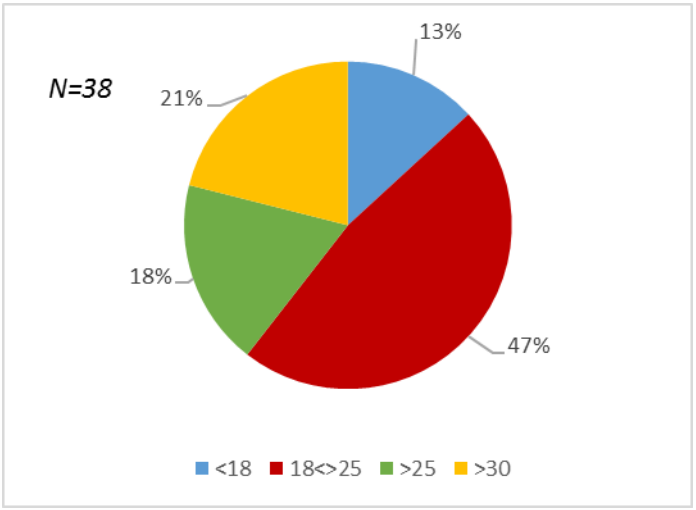


Figure 4: Répartition IMC en pourcentage (n=38)

Nous avons pu calculer l'Indice de Masse Corporelle de 38 patientes sur 40. Rappelons qu'un IMC inférieur à 18 correspond à une situation de maigreur, un IMC supérieur à 25 correspond à un surpoids et un IMC supérieur à 30 à une situation d'obésité (annexe 4).

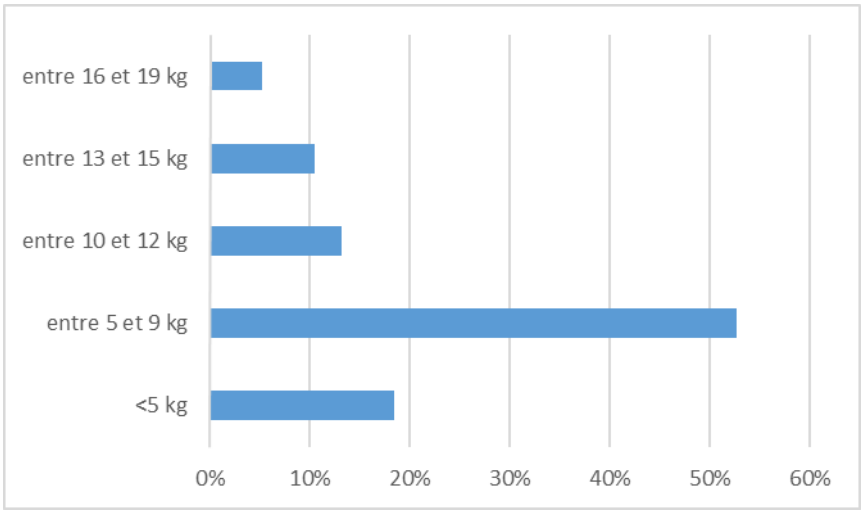


Figure 5: Répartition prise de poids (en pourcentage de femmes (n=38))

Parmi les femmes qui ont une prise de poids inférieure à 5 kg :

- 2 sont obèses
- 3 sont en surpoids
- Aucune ne pratique d'activité physique pendant la grossesse
- Toutes sauf une ont modifié leur alimentation.

Trois femmes ont une prise de poids supérieure à 13 kg :

- 2 sont en situation de maigreur
- Une est obèse
- Deux ont gardé une activité physique pendant la grossesse
- Elles ont toutes changé leur alimentation.

Concernant la pratique d'une activité physique pendant la grossesse : 56% des femmes interrogées pratiquaient une activité physique avant la grossesse contre 32% pendant la grossesse. 46% des femmes ont réduit leur activité physique soit en diminuant le temps par semaine ou en arrêtant complètement, 5% ont augmenté leur activité.

Concernant la consommation de tabac pendant la grossesse, 15% des femmes interrogées sont fumeuses, 7 femmes sur 13 ont arrêté de fumer depuis leur grossesse.

3.2.2 Supplémentations

43% des femmes interrogées reçoivent une supplémentation en certains nutriments.

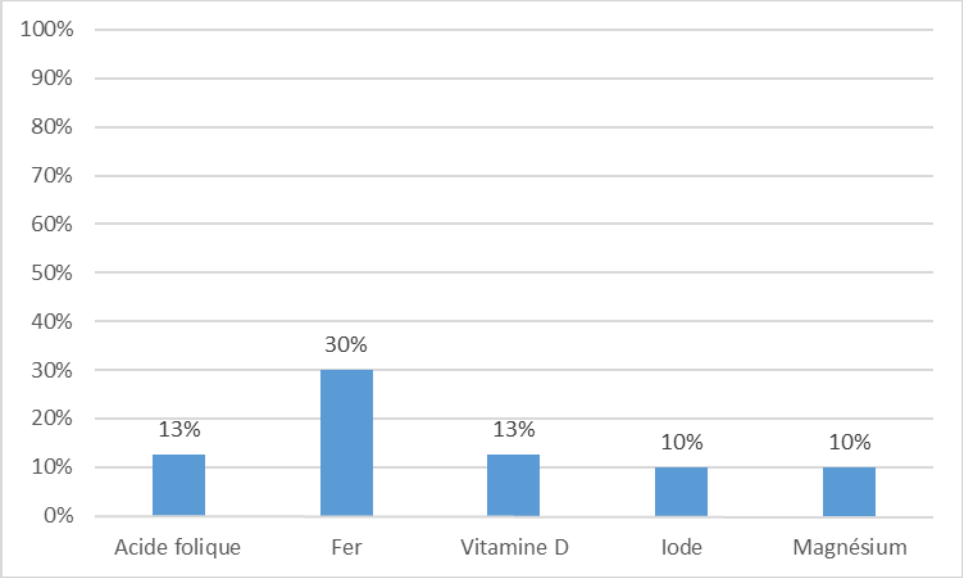


Figure 6: Répartition des supplémentations en pourcentage (n=40)

3.2.3 Modifications des habitudes alimentaires

36 femmes sur 40 déclarent avoir changé leurs habitudes alimentaires depuis le début de leur grossesse.

Chez la plupart des femmes, nous observons une tendance à l'augmentation des quantités consommées, ainsi que de la consommation des produits laitiers, des légumes verts, des fruits et du poisson. En ce qui concerne les aliments gras, la viande, le sel et les boissons sucrées, on observe une tendance à la réduction de leur consommation. La consommation des aliments sucrés est globalement stable. Chez les patientes diabétiques elle est systématiquement réduite.

Tableau 1: Tendance générale des modifications apportées par classe d'aliments (en bleu (n=40))

	Augmentation	*Pas de modification*	*Réduction*
QUANTITES	7	26	5
PRODUITS LAITIERS	15	22	3
ALIMENTS SUCRES	12	16	12
ALIMENTS GRAS	5	24	11
LEGUMES VERTS	11	26	3
FRUITS	15	22	3
SEL	1	36	2
VIANDE	4	29	7
POISSON	4	33	3
BOISSONS SUCREES	4	21	14

3.2.4 Raisons et impact de ces modifications (n=36)

Les raisons principales pour lesquelles les femmes déclarent avoir changé leurs habitudes alimentaires sont :

- Des **préoccupations de santé pour leur bébé** (44%)
- Des **goûts différents** pendant la grossesse (44%)
- Des préoccupations de santé pour elles-mêmes (28%)
- Des informations reçues par les professionnels de santé :
    - Diététicien ou nutritionniste (20%)
    - Sage-femme (17%)
    - Médecin traitant ou gynécologue (10%)
- Support d'informations écrit (11%)
- Des connaissances personnelles (17%)

Presqu'un tiers des femmes pensent que les habitudes qu'elles ont prises pendant la grossesse auront un impact sur l'alimentation qu'elles donneront à leur futur enfant, et 11 déclarent que les modifications de leur alimentation ont eu un impact sur les personnes vivant dans leur foyer.

3.2.5. Informations reçues

Un peu moins de 20% des femmes auraient aimé recevoir plus d'information sur l'alimentation pendant leur grossesse. 5 ont répondu qu'elles auraient souhaité recevoir plus d'information de la part du professionnel de santé qui suit la grossesse, et 4 auraient souhaité un document écrit.

Un peu plus de la moitié des femmes interrogées (22/40), disent avoir lu le feuillet concernant l'alimentation dans le carnet de santé maternité. Celles qui ne l'ont pas lu, ne l'ont soit pas reçu soit pas vu ; une femme déclare ne pas l'avoir lu parce qu'elle n'était pas intéressée.

3.3. Modifications des habitudes alimentaires en fonction de certains critères

3.3.1. IMC et Prise de poids

Parmi les femmes en surpoids (n=7) ou obèse (n=8) :

- 4 ont un diabète gestationnel
- 4 ont déjà eu un suivi diététique
- 4 pratiquaient une activité physique avant la grossesse, 3 ont arrêté et 1 a réduit de moitié
- 1 a débuté une activité physique
- 1 n'a pas modifié son alimentation.

Concernant la modification de l'alimentation de ces femmes, elles ont tendance à :

- Diminuer les quantités consommées
- Augmenter la consommation de produits laitiers, de légumes verts, de fruits et de poisson
- Réduire la consommation d'aliments gras, sucrés, de viande et de boissons sucrées.

L'une de ces femmes, obèse, a pris 15 kg à 8 mois de sa grossesse, elle indique avoir augmenté sa consommation d'aliments sucrés et avoir réduit sa consommation de boissons sucrées. Et elle déclare avoir arrêté son activité physique habituelle.

Parmi les femmes en situation de maigreur (n=5) : 2 ont une prise de poids supérieure ou égale à 15 kg. Elles ont globalement augmenté les quantités consommées, ainsi que les produits laitiers, les aliments gras et sucrés, les légumes verts et les fruits. Elles déclarent ne pas avoir modifié leur pratique d'activité physique (une seule pratique une activité physique).

3.3.2. Diabète gestationnel

7 femmes sur 40 ont un diabète gestationnel, soit environ 15% de la population étudiée. Un tiers des femmes a un poids normal, un tiers a un surpoids et l'autre tiers est en situation d'obésité. Elles ont toutes une prise de poids entre 5 et 9 kg ou inférieure à 5 kg pour 2 femmes. 3 de ces femmes déclarent avoir réduit leur activité, une l'aurait arrêtée et l'une débutée pendant la grossesse. Elles sont toutes suivies pour leur diabète gestationnel.

Toutes ont modifié leurs habitudes alimentaires pendant la grossesse : elles ont toutes réduit leur consommation d'aliments sucrés et 5 sur 7 ont réduit leur consommation de boissons sucrées. La majorité d'entre elles a réduit la consommation d'aliments gras.

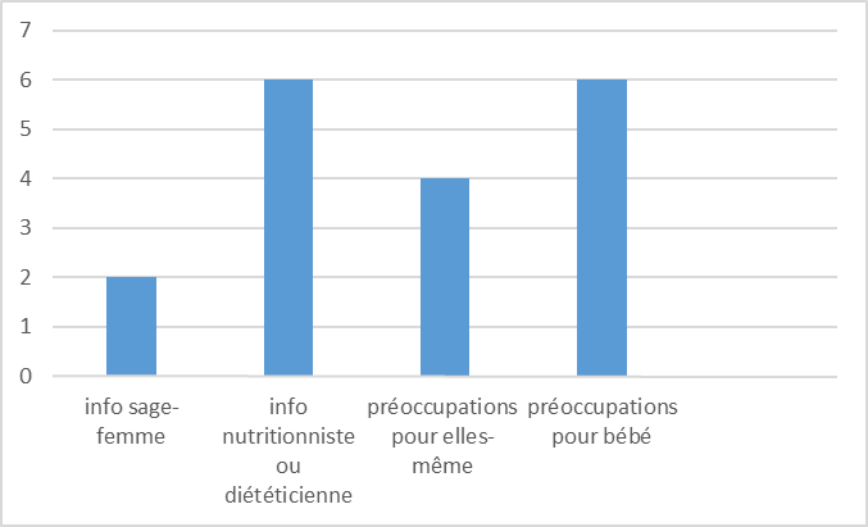


Figure 7: Raisons principales des modifications alimentaires chez les femmes présentant un diabète gestationnel (en nombre de personne) (n=6)

3.3.3. Information reçue

Conseil Professionnel de santé

14 femmes ont changé leurs habitudes alimentaires après avoir reçu des conseils de la part d'un professionnel de santé. Elles ont une prise de poids comprise entre 5 et 9 kg et entre 10 et 12 kg pour la majorité. Le même nombre de femmes pratique une activité physique pendant la grossesse et avant. Ces femmes ont eu tendance à augmenter leur consommation de produits laitiers, de fruits et de légumes, et à réduire leur consommation d'aliments sucrés, de boissons sucrées et d'aliments gras.

Support d'informations papier

4 femmes ont déclaré avoir changé leurs habitudes alimentaires après avoir lu des conseils dans un livret d'information. La prise de poids de ces femmes est comprise entre 5 et 9 kg pour la majorité. On observe chez ces femmes une tendance à l'augmentation de la consommation de produits laitiers, d'aliments sucrés et de fruits et à la réduction de la consommation d'aliments gras, de légumes, de viande et de boissons sucrées.

3.4 Alimentation sur trois jours

24 femmes ont rempli le tableau concernant leur alimentation sur trois jours, cette partie est donc une analyse de 24 cas.

La moitié des femmes interrogées semblent avoir une alimentation en accord avec les recommandations.

Tableau 2 à 7: Evaluation de l'alimentation sur trois jours des femmes interrogées (n=24)

Nombre de repas par jour	*Nombre de femmes (n=24)*
2	1
3	18
Plus de 3	5

Nombre de légumes consommés par jour	*Nombre de femmes (n=24)*
Aucun	4
Une fois	13
Deux fois	7

Nombre de produits laitiers consommés	*Nombre de femmes (n=24)*
2 par jour	6
1 ou moins par jour	13
Au moins 1 par repas	5

Nombre de fruits consommés par jour	*Nombre de femmes (n=24)*
0 à 1	18
2 à 3	4
Plus de 3	2

Nombre d'aliments gras consommés en excès par jour	*Nombre de femmes (n=24)*
Aucun	6
1	12
2	5
Plus de 2	1

Nombre d'aliments sucrés consommés en excès par jour	*Nombre de femmes (n=24)*
Aucun	8
1	14
2	2

Concernant les trois femmes obèses qui ont complété le tableau :

- 2 ont une alimentation qui est en accord avec les recommandations.
- Toutes les trois font trois repas par jour
- Consommation de **produits laitiers**
  - 2 femmes en consomment à chaque repas (elles ont toutes les deux augmenté leur consommation depuis la grossesse)
  - 1 femme en consomme une fois ou moins par jour.
- Consommation de **légumes**
  - 2 femmes en consomment une fois par jour
  - 1 n'en consomme pas
  - Elles n'ont pas modifié cette consommation depuis leur grossesse
- Toutes les trois consomment au moins un **aliment gras en excès** par jour
  - L'une a réduit sa consommation
  - Les autres n'ont pas modifié cette consommation avec la grossesse
- Une seule consomme des **aliments sucrés en excès**, elle n'a pas changé sa consommation depuis la grossesse.
- Elles ont toutes une **prise de poids inférieure ou comprise entre 5 et 9 kg**.

Concernant les cinq femmes en surpoids :

- 3 ont une alimentation en accord avec les recommandations
- Consommation de **produits laitiers :**
  - Deux consomment un produit laitier ou moins par jour
  - Les trois autres en consomment 2 par jour
  - Deux ont augmenté leur consommation de produits laitiers
  - Une l'a réduite depuis la grossesse.
- Consommation de **légumes :**
  - Une ne consomme pas de légumes et déclare avoir augmenté sa consommation
  - 2 en consomme 1 fois par jour, l'une d'elles a augmenté sa consommation, et les 2 autres 2 fois par jour.
- 4 consomment au moins un **aliment gras en excès** par jour, une a réduit sa consommation depuis sa grossesse
- 3 consomment un **aliment sucré en excès** par jour, elles ont quasiment toutes réduit leur consommation de produits sucrés.

- L'une d'elles a une **prise de poids inférieure à 5 kg**
  - Elle a un diabète gestationnel
  - Son alimentation est en accord avec les recommandations
  - Elle a réduit sa consommation d'aliments sucrés et consomme toujours 1 aliment sucré en excès par jour
  - Elle consomme un aliment gras en excès par jour
  - Elle consomme des légumes 2 fois par jour
  - 2 à 3 fruits par jour
- Les autres femmes ont une prise de poids entre 5 et 9 kg et entre 10 et 12 kg.

<u>Concernant les trois femmes en situation de maigreur :</u>

- Deux des femmes ont une alimentation qui n'est pas en accord avec les recommandations
  - Elles ont une prise de poids comprise **entre 10 et 12 kg et entre 13 et 15 kg**.
  - Elles font trois repas par jour
  - Leur consommation de **produits laitiers** est de 1 ou moins par jour elles déclarent avoir augmenté cette consommation avec leur grossesse.
  - L'une a augmenté sa consommation de **légumes**, elle en consomme une fois par jour, l'autre n'en consomme pas.
  - Elles ont augmenté leur consommation **d'aliments sucrés**, une seule en consomme en excès.
  - L'une d'elles a augmenté sa consommation **d'aliments gras**, elle en consomme plus de 2 par jour, l'autre femme en consomme 2 par jour
- La troisième femme en situation de maigreur a une alimentation en accord avec les recommandations et sa prise de poids est comprise entre 5 et 9 kg.

5 femmes ont un diabète gestationnel. Parmi elles, 3 ont une alimentation en accord avec les recommandations : une femme a pris moins de 5 kg, les autres ont une prise de poids comprise entre 5 et 9 kg. Elles ont toutes réduit leur consommation d'aliments sucrés : une en consomme deux par jour et deux une fois par jour.

Deux des femmes qui ont complété ce tableau ont une prise de poids inférieure à 5 kg :

- L'une est en surpoids
  - Elle présente un diabète gestationnel
  - Elle a une alimentation en accord avec les recommandations
  - Elle consomme 2 produits laitiers par jour
  - Des légumes 2 fois par jour
  - Elle consomme un aliment sucré et un aliment gras en excès par jour
- L'autre femme est de poids normal
  - Elle n'a pas une alimentation en accord avec les recommandations
  - Sa consommation de produits laitiers est inférieure ou égale à un par jour
  - Elle consomme des légumes une fois par jour
  - Elle consomme un aliment sucré et un aliment gras en excès par jour

Une seule femme a une prise de poids comprise entre 16 et 19 kg ; elle est de poids normal, n'a pas de diabète gestationnel et n'a pas une alimentation en accord avec les recommandations. Elle fait plus de 3 repas par jour, consomme deux produits laitiers par jour, des légumes deux fois par jour, elle a augmenté ses deux consommations avec sa grossesse. Elle consomme 2 aliments gras et un aliment sucré en excès par jour.

13 femmes ont une **prise de poids comprise entre 5 et 9 kg**, la majorité d'entre elles ont une alimentation équilibrée en accord avec les recommandations.

5 femmes ont une **prise de poids comprise entre 10 et 12 kg**, 2 ont une alimentation en accord avec les recommandations.

2 femmes ont une **prise de poids comprise entre 13 et 15 kg**, l'une a une alimentation en accord avec les recommandations, l'autre non.

5 femmes sur 26 ont entre 2 à 3 enfants, 4 de ces femmes n'ont pas une alimentation équilibrée en accord avec les recommandations. Parmi elles une femme en surpoids et une femme en situation de maigreur. Un peu plus de la moitié des femmes qui ont 1 enfant ou pas d'enfant ont une alimentation en accord avec les recommandations.

4. Discussion

4.1. Résultats généraux et représentativité de la population étudiée

4.1.1. Taux de réponse

Nous avons eu un taux de réponse de 27%, ce qui est un résultat honorable pour une enquête descriptive. Le taux élevé de questionnaires non distribués peut s'expliquer par le nombre d'intervenants (secrétaires et sages-femmes) et leur charge de travail quotidienne. Il peut également s'expliquer par la non obligation de réponse des femmes consultant, le manque de temps avant leur consultation ou le manque de motivation.

Le tableau concernant l'alimentation sur trois jours a été complété par un peu plus de la moitié des femmes. Les autres femmes ont peut-être eu du mal à se souvenir de leur repas des trois jours précédents. Au vu de ce taux de réponse, des entretiens auraient été plus appropriés pour cette partie du questionnaire.

4.1.2. Représentativité de la population

Pour évaluer la représentativité de la population étudiée, nous nous basons sur les données nationales de l'enquête périnatale 2010 (10).

-> Age

L'enquête périnatale (10) retrouvait une majorité de 30-34 ans. Dans notre étude nous retrouvons une majorité de 25-29 ans. Hormis ces deux tranches d'âges, la répartition des âges de notre étude est semblable à celle de l'enquête périnatale 2010 (10).

-> Parité

La répartition du nombre d'enfants par femmes que nous donne notre étude est semblable à celle de l'enquête périnatale de 2010. Soit, dans l'ordre, 43% de nullipare, 34% de primipare, 14% de deuxième pare, 5% de troisième pare et 3% de quatrième pare ou plus. Dans notre population nous n'avons pas de quatrième pare.

-> IMC

Notre population est peu représentative en terme d'IMC par rapport aux statistiques nationales de l'enquête périnatale (10). En effet, nous avons bien une majorité de femmes de poids normal, mais la proportion de femmes en surpoids et obèse est inversée avec un plus grand nombre de femmes obèses, soit 21% dans notre étude et 9,9% dans l'enquête périnatale. En revanche, le nombre de femmes en surpoids est comparable à celui de l'enquête nationale. Le nombre de femmes en situation de maigreur est minoritaire dans les deux études. Le nombre plus important de femmes en surpoids ou obèses présentes dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que celles-ci seraient plus sensibles aux questions de nutrition, par rapport à d'autres femmes n'ayant pas de problème de poids. Elles se seraient donc senties plus concernées par le sujet de notre étude.

-> Diabète gestationnel

Dans notre étude, 15% de la population présente un diabète gestationnel, soit le double des statistiques nationales, d'après l'enquête périnatale de 2010 (10). Notre résultat peut s'expliquer par le pourcentage plus important de femmes obèses et en surpoids de notre population et possiblement par un dépistage plus systématique à l'hôpital.

Nous pouvons conclure que la population de notre étude est représentative, par rapport à la population nationale de l'enquête de périnatalité de 2010 (10), en ce qui concerne l'âge et situation familiale. En revanche, on remarque que notre population est à plus haut risque métabolique. La faible proportion de population étudiée peut expliquer ce point, ainsi que la proportion plus importante de femmes en surpoids ou obèse.

4.2. Analyse des principaux résultats

4.2.1. Alimentation des femmes enceintes

Nous constatons que la plupart des femmes interrogées ont modifié leurs habitudes alimentaires pendant la grossesse de manière positive. Cependant, il reste quelques points à améliorer. Les quantités consommées, par exemple : en effet, une majorité des femmes déclarent avoir augmenté les quantités. Néanmoins, nous ne pouvons pas affirmer le caractère négatif des modifications. En effet nous ne connaissons pas la quantité et la qualité des apports avant la grossesse.

On remarque une tendance à la modification des habitudes alimentaires prenant en compte l'IMC de départ. Les femmes en surpoids ou obèses vont en majorité réduire la consommation d'aliments gras, d'aliments sucrés, ainsi que les quantités consommées, et augmenter la consommation de fruits et légumes. A l'inverse, les femmes en situation de maigreur ont tendance à augmenter les quantités consommées, en particulier celles des produits gras et sucrés. Chez les femmes présentant un diabète gestationnel, on observe également une modification des habitudes prenant en compte cette pathologie, avec une majorité qui va diminuer les quantités d'aliments sucrés et de boissons sucrées consommées.

L'analyse seule du tableau des modifications ne suffit pas à évaluer la qualité de l'alimentation et des changements adoptés. Le dernier tableau recueillant l'alimentation sur trois jours nous éclaire davantage sur la qualité de l'alimentation des femmes et nous permet d'analyser les modifications apportées avec plus de précision. Cependant, les résultats sont à relativiser du fait de l'effectif réduit.

Dans ces tableaux, nous avons pu observer que la consommation de légumes était insuffisante pour plus de la moitié des femmes. Les campagnes actuelles de l'INPES confirment qu'il y a, dans la population générale, un défaut de consommation de fruits et légumes (7)(8). En ce qui concerne la consommation de produits laitiers, la majorité des femmes a augmenté cette consommation, mais l'effort n'est pas toujours suffisant puisqu'il reste une grande majorité qui n'en consomme qu'un par jour, voire moins ; c'est donc un point sur lequel nous pouvons insister lorsque nous délivrons des conseils sur l'alimentation. La majorité des femmes interrogées consomment au moins un produit sucré et/ou gras par jour, qui sont le plus souvent les jus de fruits ou la confiture pour les produits sucrés, et les aliments frits ou les viennoiseries et gâteaux pour les produits gras.

L'analyse de ces données nous a également permis de constater que la plupart des femmes interrogées en surpoids ou obèses a une alimentation équilibrée, et a apporté des

modifications positives à cette alimentation. Nous avons donc des femmes qui, pendant la grossesse, semblent prendre conscience de l'importance d'une alimentation équilibrée, et qui, de ce fait, ont une prise de poids de moins de 12 kg.

Cette observation se confirme quand nous analysons le comportement alimentaire des femmes ayant un diabète gestationnel. En effet, toutes ont diminué leur consommation d'aliments sucrés, et même s'il reste une consommation excessive pour certaines, elles ont la préoccupation de leur santé et de celle de leur futur enfant.

Concernant la prise de poids pendant la grossesse, nous faisons deux constatations : les femmes ayant une prise de poids inférieure à 12 kg ont pour la majorité d'entre elles une alimentation équilibrée, et les femmes ayant une prise de poids supérieure à 13 kg, voire 16 kg, ont pour la plupart une alimentation qui ne l'est pas. Cependant, le faible nombre de femmes ayant une prise de poids importante et qui ont complété le tableau ne nous permet pas d'établir un lien de causalité mais seulement une constatation. Cette constatation confirme tout de même ce que nous savons sur les bienfaits d'une alimentation équilibrée.

4.2.2. Raisons et impact des modifications alimentaires

Les raisons de ces modifications sont essentiellement des préoccupations pour la santé de leur bébé et des goûts différents pendant la grossesse. Ce point confirme que la grossesse est une période privilégiée pour informer les femmes sur leur alimentation, puisque d'une part, elles rencontrent tous les mois un professionnel de santé, et que d'autre part, elles sont souvent plus réceptives à ce type de message pendant la grossesse du fait d'une préoccupation supplémentaire pour la santé de leur bébé.

Néanmoins, il semble que les conseils des professionnels de santé qui consultés pendant la grossesse sont insuffisants ou insuffisamment suivis par les femmes. Or, les femmes qui ont reçu ces conseils ont majoritairement modifié leurs habitudes en accord avec les recommandations. En outre, la délivrance, seule, de documents d'informations ne semble pas être suffisante puisque les femmes ayant modifié leurs habitudes à l'aide de ces documents n'apportent pas les bonnes modifications à leur alimentation. Il serait intéressant de voir le nombre de femmes modifiant positivement leur alimentation grâce aux conseils d'un professionnel de santé augmenter dans une prochaine étude, peut-être en apportant systématiquement une série de conseils sur l'alimentation et en adoptant une démarche d'éducation thérapeutique. Cela pourrait se faire en s'appuyant sur des documents préexistants, comme le guide nutrition pendant et après la grossesse de l'INPES(7), lors des consultations prénatales.

4.2.3. Autres corrélations

Ce recueil des habitudes alimentaires sur trois jours nous a permis d'établir un lien entre la qualité de l'alimentation et la situation familiale. En effet nous avons trouvé que la majorité des femmes ayant plus de deux enfants ont une alimentation peu équilibrée, et qu'à l'inverse la majorité des femmes qui ont un enfant ou moins ont une alimentation équilibrée. Nous pouvons expliquer ce point par un manque de temps pour s'occuper des aspects diététiques de l'alimentation.

Nous pouvons également imaginer que les ressources financières des familles nombreuses sont inférieures à celles des familles d'un ou deux enfants. Pour pouvoir constater un lien entre les ressources financières et la qualité de l'alimentation nous n'avons pas assez d'informations pour établir le profil socio-économique des patientes, il aurait fallu poser plus de questions sur leur situation socio-économique. Cependant, l'étude Abena 2011-2012 a établi un lien entre précarité et qualité des apports nutritionnels (12). Cette étude retrouvait un plus grand nombre de pathologies liées à la nutrition et un plus grand nombre de femmes obèses parmi les personnes bénéficiant de l'aide alimentaire. Il y a donc un lien entre les ressources financières et l'accès à une alimentation de qualité.

5. Conclusion

La sage-femme est une actrice importante de prévention en santé des femmes. C'est le professionnel de santé que les femmes rencontrent le plus souvent pendant la grossesse. Le surpoids et l'obésité représentent aujourd'hui de véritables enjeux de santé publique, qui ont donné lieu aux campagnes portées par l'INPES à travers son programme Manger Bouger du PNNS 2011-2015 ; nous nous sommes donc légitimement intéressés à l'alimentation de la femme enceinte. Notre étude est la première, au CHU de Brest, qui s'intéresse à l'alimentation des femmes enceintes lors des consultations prénatales externes. Sa portée est limitée par le nombre de questionnaires recueillis mais nous pouvons tout de même en retirer quelques pistes d'amélioration.

Les objectifs de notre étude étaient d'apprécier les changements d'habitudes alimentaires chez les femmes enceintes, les facteurs influençant ces changements, et d'appréhender l'écart entre les habitudes alimentaires des femmes et les recommandations officielles, notamment celles de l'INPES (7)(8).

Nous avons pu relever que la majorité des femmes interrogées ont modifié leurs habitudes alimentaires conformément aux recommandations de l'INPES. Cependant, il serait souhaitable que le taux de femmes adoptant de bonnes habitudes alimentaires augmente. Pour atteindre ce résultat, nous faisons ressortir de notre étude qu'il y a un défaut d'informations de la part des professionnels de santé. La première proposition que nous pouvons évoquer est donc une amélioration de la communication sur l'alimentation au cours de la grossesse.

Nous pourrions imaginer qu'une consultation soit, en début de grossesse, consacrée à l'évaluation des habitudes de vie de la patiente. Ainsi un message personnalisé sur les modifications à apporter à l'alimentation pourrait être délivré. Il serait donc intéressant de renforcer la formation initiale en diététique et en éducation thérapeutique des sages-femmes.

De plus, nous avons pu constater que les documents d'informations distribués aux femmes enceintes ne sont pas suffisants pour l'amélioration de la qualité des habitudes alimentaires. Notre deuxième proposition serait donc d'élaborer des supports d'informations personnalisés sur l'alimentation prenant en compte chaque profil de femmes. Lors d'une consultation, la patiente et la sage-femme discuteraient de ce qui peut être amélioré sur le plan alimentaire. Ainsi, grâce à des conseils personnalisés, elles auraient plus de facilité à s'approprier les recommandations.

Références bibliographiques

1.INSERM, Kantar Health, Roche. ObEpi, Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité 2012 [En ligne] http://www.roche.fr/content/dam/corporate/roche_fr/doc/obepi_2012.pdf . Consulté le 8 février 2015.

2. Marpeau L, Roman H, Diguet A, Sergent F, CNGOF, collège national des gynécologues et obstétriciens français. Conséquences obstétricales de l'obésité maternelle. 2007.

3. Belleil M. L'information des femmes enceintes sur leurs besoins nutritionnels pendant la grossesse. Mémoire diplôme d'état de sage-femme. Ecole de sage-femme Nantes; 2007, 73p.

4. Butte NF, King JC. Energy requirements during pregnancy and lactation. Public Health Nutr. 2005;8(7A):1010–27.

5. CERIN Centre de recherche et d'informations nutritionnelles. Fiche basique: L'alimentation de la femme enceinte. [En ligne] http://www.cerin.org/uploads/media/Femme-enceinte-Fiche-Basique-Cerin_01.pdf . Consulté le 5 février 2015.

6. CNGOF, collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique: supplémentations au cours de la grossesse. 1997.

7. Groupe de travail « guides alimentaires du programme national nutrition-santé ». Le guide nutrition pendant et après la grossesse. Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa). Institut national de prévention et d'éducation en santé (INPES); 2007.

8. Groupe de travail « guides alimentaires du programme national nutrition-santé ». Le guide nutrition pendant et après la grossesse livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé. Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa). Institut national de prévention et d'éducation en santé (INPES); 2007.

9. Lepoutre-Lussey C, Leenhardt L. Faut-il supplémenter en iode pendant la grossesse ?. Real. Nutr. Diabetol. 2011 ;35 :37-39.

10. Blondel B, Kermarrec M. Rapport Enquête nationale périnatale 2010. Instut National de la santé et de la recherche médical, ministère du travail de l'emploi et de la santé.

11. INPES, Ministère de la santé et des solidarités, Assurance maladie. Guide pour le professionnel de santé : Grossesse et accueil de l'enfant. Fiche action n°6 : L'alimentation de la femme pendant la grossesse.

12. Grange D, Castetbon K, Guibert G, Vernay M, Escalon H, Delannoy A, Féron V, Vincelet C. Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire. Etude Abena 2011-2012. PNNS. Mars 2013.

13. Krzepota J, Putek-Szelag E. Nutritional habits in the light of general health behaviours of pregnant women. Ann Agric Environ Med. 2014;21(2):425–8.

14. Ministère de la santé et des solidarités. Carnet de santé maternité. Fiche n°2: Bien manger, Bien bouger.
15. Missouri department of health and senior services. Nutrition durant la grossesse [En ligne] http://health.mo.gov/living/families/wic/wiclwp/pdf/R_0351_WIC_Weight_Brochure-FR.pdf . Consulté le 21 février 2015.
16. Noirot L, Vincent I, INPES, Institut National de Prévention et d'Education en Santé. Folates et désire de grossesse: informer et prescrire au bon moment. Les essentiels de l'INPES. 2011.
17. Perrin A-E, Simon C. Nutrition de la femme enceinte. Cah Nutr Diét. 2002; 37(1):59–64.
18. Persson M, Winkvist A, Mogren I. Lifestyle and health status in a sample of Swedish women four years after pregnancy: a comparison of women with a history of normal pregnancy and women with history of gestational diabetes mellitus. BMC Pregnancy and childbirth. 2015;15–57.
19. Soncin P. Alimentation et Grossesse... Nourrir de dires pour dire de se nourrir. Mémoire diplôme d'état de sage-femme. Ecole de sage-femme P. Morlanne Nancy 1; 2012.
20. Surman F. Evaluation des connaissances en nutrition des femmes enceintes. Mémoire diplôme d'état de sage-femme.
21. Thangaratinam S, Rogozinska E, Jolly K, Glinkowski S, Duda W, Borowiak E, et al. Interventions to reduce or prevent obesity in pregnant women: a systematic review. BMJ. 2012;16(31).
22. Thangaratinam S, Rogozinska E, Jolly K, Glinkowski S, Roseboom T, Tomlinson J, et al. Effects of interventions in pregnancy on maternal weight and obstetric outcomes: meta-analysis of randomised evidence. BMJ. 2012; 344.
23. Villar Vidal M, Amiano P, Rodriguez Bernal C, Santa Marina L, Mozo I, Vioque J, et al. Cumplimiento de las recomendaciones nutricionales de mujeres embarazadas en espana en relacion a sus caracteriticas sociodemograficas : estudio de una cohorte. Nutr Hosp. 2015;31(4):1803–12.
24. Ayoubi J, Hirt R, Badiou W, Hininger-Favier I, Favier M, Zraik-Ayoubi F, et al. Nutrition et femme enceinte. EMC. 2012;(5-042-A-10).
25. Jacovetti C, Regazzi R. Metabolic adaptations during pregnancy. Méd Mal Métab. 2012;6(4):279–87.

Annexe 1

QUESTIONNAIRE

Bonjour,

Je suis étudiante sage-femme en dernière année à l'école de sages-femmes de Brest.
Je vous sollicite dans le cadre de mon mémoire de fin d'études. En effet je réalise une étude sur les modifications des habitudes alimentaires pendant la grossesse.

Afin de réaliser cette étude, je m'appui sur les réponses apportées au questionnaire ci-joint, que j'ai rédigé avec l'aide d'une diététicienne et d'un nutritionniste.

Vous aurez besoin d'environ **5 minutes** pour répondre à ce questionnaire.
Ce questionnaire est **anonyme**.

1. Quel âge avez-vous ?
   - □ 15-19
   - □ 20-24
   - □ 25-29
   - □ 30-34
   - □ 35-39
   - □ 40-45

2. Combien avez-vous eu d'enfants ?
   - □ 0
   - □ 1
   - □ 2
   - □ 3
   - □ + de 3 :……

3. Quelle est votre situation familiale ?
   - □ Seule
   - □ En couple

4. Quel est votre niveau d'études ?
   - □ Brevet des collèges
   - □ Bac
   - □ BEP, CAP
   - □ Bac + …..

5. Quelle est votre situation professionnelle ?

   - □ Agriculteurs exploitants
   - □ Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
   - □ Cadres et professions intellectuelles supérieures
   - □ Professions intermédiaires
   - □ Employés
   - □ Ouvriers
   - □ Sans activité professionnelle

6. Combien de personnes vivent dans votre foyer ? ……

7. Quelle est votre taille ? …….cm

8. Quelle est la date prévue de votre accouchement ? ……
   Soit votre terme ce jour : ……..

9. Attendez-vous un seul enfant ou des jumeaux ? *(entourez la réponse)*

10. Quel est votre poids en dehors de la grossesse ? ……kgs
    Actuel ?…….kgs soit + ….. kgs

11. Avez-vous eu des troubles digestifs à type de nausées, vomissements… au début de votre grossesse ?
    - □ Oui
    - □ Non

12. Avez-vous des allergies alimentaires ?
    - □ Oui Lesquelles ? …….
    - □ Non

13. Etes-vous immunisée contre la toxoplasmose ?
    - □ Oui
    - □ Non

14. Suivez-vous un régime particulier ?
    - □ Oui Pourquoi ?
      - □ Diabète gestationnel
      - □ Hypercholestérolémie
      - □ Maladies digestives
      - □ Autre :……
    - □ Non

15. Avez-vous déjà été suivie par un médecin nutritionniste ou une diététicienne ?
    - □ Oui Combien de temps?……..
    - □ Non

16. Etes-vous fumeuse ?
    - □ Oui

    Combien de cigarettes/jour ? Avant la grossesse : …….
    Actuellement :…….
    - □ Non

    Si non, fumiez-vous jusqu'à la grossesse ?
      - □ Oui
      - □ Non

17. Pratiquez-vous une activité physique (marche, natation, vélo, salle de sport…) ?

Avant la grossesse :
- □ Oui, combien de temps par semaine ?....
- □ Non

Pendant la grossesse :
- □ Oui, combien de temps par semaine ?....
- □ Non

18. Avez-vous l'habitude de consommer des aliments issus de l'agriculture biologique ?
    - □ Oui
    - □ Non

19. Est-ce une habitude que vous aviez avant votre grossesse ?
    - □ Oui
    - □ Non

20. Actuellement prenez-vous des supplémentations vitaminiques, nutritionnelles?
    - □ Oui
    - □ Acide folique (Speciafoldine…)
    - □ Fer (Tardyferon B9, Fumafer…)
    - □ Vitamine D (Uvedose…)
    - □ Iode
    - □ Magnésium
    - □ Non

21. Compléter le tableau ci-joint *(page suivante)*

22. Avez-vous changé votre façon de vous alimenter depuis la grossesse ?

• Quantités consommées	- Réduction - Idem - Augmentation
• Produits laitiers	- Réduction - Idem - Augmentation
• Aliments sucrés	- Réduction - Idem - Augmentation
• Aliments gras (frites, charcuterie, fromages gras, viennoiseries, pain beurre…)	- Réduction - Idem - Augmentation
• Légumes verts	- Réduction - Idem - Augmentation
• Fruits	- Réduction - Idem - Augmentation
• Sel	- Réduction - Idem - Augmentation
• Viande	- Réduction - Idem - Augmentation
• Poisson	- Réduction - Idem - Augmentation
• Boissons sucrées	- Réduction - Idem - Augmentation
• Alcool	- Réduction - Idem - Augmentation

23. Si vous avez changé vos habitudes qu'est-ce qui vous a amené à le faire?
(Plusieurs réponses possibles)

- □ une information donnée par un professionnel de santé
  - □ sage-femme
  - □ gynécologue
  - □ médecin traitant
  - □ Nutritionniste, diététicienne
- □ une information trouvée dans un prospectus destiné aux femmes enceintes
- □ des recherches sur internet
- □ des conseils donnés par une personne de votre entourage
- □ des connaissances personnelles
- □ des préoccupations de santé : *(entourez votre réponse)*
  - Pour vous-même
  - Pour votre bébé
- □ des goûts différents avec la grossesse
- □ autre : ……

24. Pensez-vous que les changements que vous avez adoptés pendant votre grossesse auront un impact sur l'alimentation que vous donnerez à votre enfant ?
    - □ Oui
    - □ Non
    - □ Commentaires ?…… ……

25. Ces modifications ont-elles eu un impact sur l'alimentation des personnes de votre foyer ?
    - □ Oui
    - □ Non
    - □ Commentaires ?…… ……..

26. Pensez-vous avoir reçu suffisamment d'information sur votre alimentation durant votre grossesse ?
    - □ Oui
    - □ Non : quelle type d'information auriez-vous souhaité recevoir ?
      - □ Prospectus
      - □ Conseils du professionnel de santé qui suit la grossesse

27. Avez-vous lu le feuillet concernant l'alimentation de la femme enceinte dans le carnet de santé maternité ?
    - □ Oui
    - □ Non, pourquoi ? (pas vu, pas intéressé)

Je vous remercie de l'aide que vous m'apportez en répondant à mon questionnaire.

Bien cordialement,

Manon Helleux Etudiante sage-femme

Annexe 2

	Petit-déjeuner	Matinée	Déjeuner	Après-midi	Dîner	Soirée
J1						
J2						
J3						

21. Complétez le tableau suivant en écrivant ce que vous avez mangé sur les 3 derniers jours aux périodes indiquées. Vous indiquerez les quantités en unités ménagères (Cuillère à soupe, portion, 1 assiette….).

Annexe 3

Repères de consommation pour les femmes enceintes. (Guide nutrition pendant et après la grossesse. INPES)

REPÈRES DE CONSOMMATION POUR LES FEMMES ENCEINTES ET LES FEMMES QUI ALLAITENT

Fruits et/ou légumes 	**Au moins 5 par jour**	• À chaque repas et en cas de fringale. • Crus, cuits, nature ou préparés. • Frais, surgelés ou en conserve. **Pendant la grossesse, veiller à ce qu'ils soient bien lavés et à éliminer toute trace de terre.**
Pain et autres aliments céréaliers, pommes de terre et légumes secs 	**À chaque repas et selon l'appétit**	• Favoriser les aliments céréaliers complets ou le pain bis, y compris en cas de fringale. • Privilégier la variété des féculents : riz, pâtes, semoule, blé, maïs, pommes de terre, lentilles, haricots secs, pois chiche, etc. **Pendant la grossesse et l'allaitement, limiter les aliments à base de soja : pas plus de un par jour.**
Lait et produits laitiers 	**3 par jour**	• Jouer sur la variété. • Privilégier les produits nature et les produits les plus riches en calcium, les moins gras et les moins salés : lait, yaourts, fromage blanc, etc. **Pendant la grossesse, ne consommez que les fromages à pâte pressée cuite (type abondance, beaufort, comté, emmental, gruyère, parmesan), dont vous aurez enlevé la croûte, et les fromages fondus à tartiner.**
Viandes **Poissons et produits de la pêche** **Œufs** 	**1 ou 2 fois par jour**	• En quantité inférieure à celle de l'accompagnement constitué de légumes et de féculents. • Viande : privilégier la variété des espèces et les morceaux les moins gras (escalopes de veau, poulet, steak haché à 5 % MG). • Poisson : au moins 2 fois par semaine, frais, surgelé ou en conserve. **Pendant la grossesse :** **• Poisson : au moins 2 fois par semaine, dont au moins un poisson gras (saumon, maquereau, sardine…), en veillant à diversifier les espèces de poisson.** **• Consommer immédiatement les préparations maison à base d'œufs crus.** **• Supprimer certaines charcuteries dont les rillettes, les pâtés, le foie gras et les produits en gelée, les viandes crues, les viandes fumées ou marinées (sauf si elles sont bien cuites), les coquillages crus et les poissons crus ou fumés.** **• Veiller à bien cuire viandes et poissons.**
Matières grasses ajoutées 	**Limiter la consommation**	• Privilégier les matières grasses végétales (huiles d'olive, de colza, etc.) et favoriser leur variété. • Limiter les graisses d'origine animale (beurre, crème…). **Pendant la grossesse et l'allaitement, la consommation de margarine enrichie en phytostérols est déconseillée.**
Produits sucrés 	**Limiter la consommation**	• Limiter les boissons sucrées (sirops, sodas, boissons sucrées à base de fruits et nectars). • Limiter les aliments gras et sucrés (pâtisseries, viennoiseries, crèmes dessert, glaces, barres chocolatées, etc.).
Boissons 	**De l'eau à volonté**	• Au cours et en dehors des repas, eau du robinet ou eau en bouteille. • Limiter les boissons sucrées (sirops, sodas, boissons sucrées à base de fruits et nectars). **• Pas de boisson alcoolisée.**
Sel	**Limiter la consommation**	• Utiliser du sel iodé. • Réduire l'ajout de sel en cuisinant et dans les eaux de cuisson et ne pas saler avant de goûter. • Limiter la consommation de produits salés : produits apéritifs salés, chips…
Activité physique 	**L'équivalent d'au moins une demi-heure de marche chaque jour**	**• Pendant la grossesse : maintenir les activités physiques habituelles, excepté celles présentant un risque de chutes et de chocs. Proscrire la compétition.** **• Pendant la grossesse et l'allaitement : ne pas commencer de sport.**

Annexe 4

IMC< 19,8	+ 12,5 à 18kg
19,8<IMC<26	+ 11,5 à 16kg
26<IMC<29	+7 à 11,5kg
IMC>29	+ 6à 7kg

Tableau 3 : Prise de poids recommandée pendant la grossesse en fonction de l'IMC selon le CERIN

IMC< 18	+ 12,5 à 18kg
18,5<IMC<24,9	+ 11,5 à 16kg
25<IMC<29,9	+7 à 11,5kg
IMC>30	+ 5 à 9kg

Tableau 2 : Prise de poids recommandée en fonction de l'IMC selon l'académie américaine de médecine.

Annexe 5

IMC= Poids (kg) / Taille (m) ^{2}

Classification	IMC (kg/m^2)
Maigreur	<18,5
Poids normal	18,5-24,9
Surpoids	25-29,9
Obésité classe I	30-34,9
Obésité classe II	35-39,9
Obésité classe III	>40

Tableau 1 : classification IMC Selon le CNGOF 2007 et ObEpi 2012

Résumé

Objectifs : Apprécier les changements d'habitudes alimentaires chez les femmes enceintes, rechercher les facteurs influençant ces modifications et appréhender l'écart entre les habitudes alimentaires et les recommandations officielles.

Matériel et méthode : Une enquête qualitative descriptive transversale mono centrique, a été réalisée au Centre hospitalier régional et universitaire (CHRU) de Brest. Un questionnaire, individuel et anonyme, a été distribué aux femmes consultant pour leur grossesse et complété sur place. Nous les avons ensuite analysés afin de répondre aux objectifs de l'étude.

Résultats : L'étude a portée sur 40 questionnaires. 36 femmes sur 40 ont modifié leurs habitudes alimentaires pendant la grossesse. La majorité d'entre elles semble avoir apporté des modifications en accord avec les recommandations officielles. Les facteurs influençant le plus ces modifications sont les préoccupations de santé pour le bébé et les modifications des goûts induits par la grossesse. L'information donnée par la sage-femme ne compte que pour 17% des femmes dans les raisons données pour les modifications. 24 femmes ont complété le tableau concernant leur alimentation des trois derniers jours. Pour la moitié d'entre elles, l'alimentation est conforme aux recommandations.

Conclusion : Si la majorité des femmes interrogées a adopté de meilleures habitudes alimentaires, il nous semble possible d'évoquer quelques pistes d'amélioration. Les supports d'informations pourraient être explicités et individualiser, lors d'une consultation spécifique par la sage-femme. Nous pourrions imaginer un renfort de formation en diététique et en éducation thérapeutique pour les sages-femmes et d'autres professionnels de santé en contact avec les femmes enceintes.

Mots clefs : Alimentation ; Grossesse ; Habitudes alimentaires ; Information

Titre : Quelles sont les modifications des habitudes alimentaires chez les femmes enceintes ? Etude descriptive transversale mono centrique chez 41 femmes enceintes à partir de 20 SA réalisé au CHRU de Brest du 19 octobre au 8 janvier 2016.

Auteur : Manon Helleux

Diplôme d'Etat de Sage-Femme, Brest, 2016.