



HAL
open science

Prévention alimentaire et nutritionnelle par les sages-femmes au cours de la grossesse

Clémence Bidet

► **To cite this version:**

Clémence Bidet. Prévention alimentaire et nutritionnelle par les sages-femmes au cours de la grossesse. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03380354

HAL Id: dumas-03380354

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03380354>

Submitted on 15 Oct 2021

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.

**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES
DE CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT-AUVERGNE

**Prévention alimentaire et nutritionnelle
par les sages-femmes au cours de la grossesse**

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

BIDET Clémence

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2021



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES
DE CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT-AUVERGNE

**Prévention alimentaire et nutritionnelle
par les sages-femmes au cours de la grossesse**

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

BIDET Clémence

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2021

REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser mes remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à ma formation et à la réalisation de ce mémoire et en particulier :

À Aurélie MEJEAN-LAPAIRE, pour son accompagnement, sa grande disponibilité et son aide précieuse tout au long de la réalisation de ce travail. Merci d'avoir accepté la direction de ce mémoire ;

À l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand, pour leurs enseignements ;

À Madame DE CARVALHO, responsable de la documentation électronique à la Bibliothèque Universitaire Santé de Clermont-Ferrand, pour son aide concernant la partie bibliographie de ce travail ;

Aux sages-femmes ayant participé à l'étude, pour leurs témoignages enrichissants ;

Aux sages-femmes et aux femmes rencontrées en stage, pour leurs conseils, leur confiance, pour la richesse de nos échanges et surtout pour m'avoir permis de me construire en tant qu'étudiante sage-femme ;

À ma famille, pour leur soutien et leur présence au cours de ces cinq années d'études. Une pensée particulière à mon grand-père qui, je l'espère, serait fier de ce que j'ai accompli ;

À Lucie, Margaux, Laura, Mathilde, Léa, Maëlle, Alisée et Éléonore, mes amies de promotion pour tous les moments de joie mais également de stress lors de ces études et également à mes *amis du lycée* pour leur précieux soutien ;

À Justine, Morgane, Angélique de m'avoir soutenue et encouragée durant ces études. Merci à vous pour vos précieux conseils ;

À toute ma promotion, pour ces quatre belles années.

Et à toutes les personnes que je ne cite pas par manque de place mais à qui je pense.

CITATION

« L'alimentation, notre première médecine »

Hippocrate

LISTE DES ABREVIATIONS

ADN : Acide Désoxyribonucléique

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

βHCG : Béta Hormone Chorionique Gonadotrope

CNGOF : Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

CSP : Code de la Santé Publique

DPC : Développement Professionnel Continu

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

ICM : International Confederation of Midwives

IMC : Indice de Masse Corporelle

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

IOM : Institut Of Medicine

MFIU : Mort Fœtale In Utero

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Programme National Nutrition Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RCIU : Retard de Croissance In Utero

SA : Semaine d'Aménorrhée

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

VPN : Visite Post-Natale

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION

REVUE DE LA LITTERATURE

I.	Diététique chez la femme enceinte	3
1.	Modifications métaboliques physiologiques durant la grossesse	3
2.	Besoins nutritionnels pendant la grossesse	4
II.	Interactions entre nutrition et grossesse	6
1.	Effets de la grossesse sur la nutrition : les maux de la grossesse	6
2.	Effets de la nutrition sur la grossesse : les risques alimentaires	8
III.	Populations à risque et prise en charge spécifique	13
1.	Adolescentes	13
2.	Grossesses gémellaires et rapprochées	14
3.	Patientes en situation précaire	14
4.	Végétarisme et végétalisme	14
5.	Régimes restrictifs	15
6.	Tabagisme et alcoolisme	15
IV.	Temps d'échanges entre la sage-femme et la femme enceinte	15
1.	Consultations prénatales	16
2.	Bilan prénatal	16
3.	Préparation à la Naissance et à la Parentalité	17
4.	Ressources à disposition de la sage-femme	17
V.	Sage-femme en tant qu'actrice de la prévention alimentaire et nutritionnelle	18
1.	Compétences spécifiques de la sage-femme	18
2.	Compétences transversales de la sage-femme	19
3.	Compétences et savoirs à acquérir	19
4.	Formations des sages-femmes	21

POPULATION ET METHODE

I.	Population de l'étude	23
II.	Méthode	23

RESULTATS

I.	Données générales	26
II.	Analyse du contenu des entretiens	26
1.	Moment de la prévention	26
2.	Sujets abordés liés à l'alimentation et à la nutrition	28
3.	Les manières de réaliser la prévention par la sage-femme	32
4.	Le sentiment de compétence et la posture de la sage-femme	36

DISCUSSION

I.	Atteinte des objectifs	47
II.	Forces et faiblesses de l'étude	47
1.	Les forces de l'étude	47
2.	Les limites de l'étude	47
III.	Discussion des résultats de l'étude	48
1.	Caractéristiques de la population étudiée	48
2.	Modalités de la prévention	51
3.	La sage-femme seule actrice de la prévention ?	59
IV.	Projet d'action	63
1.	Prévoir une consultation dédiée	63
2.	Mettre en place le conseil minimal	63
3.	Innover les formations	63
4.	Favoriser le travail en collaboration	65
5.	Organiser des groupes d'échanges	65
6.	Améliorer les outils de communication	66

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

GLOSSAIRE

ANNEXES

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), environ 13% de la population adulte mondiale était obèse en 2016 dont 15% des femmes. La prévalence de l'obésité a presque triplé au niveau mondial entre 1975 et 2016 (1). Chez la femme enceinte, en 2016, la prévalence de l'obésité était de 12% contre 20% pour celle du surpoids (2).

En réponse à ces constats, des programmes d'éducation et de prévention nutritionnelle ont vu le jour. La prévention est selon l'OMS, en 1948, « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* » (3). La promotion d'une alimentation saine ainsi que la limitation de l'obésité sont donc des enjeux majeurs de santé publique. Le Programme National Nutrition Santé (PNNS), a débuté en France en 2001 puis prolongé en 2006, 2011 et 2019. « *Engager des mesures, actions de santé publique destinées à des groupes spécifiques de population* » (par exemple les femmes enceintes) « *informer et orienter les consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant* », « *prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels* » sont notamment des axes stratégiques à suivre par les professionnels de santé pour répondre à l'objectif principal de ce programme, à savoir « *l'amélioration de l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition*¹* » (4–8).

Chargées de prévention, d'information et de communication vis-à-vis principalement des femmes, les sages-femmes exercent une profession médicale à compétences bien définies.

Ainsi paraît-il intéressant de se questionner quant à la posture des sages-femmes vis-à-vis de la prévention alimentaire et nutritionnelle au cours de la grossesse qui apparaît comme une période privilégiée pour refaire le point sur le mode de vie et les habitudes hygiéno-diététiques de la femme, d'autant plus que la prise de poids est un phénomène physiologique au cours de cette période.

Pour répondre à ces interrogations, une revue de la littérature expose dans la partie qui suit une synthèse des recommandations alimentaires et des besoins nutritionnels de la femme enceinte. Sont ensuite évoqués le contenu de la formation initiale en sciences maïeutiques et les compétences de la sage-femme en termes de prévention. La méthode utilisée pour la mise en œuvre de notre étude est ensuite expliquée. Les résultats de l'étude sont présentés, analysés et discutés avant d'envisager des perspectives d'avenir conciliant au mieux les attentes et les besoins des sages-femmes au regard du sujet étudié.

¹ Les termes suivis d'une « * » sont définis dans le glossaire

**Revue de la
littérature**

I. Diététique chez la femme enceinte

1. Modifications métaboliques physiologiques durant la grossesse

Au cours de la grossesse, de nombreux mécanismes d'adaptation se mettent en place pour assurer la croissance et le développement du fœtus, maintenir un équilibre de l'organisme maternel et pour préparer à terme l'allaitement. En guise d'adaptation, des changements métaboliques sont, par exemple, observés au cours de la grossesse (9,10).

1.1. Modification du métabolisme basal

Le métabolisme basal* global augmente de 15 à 30% au cours de la grossesse du fait de l'accroissement de la masse tissulaire et des réserves maternelles globales, de l'augmentation de l'excrétion urinaire des nutriments et des capacités d'absorption intestinale. Au 1^{er} et 2^{ème} trimestres, la croissance fœtale est faible et la mère constitue des réserves énergétiques. En revanche, au 3^{ème} trimestre, un processus catabolique* se met en place avec une mobilisation des réserves maternelles pour satisfaire les besoins accrus du fœtus et du placenta (9,10).

1.2. Modification du métabolisme glucidolipidique

Durant la grossesse, le métabolisme glucidique est modifié par un hyperinsulinisme au 1^{er} et 2^{ème} trimestres, favorisant l'anabolisme* lipidique et la constitution de réserves énergétiques graisseuses maternelles. En réponse à ce processus, une augmentation de l'appétit chez la femme enceinte peut être observé ainsi qu'une augmentation de 20% des triglycérides. En outre, l'augmentation de la réponse insulinique au glucose provoque au cours du 1^{er} trimestre une légère hypoglycémie chez la femme enceinte. Du fait des besoins croissants du fœtus, on observe une augmentation de la production hépatique de glucose de 30% chez la femme enceinte. En revanche, au cours du 3^{ème} trimestre, une insulino-résistance se met place au profit du fœtus puisque les réserves constituées auparavant sont redirigées de la mère au fœtus et la lipolyse* est favorisée.

Tous ces mécanismes se mettent en place très tôt dans la grossesse afin d'assurer des réserves optimales qui seront mobilisées par le fœtus au cours du 3^{ème} trimestre pour satisfaire ses besoins et subvenir à sa croissance (9,10).

1.3. Modification du métabolisme protéique

La conservation totale d'azote est favorisée afin d'assurer un apport azoté suffisant pour la synthèse des tissus maternels, fœtaux et placentaires (9,10).

2. Besoins nutritionnels pendant la grossesse

2.1. Besoins énergétiques spécifiques

La dépense énergétique* d'une grossesse physiologique est estimée à 80 000 kcal soit en moyenne 2000 kcal/j au cours du 1^{er} trimestre, 2100 à 2200 kcal/j au 2^{ème} trimestre et 2350 à 2500 kcal/j au 3^{ème} trimestre (9-11). Les apports fluctuent donc au fil des mois. Cette fluctuation est due à l'augmentation des besoins du fœtus et des annexes qui représentent 10 000 kcal, à l'entretien des nouveaux tissus (35 000 kcal) et à la mise en réserve de lipides dans le tissu adipeux maternel (35 000 kcal) (9-11). D'une manière générale, il est recommandé durant la grossesse d'enrichir ses apports de 150 kcal/jour (l'équivalent d'une pomme) pendant le 1^{er} trimestre et de 250 kcal/jour ensuite, tout en veillant à ne pas dépasser un seuil moyen de 2000-2200 kcal/jour (exemple de journée type au niveau des repas en **annexe I**). De plus, il faut veiller à ne pas limiter ses apports en-dessous de 1600 kcal/jour, en raison du risque d'hypotrophie fœtale associée (9-11).

2.2. Besoins en macronutriments

2.1.1. Besoins en protéines

Les protéines* sont des macronutriments* représentant 20% de l'apport nutritionnel chez la femme enceinte. Les besoins recommandés en protéines sont ainsi de 60 g/jour chez la femme enceinte et sont largement couverts par une alimentation variée et équilibrée puisque les apports sont souvent supérieurs à 80g/jour. Les protéines animales (viande, œuf, poisson, lait, fromage) ont une qualité nutritionnelle supérieure à celles d'origine végétale (céréales, légumineuses*), déficitaires en certains acides aminés* indispensables. Il est donc préférable d'associer les protéines animales aux protéines végétales (9-12).

2.1.2. Besoins en lipides

Les lipides* représentent 30% de l'apport nutritionnel chez la femme enceinte. Ils sont importants pour le fœtus car ils constituent une réserve d'énergie utilisable dès la naissance et permettent notamment le transport de vitamines* liposolubles* (vitamines A, D, E et K). On retrouve notamment les oméga-3 et oméga-6 indispensables au bon fonctionnement des cellules nerveuses (9-11). Aussi, la consommation d'aliments riches en oméga-3 pendant la grossesse réduit les risques de prématurité et de pré-éclampsie* (14). Les oméga-3 se trouvent dans les huiles végétales telles que celles de colza, noix, lin ou chanvre (15) mais aussi dans les poissons gras comme le saumon, la truite ou le maquereau (14).

2.1.3. Besoins en glucides

Comme vu précédemment, le glucose* est la source essentielle énergétique pour les tissus fœtaux puisqu'il représente 50% de la ration énergétique chez une femme enceinte, avec 40% apportés sous forme de sucres complexes* (les céréales, les pâtes, le riz, le pain, les légumes secs, etc.) et 10% sous forme de sucres simples* (saccharose, sucre blanc raffiné, fruits, etc.). Pendant la grossesse, l'apport glucidique doit être supérieur à 250g/jour (9-11,15).

2.3. Besoins en minéraux et oligo-éléments

En **annexe II** se trouve un tableau répertoriant les divers aliments dans lesquels on peut retrouver les minéraux et oligo-éléments* suivants, leur apport journalier conseillé ainsi que les recommandations quant à une éventuelle supplémentation.

2.3.1. Besoins en calcium

Ce minéral est indispensable à la formation des os et des dents. Dès le début de la grossesse, l'absorption intestinale du calcium augmente et le renouvellement osseux s'accélère expliquant une augmentation des besoins surtout à partir du 6^{ème} mois (9-11).

2.3.2. Besoins en iode

L'iode est essentiel à la synthèse des hormones thyroïdiennes indispensables à la croissance des tissus du cerveau fœtal. Au cours de la grossesse, ces hormones vont être dégradées par les tissus périphériques et le placenta, expliquant l'augmentation des besoins en iode (9-11).

2.3.3. Besoins en fer

Le fer est un constituant de l'hémoglobine, à l'intérieur des globules rouges, qui sert à approvisionner les différents organes en oxygène. Au cours de la grossesse, on note une élévation des besoins du fait de l'augmentation de la masse sanguine, de la croissance fœtale et du développement placentaire (9-11).

2.4. Besoins en vitamines

En **annexe III** se trouve un tableau répertoriant les divers aliments dans lesquels on peut retrouver les vitamines suivantes, leur apport journalier conseillé ainsi que les recommandations quant à une éventuelle supplémentation.

2.4.1. Besoins en vitamine B9

La vitamine B9, ou folates ou acide folique, est indispensable au développement du système nerveux de l'embryon en participant au processus de multiplication cellulaire.

De plus, elle contribue à la formation des acides nucléiques constituant l'Acide Désoxyribonucléique* (ADN). Du fait du transfert des folates au fœtus et l'augmentation de leur catabolisme à partir du 2ème trimestre, les besoins en folates sont accrus pendant la grossesse (12,17,18).

2.4.2. Besoins en vitamine D

La minéralisation du squelette fœtal et le métabolisme calcique sont deux processus possibles notamment par l'action de la vitamine D qui permet à l'organisme de mieux absorber le calcium des aliments. Les besoins en vitamine D sont couverts à la fois par l'alimentation (un tiers des besoins) et par le rayonnement solaire (deux tiers des besoins) (12,17,18).

2.4.3. Besoins en vitamine A

Connue également sous le nom de rétinol, la vitamine A possède un rôle dans l'expression et la régulation des gènes, intervient dans la division et la différenciation cellulaire et plus spécifiquement dans la vision et l'acquisition des défenses immunitaires. Les besoins durant la grossesse ne semblent pas augmentés. Il faut tout de même veiller à ne pas avoir trop d'apports puisqu'une hypervitaminose A aurait des effets tératogènes sur le fœtus (12,17,18).

2.5. Besoins en apports liquidiens

L'eau est la seule boisson indispensable à l'organisme durant la grossesse. Elle permet une augmentation du volume sanguin et apporte des minéraux essentiels comme le calcium. Elle diminue le risque d'infection urinaire et de constipation. Aussi, c'est le principal constituant du liquide amniotique. Les apports hydriques sont conseillés sous forme d'eau ou de tisane non sucrée et s'élèvent à un litre et demi minimum par jour. En revanche, les sodas ou les jus de fruits sont à éviter car ils restent très sucrés et sont à forte teneur en calories. De même, il est préférable de limiter la consommation de thé et de café à trois tasses par jour puisque ces boissons sont susceptibles d'accélérer les battements cardiaques fœtaux et les mouvements actifs fœtaux. De plus, le thé est à éviter durant les repas car il diminue l'absorption du fer (fiche récapitulative en **annexe VII**) (12,17,18).

II. Interactions entre nutrition et grossesse

1. Effets de la grossesse sur la nutrition : les maux de la grossesse

La grossesse s'accompagne souvent de petits « maux de la grossesse » favorisés par les changements physiologiques inhérents à celle-ci. Ces troubles peuvent modifier les

habitudes alimentaires et peuvent parfois constituer une gêne à une bonne alimentation (manque d'appétit, dégoût pour certains aliments, etc.).

1.1. Nausées et vomissements

Ils sont fréquents et bénins en début de grossesse. Il faut tout de même veiller à une bonne prise pondérale puisque les vomissements peuvent être la cause de dénutrition, de déshydratation et de carence en micronutriments. Ces maux apparaissent souvent à la suite d'un jeûne prolongé (notamment nocturne). Il est donc conseillé aux femmes enceintes de diminuer le volume alimentaire ingurgité et de fractionner leur alimentation, en privilégiant trois repas peu abondants, associés à une ou deux collations, dont une en soirée pour pallier un jeûne nocturne trop long. De plus, il est recommandé, d'une part, de consommer davantage de glucides complexes au dîner pour maintenir une glycémie nocturne stable et, d'autre part, d'éviter la consommation de produits gras le soir afin d'éviter le relâchement du cardia* pouvant favoriser la remontée de contenu alimentaire dans la cavité buccale. En outre, il est conseillé d'éviter les aliments aux goûts et aux odeurs prononcés pouvant provoquer du dégoût (11,17–19).

1.2. Pyrosis

Plus couramment connues sous le terme de « remontées acides », ces brûlures œsophagiennes sont très fréquentes au cours du 3^{ème} trimestre du fait d'une imprégnation hormonale importante responsable de la béance du cardia* et du fait de la pression exercée par le fœtus au niveau de l'estomac maternel. Le pyrosis survient surtout en décubitus, après le repas du soir ou au coucher, et est majoré par une alimentation à base de mets acides, épicés, gras, sucrés et de boissons alcoolisées. Il est également conseillé aux femmes enceintes de bien mâcher, d'éviter les repas trop copieux et de limiter la position en décubitus (surtout en postprandial, préférer une position demi-assise en surélevant la tête du lit ou grâce à un oreiller) (11,17–19).

1.3. Constipation

La constipation est due à un ralentissement du transit intestinal favorisé par l'imprégnation hormonale de la grossesse, une hypotonie des fibres musculaires lisses de l'utérus et de l'intestin mais également à des erreurs diététiques. Il est conseillé aux femmes enceintes de s'hydrater en quantité suffisante avec éventuellement une eau riche en magnésium (ceci permettra également de prévenir les crampes musculaires) et d'avoir une alimentation riche en fibres alimentaires (pain complet, féculents complets, produits céréaliers, légumes verts crus et cuits, fruits, figes, pruneaux...) permettant d'augmenter

la fréquence des selles. Concernant les produits complets, il faut veiller à ne pas trop en consommer car ils peuvent entraîner un défaut d'absorption de certains macronutriments, micronutriments et vitamines. Pour prévenir la constipation, il est également conseillé de boire un verre de jus d'orange pressé ou de manger quelques pruneaux réhydratés au petit-déjeuner (11,17–20).

2. Effets de la nutrition sur la grossesse : les risques alimentaires

2.1. Carences alimentaires

D'une façon générale, les carences nutritionnelles sont à limiter au cours de la grossesse car elles entraînent une augmentation de la production des corps cétoniques néfastes pour le développement cérébral du fœtus (21).

2.1.1. Carence en fer

Un des neuf objectifs du PNNS 2001-2005 est de « *réduire la carence en fer pendant la grossesse* », objectif repris plus précisément en 2006-2010 : « *diminuer la prévalence d'anémie ferriprive chez les femmes en âge de procréer à moins de 3%* » (5,6).

Selon le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF), une anémie par carence martiale (également nommée « anémie ferriprive ») est définie par un taux d'hémoglobine inférieur à 11g/dl au cours du 1^{er} et 3^{ème} trimestres et par un taux inférieur à 10,5g/dl au cours du 2^{ème} trimestre (22). Des risques de prématurité, de Mort Fœtale In Utero (MFIU), de troubles du fonctionnement cérébral et musculaire sont souvent associés à cette carence. En outre, les conséquences d'une carence martiale chez la mère se traduisent généralement par une asthénie et par une vulnérabilité plus marquée face aux infections (10,23). Le dépistage d'une anémie par Numération Formule Sanguine (NFS) peut être prescrit par la sage-femme au début de la grossesse sur facteurs de risques dès la 1^{ère} consultation et est prescrit obligatoirement au 6^{ème} mois (23,24). Une supplémentation médicamenteuse en fer pourra être instaurée à la suite de ces analyses sanguines si une anémie ferriprive est diagnostiquée (12,23).

2.1.2. Carence en folates

« *Améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer, notamment, en cas de désir de grossesse, pour diminuer l'incidence des anomalies de fermeture du tube neural* » est également un objectif du PNNS (5). En effet, une carence en acide folique notamment entre le 14^{ème} et le 21^{ème} jour de gestation est susceptible d'entraîner une non-fermeture du tube neural (connue sous le nom de spina bifida), des fentes labiales et des malformations au niveau des extrémités (10,21,23). Une supplémentation

médicamenteuse en folates est conseillée à toutes les femmes enceintes (et est vivement recommandée chez les patientes aux antécédents de non-fermeture du tube neural) dès la consultation pré-conceptionnelle par la sage-femme ou le médecin la réalisant et jusqu'à 10 Semaine d'Aménorrhée (SA) (24,25).

2.1.3. Carence en iode

Chez le fœtus, un déficit iodé est généralement associé à une augmentation des avortements spontanés, des MFIU, de l'hypotrophie et d'une hypothyroïdie néonatale. En revanche, chez la mère, une carence iodée peut se traduire par l'apparition d'un goût* et d'une hyperthyroïdie (2,18). Une supplémentation médicamenteuse peut être envisagée si la patiente vit dans une zone à risque : Alpes, Mali, zone sub-saharienne, etc. (22).

2.1.4. Carence en calcium et vitamine D

« Augmenter la consommation de calcium afin de réduire de 25 % la population des sujets ayant des apports calciques en dessous des apports nutritionnels conseillés, tout en réduisant de 25 % la prévalence des déficiences en vitamine D » est un des objectifs du PNNS 2006-2010 (6) s'appliquant notamment aux femmes enceintes qui sont plus sujettes aux carences durant la grossesse. Une diminution de la concentration plasmatique en vitamine D est souvent observée chez les femmes enceintes à peau noire, végétariennes ou s'exposant peu au soleil. De ce fait, les carences en vitamine D prédominent davantage en hiver et au début de printemps ou bien en cas de confinement en cette période de pandémie (26). Un déficit maternel en vitamine D est souvent associé à un risque d'hypocalcémie néonatale et/ou de rachitisme (10,23,27). Une supplémentation en vitamine D est systématique au 6^{ème} mois de grossesse et doit être prescrite par la sage-femme ou le médecin suivant la grossesse (23,24).

2.1.5. Carence en lipides oméga-3

Des troubles visuels, cognitifs et sensoriels et une altération du développement cérébral néonatal seraient des conséquences d'un manque d'apport en oméga-3 (10,28,29).

2.2. Prise de poids excessive

Bien qu'étant parfois taboue (30), la surveillance pondérale mensuelle est un paramètre essentiel du suivi de la grossesse puisqu'un excès de poids, tout comme une prise pondérale insuffisante, peut être à l'origine de comorbidités au sein de la dyade mère-fœtus.

2.2.1. *Physiologie de la prise de poids au cours de la grossesse*

La prise de poids au cours de la grossesse est un phénomène physiologique s'expliquant par le développement du fœtus et de ses annexes*, par l'augmentation du volume de l'utérus, des glandes mammaires, de la prise alimentaire et du volume sanguin. De plus, le métabolisme maternel s'adapte en constituant des réserves énergétiques (12,31) .

La répartition de la prise de poids durant la grossesse n'est donc pas uniforme et le gain pondéral est non linéaire au fil des trimestres (tableau I en **annexe IV**). En effet, le 1^{er} trimestre est souvent marqué par des nausées et des vomissements favorisant peu la prise de poids. En revanche, au cours du 2^{ème} et 3^{ème} trimestres, la croissance placentaire s'accélère s'accompagnant d'un gain pondéral fœtal de 20 à 25 grammes par jour (12,31).

2.2.2. *Indice de masse corporelle*

L'indice de masse corporelle (IMC) permet de définir le statut pondéral (tableau en **annexe V**). L'IMC s'exprime en kg/m² et correspond au poids (en kilogrammes) divisé par le carré de la taille (en mètre) (1). D'après la HAS : « *Le poids et la taille sont notés dès la première consultation prénatale avec le calcul de l'indice de masse corporelle (poids en kg/taille en mètre au carré). La pesée est ensuite mensuelle* » (24).

2.2.3. *Prise de poids durant la grossesse et recommandations*

Les recommandations en termes de prise de poids ont été publiées en 1990 par l'Institut Of Medicine (IOM) (32). Celles-ci sont basées sur le poids initial des patientes corrélé à la prise de poids optimale en considérant leur IMC antérieur à la grossesse (32). En 2009, les lignes directrices ont été affinées en prenant en compte l'accroissement de la population de femmes commençant leur grossesse en surpoids ou obèses et prenant un poids excessif pendant la grossesse. Pour chaque statut pondéral est défini un intervalle de prise de poids acceptable et favorable au devenir de la mère et du fœtus (33) (tableau III en **annexe VI**). La prise de poids est donc fonction de l'IMC antérieur à la grossesse. Un gain de poids d'un kg en moyenne par mois au 1^{er} et 2^{ème} trimestres et de 500 grammes par semaine au cours du 3^{ème} trimestre est considéré comme normal. Ceci équivaut à une prise de poids moyenne comprise entre neuf et 12 kg au cours de la grossesse (12).

Selon l'IOM, les femmes maigres devraient prendre plus de poids pendant la grossesse tandis que les femmes en surpoids et les obèses devraient prendre un poids moindre du fait de leurs réserves énergétiques suffisantes (11). Ainsi, le gain de poids gestationnel « idéal » est inversement proportionnel à l'IMC pré gestationnel.

D'autres facteurs influent aussi sur la prise de poids pendant la grossesse. C'est le cas de l'âge, de la parité, du niveau socio-économique, des modifications des comportements alimentaires durant la grossesse, d'une diminution de l'activité physique, de facteurs psychologiques et de troubles digestifs comme les nausées et les vomissements (34).

2.3. Conséquences d'une prise de poids excessive durant la grossesse

Une grossesse marquée d'une prise de poids trop importante, quel que soit l'IMC de départ, doit être considérée comme à risque de complications.

2.3.1. *Complications maternelles*

Selon l'étude de P. Deruelle et al. (35), l'hypertension artérielle gravidique est fréquemment retrouvée chez les patientes présentant une prise de poids de plus de 18 kg lors de la grossesse.

De plus, le diabète gestationnel est une des complications généralement retrouvées chez les femmes ayant une obésité préexistante ou ayant une prise de poids rapide avant ou au début de la grossesse (35). Il existe également des risques d'obésité et de surpoids sur le long terme. En effet, la rétention pondérale après l'accouchement est significativement liée au gain de poids pendant la grossesse. Le post-partum constitue donc une période phare durant laquelle les femmes devront retrouver le poids d'avant la grossesse (36). Certaines études ont démontré que le gain moyen un an après l'accouchement est autour de 1,5 kg (37).

2.3.2. *Complications obstétricales*

L'étude de P. Deruelle (35) montre qu'il y a plus de déclenchement artificiel du travail dans le groupe des femmes ayant pris plus de 18 kg par rapport au groupe des femmes ayant une prise de poids normale (21,3% vs 14,4%).

De plus, une augmentation du nombre de dystocies en lien avec une macrosomie fœtale, elle-même liée à une prise de poids maternelle trop importante est également retrouvée. Ceci est également corrélé à l'allongement de la durée du travail chez les patientes qui ont pris plus de 18 kg par rapport à celles qui ont eu une prise de poids normale (414,4 min +/- 147,8 vs 376,5 +/- 166,4) (38).

En outre, le recours à une extraction instrumentale est plus fréquent chez les patientes ayant une prise de poids excessive au cours de la grossesse (34).

Enfin, le taux de césarienne au cours du travail est plus important lorsque la prise de poids dépasse 18 kg (19,5% vs 10,3%) comme le démontre l'étude de P. Deruelle (35) et celle d'U. Ekblad (39).

2.3.3. *Complications néonatales*

Une étude s'intéressant à des femmes non-diabétiques révèle qu'une prise de poids supérieure à 18 kg au cours de la grossesse est généralement associée à une augmentation de la ventilation assistée, à une hypoglycémie, à une inhalation méconiale* et à un score d'Apgar* faible à cinq minutes de vie (40).

De plus, l'étude de P. Deruelle (35) montre qu'un gain pondéral excessif est à risque de macrosomie fœtale constituant un facteur de risque sur le long terme d'obésité, de diabète et d'hypertension artérielle chez l'enfant (34).

2.4. *Risques infectieux alimentaires*

Des risques microbiens et parasitaires peuvent, durant la grossesse, entraîner chez la mère et le fœtus des pathologies graves. Mais, il est facile de les prévenir en respectant quelques règles d'hygiène et en évitant de consommer certains produits (fiche récapitulative des aliments à éviter pour limiter les toxi-infections alimentaires en **annexe VII**).

2.4.1 *Mesures générales d'hygiène*

De simples mesures d'hygiène permettent d'éviter la plupart des toxi-infections alimentaires. On retrouve parmi elles : se laver soigneusement les mains plusieurs fois par jour, après avoir manipulé des aliments, après être allé aux toilettes, après les changes des enfants ; conserver des aliments au réfrigérateur à une température de réfrigération comprise entre 0 et 6°C (afin de ralentir la prolifération microbienne), nettoyer, rincer et désinfecter régulièrement le réfrigérateur. De plus, il est fortement recommandé de consommer rapidement les restes, dans les deux ou trois jours après ouverture, en veillant bien aux dates limites de consommation. Enfin, il est conseillé de séparer les produits crus et aliments cuits ou prêts à consommer (11,18,21,41).

2.4.2 *Toxoplasmose*

La toxoplasmose est provoquée par un parasite, qui se trouve à l'état naturel dans l'intestin du chat (donc dans ses selles) ou sous forme de kyste dans la viande. C'est une maladie sans gravité chez l'adulte mais, contractée pendant la grossesse, elle peut être transmise au fœtus via la circulation placentaire et avoir des conséquences néfastes (avortement spontané, MFIU, accouchement prématuré) (11,18,21,41).

Une sérologie de la toxoplasmose est réalisée en début de grossesse pour connaître l'immunité de la patiente face à ce parasite. Si la femme enceinte n'est pas immunisée, il est nécessaire de réaliser une sérologie chaque mois et d'appliquer des règles simples d'hygiène alimentaire. Il est recommandé d'éviter toute viande crue, peu cuite, ainsi que

les végétaux ayant été au contact de la terre, si ceux-ci sont mal lavés. De plus, il est conseillé d'éviter le contact avec les chats et avec tout ce qui a pu être contaminé par leurs excréments (litière, etc.) et de ne jardiner qu'avec des gants (11,18,21,41).

2.4.3 *Listériose*

La listériose est une maladie à déclaration obligatoire (42) due à une bactérie présente dans des aliments d'origine végétale ou animale et capable de se multiplier dès 4°C mais qui est sensible à la chaleur et à la pasteurisation*. La listériose chez la femme enceinte se traduit par une fièvre (une femme enceinte fébrile est suspecte de listériose jusqu'à preuve du contraire), accompagnée de maux de tête et, parfois, de troubles digestifs. La bactérie présente dans le sang maternel peut traverser le placenta, infecter le fœtus et provoquer un avortement spontané, une MFIU ou une naissance prématurée. Il arrive aussi que le nouveau-né soit contaminé au moment de l'accouchement. Il présente alors une détresse respiratoire et des signes neurologiques, ou, plus rarement, cutanés (43). Pendant la grossesse, il convient donc d'éviter au maximum la consommation de certains aliments repris en **annexe VII** (11,18,21,41).

2.4.4 *Salmonellose*

La salmonellose est une maladie développée à partir d'une entérobactérie présente dans les aliments insuffisamment cuits, non pasteurisés ou les œufs. Il est donc conseillé d'éviter le plus possible les recettes à base d'œufs crus (mayonnaise, mousse au chocolat). Des troubles digestifs, de la fièvre et/ou une déshydratation peuvent apparaître si la femme enceinte développe cette maladie (11,18,21,41).

III. Populations à risque et prise en charge spécifique

1. Adolescentes

Les besoins spécifiques à la grossesse s'ajoutent aux apports nutritionnels devant couvrir les besoins pour la croissance non aboutie des adolescentes enceintes. Ainsi, une prise en charge spécifique de ces patientes semble nécessaire afin de limiter les risques de pré-éclampsie, de perte osseuse, d'anémie et de Retard de Croissance In Utéro (RCIU). Ces complications sont très fréquentes chez ces jeunes du fait des carences dues à une limitation des apports et à une alimentation pas toujours équilibrée. La consommation d'aliments riches en calcium (un apport de 1000-1200mg/jour est recommandé), en fer et en folates est donc essentielle. De plus, la sage-femme ou le médecin suivant la grossesse doit veiller à une prise de poids optimale. Une supplémentation médicamenteuse systématique en fer et folates peut être mise en place (11,17).

2. Grossesses gémellaires et rapprochées

Les grossesses gémellaires, répétées ou rapprochées entraînent un épuisement plus rapide des réserves maternelles notamment en vitamine D, en fer et en folates. Plus spécifiquement, il est important de veiller aux apports lipidiques chez les grossesses gémellaires qui doivent être suffisants surtout en acides gras essentiels dans la prévention des complications gravidiques. En revanche, contrairement aux idées reçues, il n'est pas nécessaire de manger deux fois plus (11,17,18). Par rapport au gain pondéral de ces populations, en cas d'IMC normal entre 19 et 25, la prise de poids totale recommandée est de 16 à 24 kg (grade B) (44).

3. Patientes en situation précaire

Pour des raisons économiques, certaines femmes consomment peu de fruits, légumes, poissons et viandes au profit de féculents raffinés et de sucreries les exposant au surpoids et aux carences notamment en vitamines C, D, fer et folates. Le professionnel de santé prenant en charge ces patientes ne doit pas hésiter à valoriser certains produits peu chers et/ou surgelés pouvant aider les femmes à respecter les repères de consommations du Guide Nutrition Santé (18). Il peut également les inciter à remplacer de temps en temps la viande par des œufs par exemple diminuant les dépenses. En outre, il pourra également orienter ces femmes vers des structures d'aide alimentaire (17,18,45).

4. Végétarisme et végétalisme

Il existe une multitude de régimes alimentaires, chacun obéissant à des règles spécifiques. Lorsque les produits d'origine animale ne sont représentés que par les œufs et les laitages (régime lacto-ovo-végétarien), une supplémentation médicamenteuse en fer est indispensable, et la consommation d'huiles de colza et de soja est encouragée pour pallier le manque d'apport en acides gras oméga-3 dont le poisson est source (11,17,46).

Au sujet des populations végétariennes*, celles-ci n'ont pas besoin de supplémentation particulière notamment en vitamine B12 puisque les apports sont suffisants par la consommation de produits laitiers et d'œufs. Il faut tout de même veiller à un apport en fer et en protéines adéquat (11,17,46).

Pour les régimes végétaliens*, un suivi particulier des patientes suivant ce régime devra avoir lieu afin d'éviter les anémies sévères avec si besoin un avis spécialisé (diététicien, nutritionniste). En effet, il faut veiller aux apports notamment en fer, calcium, vitamine D, zinc et vitamine B12 présents essentiellement dans les produits d'origine animale.

Concernant la consommation de produits à base de soja, ils sont à éviter car contiennent des phyto-œstrogènes* pouvant avoir des effets indésirables chez le fœtus. Il est recommandé de ne pas en consommer plus d'un par jour (détail des produits en **annexe VIII**) (11,17,46).

5. Régimes restrictifs

Un régime restrictif alimentaire durant la grossesse, faible en calories, est à risque à la fois pour la mère mais également pour le fœtus. En effet, une prise de poids insuffisante au cours de la grossesse augmente le risque de fausse couche, d'accouchement prématuré, d'hypotrophie fœtale et de RCIU (17,47).

6. Tabagisme et alcoolisme

Le tabac, et notamment la fumée, dégage des milliers de produits néfastes tant pour la mère que pour le fœtus qui reçoit des doses de monoxyde de carbone et de nicotine empêchant la bonne circulation du sang et impactant la bonne oxygénation du fœtus. De plus, le tabac diminue la biodisponibilité des vitamines B12, C, des folates et du zinc. Chez les femmes fumeuses durant la grossesse, on observe notamment une augmentation des grossesses extra-utérines, fausses couches, MFIU, prématurité et RCIU (11,17). Motiver, encourager et orienter les patientes au sevrage tabagique s'avère donc important notamment en appliquant le conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac en posant deux questions simples : « *Fumez-vous ?* » puis « *Voulez-vous arrêter de fumer ?* » (48).

Concernant l'alcool, il constitue une substance toxique et tératogène pour la grossesse du fait de son passage transplacentaire. En effet, quel qu'il soit (vin, bière, etc.), l'alcool peut avoir des effets néfastes sur le fœtus avec notamment un risque de syndrome d'alcoolisation fœtale pouvant se révéler par des atteintes psychomotrices, cérébrales et une prématurité. L'alcoolisation maternelle, même minime est donc à éviter durant la grossesse (11,17).

La grossesse est donc une période favorable pour la femme pour prendre ou reprendre de bonnes habitudes alimentaires (tableau des repères de consommation alimentaire en **annexe IX**).

IV. Temps d'échanges entre la sage-femme et la femme enceinte

Il existe, au cours du suivi prénatal, différents temps et situations durant lesquels la sage-femme peut délivrer des conseils alimentaires et nutritionnels aux femmes enceintes.

1. Consultations prénatales

Le champ d'intervention des sages-femmes auprès des femmes et des nouveau-nés est établi par le Code de la Santé Publique (CSP), avec notamment le Code de Déontologie des sages-femmes. L'article R.4127-318 (49) du CSP modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 stipule que :

La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, concernant les femmes pendant la grossesse [...].

Selon les antécédents maternels et le déroulement de la grossesse, le suivi prénatal (qui inclut notamment la surveillance de la prise de poids, le dépistage des carences, les messages de prévention en termes de nutrition, etc.) peut donc être réalisé par la sage-femme (25). L'article L.154 du CSP (50) stipule que :

Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse [...] qui comporte, en particulier, des examens prénataux [...] obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme [...].

La réglementation actuelle soumise au décret du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires préconceptionnel, pré et post-natal (51), impose que :

Le premier examen médical prénatal doit avoir lieu avant la fin du 3^{ème} mois de grossesse. Les autres examens doivent avoir une périodicité mensuelle à partir du 1^{er} jour du 4^{ème} mois et jusqu'à l'accouchement.

Les examens médicaux obligatoires des femmes enceintes sont donc au nombre de sept pour une grossesse évoluant jusqu'à son terme (52). La femme est ainsi amenée à voir une sage-femme ou un médecin au minimum sept fois au cours de sa grossesse.

2. Bilan prénatal

Le bilan prénatal, réalisé de préférence avant 24 SA, valorise les missions de prévention des sages-femmes libérales puisque celui-ci peut être réalisé pour faire « *le point sur l'alimentation et les comportements à risques (alcool, tabac, autres addictions...)* » (53). Au cours de ce bilan prénatal, des enquêtes alimentaires peuvent être réalisées par les sages-femmes leur permettant notamment d'identifier le profil de consommation de chacune et de prendre connaissance de leurs habitudes alimentaires (54,55).

3. Préparation à la Naissance et à la Parentalité

Parallèlement au suivi médical, huit séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) doivent systématiquement être proposées (56). Ceci fait écho à l'article L.4151-1 du CSP stipulant que « *L'exercice de la profession de sage-femme comporte [...] la préparation psychoprophylactique à l'accouchement* » (57). La 1^{ère} séance est consacrée à l'entretien individuel ou en couple du 1^{er} trimestre (dit « du 4^{ème} mois » ou Entretien Périnatal Précoce (EPP)). Les objectifs de cet entretien sont rappelés par la HAS (56) et repris dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) (58). On retrouve notamment :

- *l'information précoce sur la prévention des facteurs de risques et comportements à risques (risques liés au mode de vie et risques infectieux alimentaires), sur les conseils d'hygiène alimentaire et de nutrition,*
- *l'information sur les risques de la consommation d'alcool et de tabac,*
- *le repérage des facteurs de vulnérabilité sociaux et psychologiques.*

En ce qui concerne les séances suivantes, elles représentent un temps d'échanges et de dialogue permettant de renforcer et de compléter l'information reçue au cours des consultations prénatales. Ces séances, de 45 minutes minimum, permettent de favoriser l'expression des attentes des femmes et des couples, leurs besoins d'information, d'éducation et de prévention (56). En effet, parmi les objectifs généraux énoncés par la HAS concernant la PNP (56), on retrouve :

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés par une approche éducative et préventive [...], de responsabiliser les femmes et les futurs parents en les incitant à adopter des comportements de vie favorables à leur santé et à celle de l'enfant à naître.

Ces recommandations proposent donc une approche humaniste de la naissance en favorisant la participation active de la femme enceinte et du couple lui permettant de prendre, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé, conformément à la loi Kouchner du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (59).

4. Ressources à disposition de la sage-femme

Alors que l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) précise que la grossesse est « *une période où les femmes peuvent, dans l'intérêt de leur enfant, prendre ou reprendre les meilleures habitudes alimentaires* » (18), la HAS indique en

2005 (24) que le professionnel qui suit la grossesse doit dès la 1^{ère} consultation (idéalement réalisée avant 10 SA), donner une information orale sur le suivi général de la grossesse et notamment sur :

- *l'alimentation et le mode de vie,*
- *les risques infectieux alimentaires,*
- *la sensibilisation aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool.*

Ajoutée à la communication verbale, la sage-femme peut également illustrer ses propos en s'appuyant sur les divers guides élaborés dans le cadre du PNNS et reprenant les divers repères de consommation des aliments. Un « livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé » élaboré dans le cadre du PNNS en 2007 peut servir de support à la sage-femme qui réalise le suivi de la grossesse (17). Le « Guide Nutrition de la Grossesse » (18) élaboré en 2007 s'adresse, quant à lui, aux femmes enceintes. Il peut leur être remis lors des consultations ou est téléchargeable en ligne (guides en **annexe X**). De plus, d'autres outils comme la pyramide alimentaire ou le bateau alimentaire (**annexe XI**) (60) sont également des modèles pouvant être utilisés par les sages-femmes pour hiérarchiser les différentes familles alimentaires. La pyramide alimentaire a notamment été actualisée à la suite des nouvelles recommandations énoncées dans le PNNS 2019-2023 (4,7) (derniers objectifs et recommandations détaillés en **annexe XII**) et intègre dorénavant les nouvelles catégories d'aliments (61) (groupes d'aliments et portions alimentaires en **annexe XIII**).

V. Sage-femme en tant qu'actrice de la prévention alimentaire et nutritionnelle

1. Compétences spécifiques de la sage-femme

Le référentiel métier et compétences des sages-femmes a été publié en 2010 (62) et définit les compétences de la sage-femme et les champs d'activité de sa profession. Le référentiel est structuré en trois axes : les situations-types de la profession de sage-femme, les compétences transversales et les compétences et savoirs à acquérir. Il développe entre autre des situations clés de leur pratique clinique, précisant les compétences requises pour assurer leur gestion (62). La situation 1 (présentée en **annexe XIV**) intitulée « Conduire une consultation prénatale », reprend notamment les missions que doit accomplir la sage-femme tout au long du suivi de la grossesse tandis que la situation 2 (illustrée en **annexe XV**) intitulée « Organiser et animer une séance collective de Préparation à la Naissance et à la parentalité », établit la prise en charge que doit suivre la sage-femme au cours des séances de PNP dans un souci d'éducation à la santé (62).

2. Compétences transversales de la sage-femme

Dans une 2^{ème} partie, le référentiel met en exergue d'autres compétences de la sage-femme, qualifiées de « transversales » (62). Il souligne entre autres l'importance de :

- la communication, puisque la sage-femme développe ses compétences dans le champ de la promotion et de la prévention de la santé des femmes. De plus, d'après l'article L.1111-2 du CSP (63) :

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur [...], les actions de prévention qui sont proposées, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

L'information et l'éducation dans le domaine nutritionnel sont donc des déterminants essentiels de la consommation alimentaire (5).

- la collaboration avec les autres professionnels, puisque la sage-femme développe un esprit de concertation avec les différents professionnels et ses pairs. Ainsi, il est de son devoir d'orienter les patientes à risques vers des professionnels adaptés ou bien de les orienter pour un avis spécialisé (par exemple vers un diététicien ou un nutritionniste).
- la responsabilité, puisque la sage-femme s'engage à utiliser à bon escient les supports de communication à sa disposition pour une transmission efficace.

3. Compétences et savoirs à acquérir

Enfin, les sages-femmes doivent avoir, entre autres, les connaissances et les savoirs suivants, indispensables d'après le référentiel pour exercer leur profession (62) :

- *les savoirs médicaux relatifs à l'alimentation et aux modes de vie adaptés à la grossesse [...], les facteurs de risque pour la grossesse,*
- *les savoirs relatifs à la santé publique et notamment à l'éducation du patient, prévention [...] et à la place de la sage-femme dans le système de santé,*
- *les savoirs relatifs à la prise en charge clinique au cours du suivi médical de la grossesse [...] et au dépistage des risques médicaux et psychosociaux liés à l'environnement de la femme enceinte,*
- *les savoirs relatifs à l'information et à la communication en établissant une relation d'écoute [...] prendre en compte dans sa pratique le mode de vie [...],*

en délivrant une information claire et adaptée à la compréhension de la femme, en aidant la femme à prendre sa décision en l'informant,

- *les savoirs relatifs à la coopération en adressant la femme vers un autre professionnel si nécessaire, en travaillant en coopération et en réseau avec les autres professionnels (diététicien, nutritionniste par exemple),*
- *les savoirs relatifs au développement professionnel dans le but d'améliorer ses pratiques.*

Toutes ces compétences sont essentielles pour la pratique du métier de sage-femme et sont également reprises par International Confederation of Midwives² (ICM) (64) décrivant l'ensemble minimal des connaissances, des capacités techniques et des comportements professionnels exigés pour pouvoir utiliser le titre de sage-femme. On retrouve notamment au sein de la catégorie 2 intitulée « Pré-grossesse et soins prénataux » les diverses compétences portant sur l'évaluation de la santé de la femme, la promotion de la santé et du bien-être. Divers objectifs y sont retrouvés :

- *évaluer l'état nutritionnel [...], les comportements sanitaires tels que l'utilisation de substances,*
- *fournir des conseils sur les suppléments nutritionnels tels que le fer et l'acide folique, l'apport alimentaire,*
- *surveiller les changements physiologiques et physiques habituels avec l'avancement de la grossesse et d'évaluer les besoins nutritionnels de la grossesse,*
- *effectuer des évaluations [...], des besoins d'éducation en matière de santé tout au long de la grossesse et donner des conseils pour soulager les petits maux de la grossesse,*
- *informer sur conséquences d'une alimentation inadéquate, des effets du tabac et de l'exposition au tabagisme passif, de la consommation d'alcool et de l'utilisation de drogues addictives,*
- *informer sur l'accès à la nourriture et les programmes visant à minimiser les risques d'abus de substances,*
- *fournir des informations à la femme et à sa famille sur l'impact des maladies à risque pour la mère et le fœtus, [...] en transmettant les informations de manière précise et claire et répondre aux besoins des individus.*

² Confédération internationale des sages-femmes

L'acquisition des compétences et des connaissances pour s'engager dans la promotion et la prévention de la santé des femmes, des nouveau-nés et des familles est possible en France grâce au programme des études de sage-femme.

4. Formations des sages-femmes

En formation initiale, le référentiel métier et compétences des sages-femmes sert de guide à l'apprentissage des connaissances et des compétences (62). Les enseignements délivrés doivent permettre, entre autres, aux futures sages-femmes (65,66) :

- *d'acquérir les concepts et la démarche de recherche en santé publique et la maîtrise des outils de santé publique : prévention, éducation à la santé des populations,*
- *de sensibiliser les parents aux repères de consommation alimentaire,*
- *d'acquérir des connaissances en santé publique prenant pour exemples l'hygiène individuelle et collective y compris alimentaire [...], addictologie,*
- *de connaître les agents infectieux et les enjeux actuels en matière de santé publique [...] et les moyens de prévention pour éviter la transmission des agents infectieux à l'hôte,*
- *d'acquérir les connaissances nécessaires pour [...] et assurer le suivi médical de la femme enceinte (modifications physiologiques de l'organisme maternel, recommandations pour la pratique clinique incluant l'hygiène de vie, la surveillance clinique et les suppléments de la grossesse), préparer et animer des séances de préparation à la naissance et à la parentalité [...], prévenir, informer et éduquer notamment dans le domaine de la nutrition,*
- *d'apprendre à conduire une consultation prénatale [...], réaliser un examen clinique.*

En formation continue et dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles, les compétences doivent aider à la mise en place de programmes pertinents, garantissant une meilleure qualité de formation (62). D'après l'article L.4021-1 du CSP (67), le Développement Professionnel Continu (DPC) constitue une obligation pour les sages-femmes. En effet, on retrouve au sein du Code de Déontologie un article stipulant le fait que « *la sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu prévue par les articles L.4153-1 et L.4153-2.* » (68,69). Ceci va dans le sens de l'obligation du DPC créée par l'article 59 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de

l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HSPT) (70). Cette obligation est reprise dans le 2^{ème} axe du référentiel métier (62) puisque l'érudition est une compétence transversale qui incombe à la sage-femme. En effet, il est de son devoir :

D'enrichir ses savoirs, ses savoir-faire, savoir-être [...], de développer une stratégie personnelle de formation médicale continue [...], de s'exercer aux stratégies de partage des connaissances avec ses pairs et les autres professionnels dans le domaine de la périnatalité.

Ainsi, la formation initiale et continue permettent l'acquisition des savoirs et des compétences nécessaires pour s'engager dans la promotion et la prévention de la santé des femmes, des nouveau-nés et des familles.

Par conséquent, la sage-femme a un rôle essentiel de conseil et de prévention des maladies durant la grossesse, concernant la prise de poids, les apports nutritionnels, les infections alimentaires et les conduites à risque. Pour certaines femmes enceintes, la sage-femme représente la première interlocutrice du suivi prénatal et parfois même le principal professionnel qu'elles peuvent rencontrer au cours de la grossesse. Ainsi, le rôle de la sage-femme dans la prévention et l'éducation s'avère essentiel. Le respect des recommandations concernant la prise de poids pendant la grossesse est indispensable au vu des risques encourus par une prise de poids excessive. Aussi, il est du rôle de la sage-femme d'aider toutes les futures mères et ce dès le début de la grossesse. Ceci passe par une information complète, à répéter si besoin, concernant l'alimentation et les règles hygiéno-diététiques nécessaires au bon déroulement de leur grossesse, au bon développement du fœtus et du nouveau-né. Une éducation alimentaire et nutritionnelle pendant toute la grossesse paraît alors essentielle pour faire évoluer ou encourager les bons comportements.

Population et méthode

I. Population de l'étude

1. L'échantillon de l'étude

L'échantillon de l'étude a été constitué selon une stratégie non probabiliste de convenance, basé sur le volontariat.

1.1. Critères d'inclusion

Les sages-femmes incluses dans l'étude devaient répondre aux critères suivants :

- Être en activité en Auvergne-Rhône-Alpes dans un département suivant : Puy-de-Dôme, Allier, Haute-Loire ou Cantal
- Exercer en tant que sage-femme hospitalière dans une maternité de type I, II ou III, sage-femme libérale ou sage-femme territoriale (dans un service de Protection Maternelle Infantile)
- Avoir au moins une année d'expérience en consultation prénatale
- Pratiquer régulièrement des consultations prénatales (au moins un jour par semaine)

1.2. Critères d'exclusion

Aucun critère d'exclusion n'a été établi.

II. Méthode

1. Type d'étude

Une étude à visée descriptive et interprétative de type qualitatif a été réalisée. La recherche qualitative vise à comprendre les phénomènes et situations rencontrés dans la pratique clinique et analyse des données descriptives. L'étude a été réalisée à partir d'entretiens individuels semi-directifs permettant aux sages-femmes d'avoir un temps libre de parole grâce à des questions ouvertes et semi-directives (71).

2. Rappel des objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'appréhender la posture de la sage-femme comme actrice de la prévention alimentaire et nutritionnelle au cours de la grossesse. Les objectifs secondaires de cette étude sont d'étudier les moyens utilisés pour assurer cette prévention et, de mettre en évidence les besoins et les attentes des sages-femmes vis-à-vis de la prévention alimentaire et nutritionnelle.

3. Mode de recueil des données

Les entretiens ont été menés en suivant un guide d'entretien (**annexe XVI**) élaboré à partir de thèmes dégagés de la revue de la littérature.

Les thèmes à explorer étaient les suivants :

- Savoir-faire, savoir-être et le savoir des sages-femmes en lien avec notre sujet d'étude ;
- Moyens utilisés par les sages-femmes pour réaliser la prévention alimentaire et nutritionnelle ;
- Besoins et attentes des sages-femmes à ce sujet ;
- Freins et obstacles empêchant les sages-femmes d'endosser un rôle éducationnel à ce sujet ;
- Opinion des sages-femmes quant à leur posture face à ce rôle à endosser.

En aval de l'émergence de ces thèmes, une vingtaine de questions ont été rédigées pour rebondir au mieux lors des échanges avec les sages-femmes.

La planification des entretiens a tenu compte des impératifs personnels des participantes. Un seul entretien a eu lieu en face à face. Les autres se sont faits par téléphone du fait de la distance physique et du contexte pandémique. Tous les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone et sauvegardés dans un dossier informatique sécurisé.

Le 1^{er} entretien, qui initialement servait de test, a été finalement gardé et analysé au même titre que ceux qui ont suivi.

Au terme de la période de recueil de données, dix sages-femmes, parmi les 28 contactées par SMS ou par courriel, ont souhaité participer à l'étude soit un total de 35,71% de participation. Quatre ont refusé par manque de temps et 14 n'ont pas répondu à la sollicitation malgré les plusieurs relances de la part de l'enquêtrice.

La durée des entretiens était initialement estimée à une vingtaine de minutes. Les entretiens ont duré entre 14 et 29 minutes pour une durée moyenne de 24 minutes et une durée totale d'enregistrement de 200 minutes. La retranscription de chaque entretien a nécessité environ deux heures de travail par entretien soit un total d'environ 20 heures.

4. Déroulement de l'étude

Les entretiens ont été menés durant deux mois et demi, entre le 14 août et le 13 novembre 2020.

21 sages-femmes hospitalières ou exerçant en PMI ont été informées de la réalisation de l'étude par courriel. Sept sages-femmes libérales ont été sollicitées via SMS.

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire au bout du dixième entretien.

5. Mode d'analyse des données

L'analyse des données s'est faite via une analyse thématique du contenu (72–74). Les entretiens enregistrés ont été retranscrits dans leur intégralité sur un logiciel de traitement de texte. Grâce aux enregistrements, une analyse de la voix des participantes a pu être menée afin de déceler les émotions.

Une analyse thématique verticale a été réalisée à partir des verbatim recueillis. Chaque entretien a été analysé à partir des thèmes dégagés en amont de la grille d'entretien (analyse descendante). Ces thèmes issus de la littérature, ont été par la suite intégrés à la grille d'entretien et enrichis par ceux émergeant de l'analyse des verbatim. Après cela, une analyse ascendante a été réalisée à l'issue de laquelle de nouveaux codes et concepts, non retrouvés dans la littérature, ont émergé. Une analyse horizontale a ensuite été conduite, celle-ci ayant pour objectif de réunir dans une même grille d'analyse les thèmes ainsi que les catégories et concepts retrouvés globalement à la lecture de tous les entretiens, afin d'avoir une vision globale des thèmes abordés.

6. Aspects éthiques et réglementaires

6.1. Avis et comités consultatifs

Une déclaration a été réalisée auprès du Délégué à la Protection des Données (DPD) qui a été validée le 23 juin 2020. Une autorisation a enfin été demandée à la sage-femme coordonnatrice en accord avec le chef de pôle des trois maternités impliquées dans l'étude (lorsqu'une sage-femme hospitalière avait accepté d'y participer). Cet accord a été obtenu par courriel.

6.2. Information et consentement

Une information écrite concernant l'étude a été réalisée en amont de l'entretien. Une lettre d'information (**annexe XVII**) expliquant notamment le but de l'étude et assurant l'anonymat et la sécurisation des données a été transmise aux participants par courriel. De plus, un consentement oral a été effectué avant l'entretien avec un rappel des conditions de sécurisation des données et d'anonymat.

6.3. Anonymat

Les données ont été recueillies de manière anonyme et aucune donnée nominative n'a été relevée pour cette étude. En effet, le prénom des sages-femmes interrogées a été changé au moment de la retranscription et aucun lieu n'a été cité. En outre, les enregistrements ont été archivés dans un fichier sécurisé, uniquement accessible par l'enquêtrice afin de conserver le secret professionnel auquel cette dernière est également soumise.

Résultats

I. Données générales

L'échantillon se composait de dix sages-femmes. Certaines d'entre-elles occupaient un poste fixe à temps plein tandis que d'autres réalisaient de temps en temps des consultations prénatales (soit parce qu'elles étaient affectées également dans d'autres services à l'hôpital, soit parce que leur champ d'activités ne se limitait pas seulement aux consultations prénatales pour les sages-femmes non hospitalières). Sept d'entre elles exerçaient en milieu hospitalier et l'une d'elles travaillait également en tant que sage-femme libérale. Concernant les trois autres participantes, une exerçait exclusivement en tant que libérale et les deux autres étaient des sages-femmes territoriales.

Quatre participantes avaient un ou plusieurs Diplôme.s Universitaire.s supplémentaire.s. Aucun homme n'a participé à l'étude.

L'année de diplôme des participantes se situait entre 1984 et 2017 avec une moyenne se situant autour de l'année 1998.

Le tableau en **annexe XVIII** résume les caractéristiques des sages-femmes interrogées. Dans les résultats à venir, tous les extraits de verbatim sont cités entre guillemets et en italique.

II. Analyse du contenu des entretiens

1. Moment de la prévention

Différentes situations sont l'occasion pour la sage-femme de parler de prévention alimentaire et nutritionnelle chez la femme enceinte.

1.1. La première consultation prénatale

Comme Amandine, toutes les sages-femmes interrogées ont mentionné le fait que « *la première consultation de grossesse, [...], souvent au deuxième ou troisième mois* » marque les premiers instants de la prévention réalisée au cours de la grossesse. En effet, comme le spécifie Valérie, « *la première rencontre* » avec la sage-femme représente très souvent une porte d'entrée à la délivrance des premiers conseils en lien avec l'alimentation et la nutrition.

1.2. Le bilan prénatal

Patricia, la seule sage-femme libérale à 100%, réalise de la prévention et de l'éducation nutritionnelle et alimentaire lors du « *bilan prénatal* », consultation dédiée à la prévention.

1.3. L'Entretien Prénatal Précoce (EPP)

Plusieurs sages-femmes interrogées déclarent parler d'alimentation et de nutrition aux femmes enceintes au cours de l'EPP réalisé par Manon quand elle « *attaque un suivi* ». En demandant les thèmes abordés lors de l'EPP à Françoise, elle signale que les thèmes viennent au fur et à mesure de la discussion avec la patiente « *quand on remplit le dossier ICOS, page après page, petit à petit* ». Ainsi, Françoise assimile l'EPP au remplissage du dossier informatique servant de porte d'entrée ou « *d'alibi* » à l'évocation des conseils alimentaires et nutritionnels. Rejoignant les propos de Françoise, Émeline, qui ne suit pas de trame particulière lors de l'EPP, aborde la prévention alimentaire et nutritionnelle « *au fur et à mesure, [...], en remplissant les différentes pages* ». Elle conclut en disant que « *tout se soulève à force de reprendre tous les antécédents* ».

1.4. À tout moment pendant la grossesse

D'une part, plusieurs sages-femmes remarquent ne pas avoir de « *moment particulier* » ou d'instant précis, dédié pour parler d'alimentation et de nutrition avec leurs patientes. Les conseils de Manon peuvent être délivrés « *à n'importe quel moment* » ou « *pendant la consultation au milieu des autres affaires* » précise Françoise. Violaine précise à ce propos qu'elle essaye « *de ne pas lister tout d'un seul coup mais au moment, [...], le plus opportun* ».

D'autre part, beaucoup s'appuient sur d'autres faits marquants (troubles existants chez la femme enceinte, propos recueillis, éléments observés) pour rebondir sur l'alimentation et la nutrition. Ces deux thèmes ne sont donc pas abordés en premier lieu pour la plupart. C'est le cas de Manon qui s'exprime sur le fait que « *ça ne va pas être le sujet mis sur la table, mais on va tourner autour grâce à d'autres sujets [constituant] une porte d'entrée [à la prévention]* ».

La PNP semble également pour certaines un appui pour réaliser la prévention comme le fait remarquer Violaine qui « *peut avoir à l'aborder à un moment donné* ». De plus, parmi les sages-femmes interrogées bien qu'aucune n'ait de « *séance dédiée à la nutrition* » (Violaine), il arrive parfois que ces séances de PNP constituent des moments de prévention. En effet, comme le souligne Amandine, si les dames « *en parlent spontanément, [elle] répond à leur questions* »

La prévention alimentaire et nutritionnelle semble par conséquent être faite « *un peu tout le temps* » comme nous le rapporte Carine et « *quasiment à chaque consultation* » d'après Violaine.

2. Sujets abordés liés à l'alimentation et à la nutrition

2.1. Une prévention parfois limitée voire absente

Pour certaines sages-femmes la prévention dédiée à l'alimentation et la nutrition semble tant sur le fond que sur la forme très brève puisque les généralités sont apparemment surtout abordées. C'est le cas d'Éline qui reste évasive et qui ne « *rentre pas dans les détails* ». Elle ajoute que si les femmes enceintes « *n'ont pas franchement de problème de poids* », elle ne s'étend pas sur les conseils alimentaires et nutritionnels.

Cette généralité des propos est notamment mise en avant lorsque les sages-femmes évoquent les complications materno-fœtales liées à une mauvaise hygiène alimentaire. Amandine reste « *générale* » en ce qui concerne les potentiels risques d'une prise de poids au cours de la grossesse. Carine ajoute qu'elle ne les « *énumère pas tous* ». Le contenu de leurs propos paraît peu développé.

La limite de cette prévention s'explique parfois par le temps dédié à celle-ci. En effet, Éline rapporte ainsi que la prévention « *va être rapide, [...], être qu'une phrase* ». Cette durée consacrée à parler de l'alimentation et de la nutrition semble réduite lorsque la cinétique de poids au cours de la grossesse est physiologique et les habitudes alimentaires correctes. Violaine précise que si la « *patiente n'a pas pris beaucoup de poids, [...], qu'elle a une alimentation équilibrée* », elle va « *moins passer de temps* ». Le statut pondéral de la patiente semble donc être un facteur influençant le temps passé à délivrer les divers conseils. Éline ne s'étendra pas sur le sujet « *si elles n'ont pas franchement de problème de poids* ».

Concernant les sages-femmes territoriales (Manon et Valérie), elles s'accordent à dire que « *c'est plus ou moins abordé* ». En effet, pour Manon, « *en PMI il y a tellement d'autres choses à gérer !* » puisqu'en « *fonction des familles rencontrées, ce n'est pas forcément la priorité* » (Valérie). Ce sujet peut d'ailleurs entraver la relation de soin. Manon précise ainsi qu'elle n'a pas « *envie juste pour une histoire de bouffe que ça ferme la porte* » compte tenu de « *l'alliance [...] fragile [...]. Il y a tellement de risques que ça puisse exploser !* ». La prévention alimentaire et nutritionnelle semble donc passer au second plan dans certaines situations.

2.2. Une prévention systématique

Au cours du suivi prénatal, si la délivrance de certains conseils alimentaires et nutritionnels paraît limitée voire absente, les sages-femmes semblent, en revanche, toutes parler de certains thèmes de façon systématique.

2.2.1. *Les risques infectieux alimentaires*

Toutes les sages-femmes parlent des risques infectieux liés à l'alimentation. Deux infections sont notamment au cœur de la prévention ; c'est le cas de « *la toxoplasmose et de la listériose* » comme le précise Sandrine. L'importance des conseils en la matière est relevée par la majorité des sages-femmes qui abordent ce sujet de « *façon systématique* » (Valérie). Carine nous précise que ces recommandations rentrent dans le cadre des « *recommandations hygiéno-diététiques* » qu'elle diffuse à ses patientes.

2.2.2. *La consommation de boissons*

Outre l'alimentation, les apports hydriques font également partie des conseils délivrés par quatre participantes. Manon alerte sur « *les boissons sucrées* », tout comme Sandrine qui alerte sur la consommation de « *sodas* ». Patricia, quant à elle, questionne ses patientes afin de savoir « *comment elles s'hydratent, qu'est-ce qu'elles boivent, quel type de boisson, en quelle quantité ?* ». « *Privilégier l'eau* » est également un conseil abordé par Violaine au cours de ses consultations.

2.2.3. *L'équilibre alimentaire*

D'autre part, l'équilibre alimentaire est également un thème dont Manon et Patricia parlent systématiquement au cours du suivi. Toutes les deux veillent à ce que leurs patientes mangent « *de tout* » de façon « *variée* » (Manon) et « *équilibrée* » (Patricia). Patricia s'intéresse également aux potentielles carences dont pourraient souffrir certaines dames du fait d'un déséquilibre alimentaire en mettant un point de surveillance sur « *les choses que [les patientes] ne mangent pas du tout* ». En lien avec l'équilibre alimentaire, le gain pondéral est également un sujet abordé par certaines sages-femmes. C'est le cas de Violaine qui rappelle l'objectif de « *prise de poids* » durant la grossesse en considérant « *l'IMC à la première consultation* » de la patiente.

2.2.4. *Le rapport à l'alimentation et la nutrition*

Patricia et Éline s'intéressent également au rapport à l'alimentation de leurs patientes en les questionnant sur leurs antécédents « *d'anorexie ou de boulimie* » et sur leurs potentiels « *problèmes alimentaires* ».

2.2.5. *Mythes et réalité autour de l'alimentation et de la nutrition*

Deux sages-femmes reviennent sur les croyances et les mythes s'articulant autour de la grossesse. Le message « *ne pas manger pour deux* » est ainsi délivré à la fois par Émeline

et Éline. Cette dernière rappelle également qu'il ne faut pas « *manger deux fois plus mais deux fois mieux* ».

Bien que certains conseils soient délivrés de manière systématique à toutes les patientes, ceci ne fait pas de l'alimentation et de la nutrition deux thèmes applicables de façon universelle aux patientes. En effet, les sages-femmes adaptent leur discours en fonction de la personne se situant en face d'elles.

2.3. *Une prévention ciblée*

La personnalisation de la prévention est relevée à l'unanimité puisque pour les participantes « *l'alimentation est quelque chose à adapter et adaptable* » (Patricia).

2.3.1. *Une prévention répondant aux interrogations des patientes*

Certaines sages-femmes se basent sur les dires et les interrogations des femmes enceintes. C'est le cas de Carine qui fait « *en fonction de ce qu'elles [lui] disent* » et de Manon qui précise à ce sujet que les interrogations servent de « *guide sur quoi on va expliquer* » (l'alimentation et la nutrition notamment).

2.3.2. *Une prévention répondant au poids initial de la patiente*

L'IMC initial et le gain pondéral au cours de la grossesse permettent d'adapter les conseils promulgués. Violaine, par exemple, met un point d'alerte à la prévention si elle a « *une patiente un peu obèse* ».

2.3.3. *Une prévention répondant aux résultats des examens complémentaires*

Les sages-femmes ciblent leurs informations en fonction des examens paracliniques représentant parfois des portes d'entrée vers la prévention. Par exemple, lorsque des risques de diabète sont présents, Violaine en parle « *au sixième mois avec le dépistage du diabète* » ou « *si une HGPO*³ est pathologique* » (Patricia). En outre, quand des bilans sanguins sont réalisés, la sage-femme en parle quand « *elles [les femmes enceintes] montrent leurs bilans [...], en fonction des carences* » (Manon), « *quand il y a un manque de magnésium* » (Violaine) ou « *si elles ont une légère carence en fer* » (Françoise).

2.3.4. *Une prévention répondant aux maux de la grossesse*

Les troubles physiologiques en lien avec la grossesse peuvent également être un point d'appui à la prévention. « *Quand elles se plaignent, [...], de nausées, de vomissements,*

³ HGPO : Hyperglycémie Provoquée par Voie Orale

[...], de brûlures d'estomac », Carine tente de prévenir la persistance des troubles digestifs en donnant des conseils opportuns. C'est également le cas pour Manon « *si elles ont des troubles du sommeil* ».

2.3.5. Une prévention s'adaptant à la période de grossesse

On remarque également une adaptation des propos des sages-femmes en fonction de la période de l'année. Manon souligne notamment l'importance d'une bonne hydratation « *avec la canicule* » ou dans le cadre de « *la pratique du ramadan* » nous précise Valérie.

2.3.6. Une prévention s'inscrivant dans divers cadres de consultation

Par ailleurs, les conseils peuvent également être délivrés dans le cadre de consultations spécifiques réalisées par des sages-femmes disposant d'une formation supplémentaire : c'est le cas de Patricia en acupuncture ou de Carine en échographie. En effet, Patricia souligne par exemple que « *si [elle] les voit en acupuncture pour nausées et vomissement* », elle va « *aussi reparler d'alimentation dans ce cadre-là* ».

2.3.7. Une prévention spécifique aux sages-femmes territoriales

En outre, un discours de prévention est également prononcé suite aux faits observés par la sage-femme de PMI qui s'immisce parfois dans le quotidien de la patiente. C'est le cas de Manon qui prend alors conscience de ce « *qui traîne sur la table basse, dans le placard, [...] ce que mangent les enfants, [...], le paquet de chips à 9h du matin ou à 14h* ». De plus, on remarque qu'une adaptation est faite par ces sages-femmes en fonction des moyens économiques des familles. Par exemple, en ce qui concerne les apports en calcium, Valérie estime qu'il est « *plus facile de manger des noisettes ou des amandes que de conserver des produits laitiers quand on n'a pas de frigo* ».

Par conséquent, les divers exemples relevés par les sages-femmes montrent une adaptation au profil des patientes. Pour Manon, la prise en charge n'est pas la même si la femme « *est obèse suite à des agressions sexuelles dans l'enfance, si ça a toujours été extrêmement compliqué, s'il y a eu du harcèlement, [...], si c'est une femme qui fait 45 kilos tout mouillés, qui est anorexique, qui bouffe n'importe quoi, qui n'est pas du tout dans l'équilibre alimentaire, ou qui est très immature* ».

En conclusion, comme le dit Patricia, « *chaque patiente a besoin d'un conseil diététique* ». Une personnalisation de la prévention est nécessaire et les conseils sont délivrés idéalement « *au cas par cas et en fonction de la situation* » (Valérie).

2.4. L'enquête alimentaire

Comme vu précédemment, la prévention alimentaire et nutritionnelle semble parfois limitée voire absente malgré la délivrance systématique de certains conseils au cours du suivi prénatal. De plus, la prévention réalisée par les sages-femmes tient compte du profil de la patiente faisant d'elle une prévention ciblée. L'enquête alimentaire répond à la personnalisation de cette prévention (cf page 16). Bien que minimale et très peu soulignée par les participantes, l'enquête alimentaire semble marquée un point d'appui à la prévention, suite au constat de « *gros soucis* » (Émeline). Patricia ajoute que « *si on va dans du détail, c'est là qu'on s'aperçoit que ça ne va pas* ». Elle estime que les constats faits à propos des habitudes alimentaires sont parfois « *assez surprenants* ». Peu de sages-femmes questionnent leurs patientes sur l'ensemble de leurs habitudes alimentaires. Patricia, elle, « *demande aux gens ce qu'ils mangent* ». En outre, elle s'enquière parfois des repas pris par ses patientes en leur demandant : « *Mais qu'est-ce que vous avez mangé ce matin ?* ». Florence cherche également à savoir, en allant « *dans le détail* », « *ce qu'elles ont l'habitude de prendre au petit-déjeuner* ». Concernant les femmes ayant une cinétique de poids anormale, Émeline questionne les femmes sur leurs habitudes alimentaires dans leur globalité : « *Quelle est votre alimentation ?* ».

Après s'être intéressées aux divers conseils alimentaires et nutritionnels abordés par les sages-femmes à divers moments du suivi prénatal, nous allons désormais observer la manière dont ces dernières réalisent la prévention.

3. Les manières de réaliser la prévention par la sage-femme

3.1. L'approche relationnelle

3.1.1. *Permettre à la femme de lancer le sujet*

Ce n'est pas forcément la sage-femme qui engage la discussion sur la prise de poids, l'alimentation ou la nutrition. Ce sont parfois les patientes qui tendent une perche à la sage-femme pour qu'elle leur en parle : « *ça peut être elles qui l'amènent sur le tapis* » (Manon). La sage-femme leur offre généralement un espace de paroles qui leur permet de poser « *des questions de base* » (Carine) ou d'exprimer « *des demandes particulières* » (Françoise).

3.1.2. *Établir un lien de confiance*

Trois participantes ont souligné que la qualité de la relation entre la femme et la sage-femme est indispensable lorsque l'on souhaite faire passer un message de prévention. En effet, « *faire alliance avec la patiente* » (Manon) en « *assurant le dialogue, la confiance*

entre les deux » (Amandine), est nécessaire puisque, selon Violaine, lorsque les patientes « *te font confiance, elles t'écoutent* ».

3.1.3. Adopter une stratégie verbale

3.1.3.1. Une stratégie verbale passant par le non-jugement

Le non-jugement est un principe respecté par les sages-femmes interrogées. En effet, selon Véronique « *on a beaucoup plus de crédit auprès d'une femme si on ne la culpabilise pas* ». Elle reconnaît qu'il est important que « *les patientes ne se sentent pas regardées par rapport à leur poids* ». Ces notions sont reprises par Éline qui « *essaye de ne pas être culpabilisante* ». Carine, lorsqu'elle s'adresse à des femmes obèses, évite de les « *catégoriser* » et ne les accuse pas d'être responsables de leur état physique en leur disant que « *c'est de [leur] faute* ».

3.1.3.2. Une stratégie verbale passant par un discours positif

Éline ne culpabilise pas les patientes et elle n'a « *jamais de discours négatif* » tandis que Françoise « *adopte un discours politiquement correct* » en veillant à utiliser des tournures de phrases positives plutôt que dénigrantes et rabaissantes. Par exemple, elle ne va pas dire aux femmes enceintes « *vous êtes trop grosse* », mais « *vous avez un IMC important, il serait donc bien dans ces conditions de ne pas prendre plus de cinq kilos* ». Il en est de même pour Violaine, qui, pour elle, dire de façon forte et méprisante « *oulala qu'est-ce que c'est ça ? Vous avez vu comment vous être grosse !* » n'est pas judicieux pour faire passer des messages. Pour elle, il faut que les sages-femmes « *[amènent] les choses doucement* ».

3.1.3.3. Une stratégie verbale passant par une tonalité douce

La communication préventive doit se faire progressivement selon la plupart des participantes. Françoise, en adoptant une tonalité douce, précise qu'elle « *prend des pincettes* » et choisit « *d'y aller par petites touches* » pour parler des risques concernant la prise de poids durant la grossesse. Carine, quant à elle, adopte le « *ton de l'humour* ».

3.1.4. Bannir l'interdit

Les propos rapportés par certaines participantes laissent à penser que des alternatives aux habitudes alimentaires des patientes sont à envisager. L'absence de prohibition est relevée par certaines sages-femmes dont Manon qui n'exige « *pas d'interdit* » aux dames qu'elle suit. À ce propos, Violaine ajoute qu'elle « *ne peut pas leur dire de s'empêcher de grignoter* ». Cette sage-femme préfère proposer une alternative nutritionnelle à ses

patientes, par exemple « *de remplacer un plaisir par un autre* » afin de « *leur amener d'autres plaisirs* ». Pour sa part, Valérie « *essaye de trouver une adaptation aux habitudes alimentaires, sans forcément tout casser* ». Ainsi, trouver des méthodes substitutives est un message rapporté par plusieurs participantes comme Violaine qui n'impose pas des « *choses draconiennes* » à ses patientes.

3.1.5. *Renforcer le sentiment de compétences des femmes enceintes*

Lorsque des changements d'habitudes alimentaires sont mis en place chez des patientes, Sandrine soulève l'importance de reconnaître les efforts en soutenant les dames dans le processus instauré et en les encourageant à « *continuer ce qu'elles font* ».

3.1.6. *Faire passer un message clair, précis et concis*

Comme vu précédemment, des conseils sont promulgués systématiquement par la sage-femme lors du suivi prénatal. Certains d'entre eux sont assimilés par certaines professionnelles à des « *leitmotiv* » (Manon). Divers messages clés et précis ont été relevés au cours des entretiens. Manon insiste auprès des femmes qu'il faut manger « *de tout et varié* ». Pour Françoise « *l'essentiel du message* » est qu'il faut manger « *moins de sucre, des fibres et de l'eau* ». Il en est de même pour Éline qui, au sujet de la toxoplasmose et de la listériose, « *appuie sur les éléments principaux* ». Les sages-femmes essaient donc « *de se mettre à niveau de ce que peuvent comprendre les personnes* » (Valérie) en « *vulgarisant au maximum les connaissances pour que ce soit à la portée des gens* » (Manon).

3.2. *L'illustration du discours préventif*

Afin de réaliser au mieux la prévention, les sages-femmes veillent dans un 1^{er} temps à la manière dont elles dispensent les conseils mais font également appel à divers moyens pour illustrer leur discours.

3.2.1. *Les moyens utilisés par les sages-femmes*

3.2.1.1. Les supports écrits au service des sages-femmes

Dans un 1^{er} temps, des supports écrits sont régulièrement utilisés par les sages-femmes interrogées. Éline et la majorité des participantes se servent de la « *fiche sur ICOS* » (**annexe XX**) pour délivrer les conseils en rapport avec la toxoplasmose et la listériose. Le « *Guide Nutrition et Grossesse* » utilisé par Violaine est également un support dont se sert Sandrine pour faciliter l'éducation thérapeutique. En effet, il lui arrive très souvent d'indiquer à ses patientes « *le site INPES pour le Guide Nutrition de la grossesse* ».

D'autres guides moins spécifiques de la grossesse sont utilisés par Émeline qui se sert des « *guides nutrition du PNNS* ». En outre, « *le truc que donne* [le groupe pharmaceutique] *Pierre Fabre sur le tardyféron®* » est un support écrit utilisé par Françoise lorsqu'elle réalise la prévention contre les carences en fer. Un autre moyen dont se sert également Carine est un « *petit dossier diabète avec, [...], tous les aliments et comment composer son assiette* », support dont elle ne se sert pas systématiquement.

3.2.1.2. Les nouvelles technologies au service des sages-femmes

Internet est également utilisé par Carine qui va régulièrement « *sur la plate-forme Maternis qui donne un peu des infos, [...], sur les règles hygiéno-diététiques* ». Un autre outil utilisé par Émeline afin d'aider les patientes à composer leurs assiettes en leur suggérant des idées de menus est « *le site "La fabrique à menus"* ». Manon se sert aussi des nouvelles technologies en recherchant sur « *le portable, des petits tutos, des petits films* » pour illustrer son discours.

3.2.1.3. La complémentarité de la communication orale et écrite

Des précisions à l'oral sont également données, en plus des supports écrits fournis aux patientes et/ou qui aident la sage-femme dans son rôle préventif. En effet, la majorité des sages-femmes ne se contentent pas de laisser un support à leurs patientes sans leur délivrer davantage d'explications. C'est le cas d'Amandine qui, à propos des risques infectieux alimentaires, réalise un « *petit speech oral du papier* ». Manon insiste sur l'importance des explications orales données en rapportant le fait que souvent « *la seule info [que la patiente aura] ça va être une fiche, [...], ça veut dire qu'il faut lire le truc en sortant* ». Lors de ses consultations, Manon réalise par ailleurs « *pleins de dessins* » pour les femmes enceintes afin de faciliter la compréhension des messages délivrés oralement.

3.2.2. Les outils souhaités par les sages-femmes

Divers moyens sont utilisés par les sages-femmes afin de réaliser une prévention optimale. Cependant, les participantes listent divers outils qu'elles aimeraient avoir à leur disposition afin de les aider dans leur rôle préventif et éducationnel.

3.2.2.1. Le souhait de plaquettes informatives

Certaines, comme Éline, imaginent des « *plaquettes bien claires informatives* ». Celle-ci suggère l'idée de représenter des « *assiettes types* », tandis que Françoise imagine des plaquettes explicatives « *selon les IMC de départ, le surpoids, l'anorexie, [...], l'IMC normal* ».

3.2.2.2. Avoir à disposition des documents « papier » bien précis

Par ailleurs, beaucoup de sages-femmes comme Amandine aimeraient avoir à portée de main en format papier « *le petit livret Nutrition et Grossesse* » de l'INPES. S'assimilant à ce type de support, Carine s'exprime au sujet du dossier diabète fourni aux patientes concernées et émet le fait que « *ça pourrait être une idée de le donner à tout le monde* ».

3.2.2.3. Le souhait de supports illustrés

De plus, des supports clairs et visuels sont également des outils souhaités par plusieurs sages-femmes et notamment par Manon qui voit cela comme « *un ensemble de petits dessins, [...], pas obligatoirement théoriques mais des petits dessins* ». Rejoignant ces propos, Violaine ajoute qu'elle souhaiterait « *quelque chose de visuel, synthétique* ». Le caractère concis et pratique est également repris par Carine qui aimerait « *des choses un peu illustrées, pas du gros blabla, [...], des petites phrases marquantes, [...], sans leur en mettre une tartine* ».

3.2.2.4. Avoir à disposition des menus-types

Si certaines sages-femmes, comme Émeline, indiquent à leurs patientes un site auquel elles peuvent se référer si elles sont à court d'idées de menus, d'autres, comme Patricia, semblent au contraire dans le besoin et aimeraient « *avoir quelques recettes, [...], pas compliquées, pour que les femmes puissent les mettre en pratique* ».

3.2.2.5. Se servir des nouvelles technologies

Amandine suggère de mettre à profit les nouvelles technologies faisant partie prenante de notre vie quotidienne et émet l'idée « *pourquoi pas, [...], d'une application sur smartphone* ».

4. **Le sentiment de compétence et la posture de la sage-femme**

Pour rendre compte de leur sentiment de compétence et de leur posture, les sages-femmes ont également été interrogées sur les facteurs pouvant impacter la manière dont elles réalisent la prévention alimentaire et nutritionnelle au cours de leur exercice professionnel.

4.1. Les facteurs inhérents à la sage-femme

4.1.1. *Les connaissances issues de la formation de la sage-femme*

4.1.1.1. Des connaissances obsolètes

La formation initiale des sages-femmes datant d'il y a « *un petit moment* » (Sandrine et Carine), il est parfois difficile de se souvenir des apports théoriques reçus. C'est ainsi « *un*

très vague souvenir » comme le relate Patricia, puisque « *comme toute connaissance, ça se tasse, ça se perd* » souligne Manon. De plus, du fait de l'ancienneté de la formation, Valérie juge ses connaissances obsolètes puisque « *beaucoup de choses ont évolué* ».

4.1.1.2. Un manque de connaissances

En revanche, d'autres jugent leurs connaissances insuffisantes du fait du contenu limité de leur formation initiale à ce sujet. C'est le cas d'Amandine qui se rappelle avoir eu « *des choses assez générales, [...], pas eu beaucoup de cours là-dessus* ». Les enseignements suivis sur l'alimentation et la nutrition lors de leurs études ne sont pas décrits comme vecteurs de connaissances. Ceci fait faute à Sandrine qui déclare qu'il « *lui manquerait les infos pour, [...], faire un EPP comme il faut sur l'alimentation* ». Éline ajoute qu'elle a « *des notions de base* ». Carine, elle, ne se sent « *pas trop calée* » pour tout ce qui concerne les quantités.

4.1.1.3. Les connaissances émanant de la formation continue

Quelques participantes aimeraient pouvoir se former à propos de divers sujets gravitant autour de la grossesse (notamment l'alimentation et la nutrition). Cependant, Violaine précise qu'à « *l'hôpital, on ne nous propose pas grand-chose en formations intéressantes et payées* » et, en termes de formations, « *on n'a pas toujours ce qu'on veut tout le temps* » (Sandrine).

Ainsi, pour pallier ce manque de connaissances, les sages-femmes utilisent d'autres moyens plus personnels, afin de se former en termes d'alimentation et de nutrition.

4.1.1.4. Les connaissances issues de l'expérience personnelle

Les connaissances en lien avec l'alimentation et la nutrition semblent avoir été acquises pour la majorité des sages-femmes grâce à leur « *vie personnelle* » (Amandine). En effet, l'expérience personnelle a visiblement un impact sur la prévention réalisée. Manon nous précise que « *chacune [sage-femme] avec sa personnalité va mettre en lumière ses moyens de transmettre aux gens* ». En outre, pour beaucoup, leurs connaissances en termes d'alimentation et de nutrition proviennent d'une démarche personnelle. Sandrine ne « *s'appuie pas sur son vécu perso* » mais a vraiment acquis des notions utiles grâce à des « *lectures personnelles* ». Quant à Violaine, elle cherche par elle-même des ressources et elle se sert ainsi « *du guide fait par une interne sur la pyramide alimentaire, [...], du petit guide rose, le Guide de la Nutrition et de la Grossesse, [...], et des fois de mémoires d'étudiantes sages-femmes* ». Amandine oriente actuellement ses propres recherches sur « *la qualité des produits et leur valeur nutritionnelle* ».

4.1.1.5. Les formations sources des connaissances acquises

L'intérêt personnel des sages-femmes pour ce sujet se révèle également par la participation à des formations complémentaires ou, à défaut, par la volonté de se former. C'est le cas de Patricia et de Manon qui ont toutes les deux fait des « *des formations courtes* », « *sur trois-quatre jours, [...], avec tout un cursus nutrition* » (Patricia) et « *autour de l'entretien du quatrième mois, où on avait retravaillé [sur l'alimentation]* » (Manon). Patricia met également en lumière l'intérêt de son Diplôme Universitaire d'acupuncture car, durant cette formation, « *on parle beaucoup de diététique chinoise aussi, [...], c'est intéressant, [...], il y a des choses primordiales qui sont importantes* ». Les bénéfices d'une formation supplémentaire sont également soulignés par Émeline qui juge qu'elle a à présent « *le bagage nécessaire avec le DIU Nutrition et Diététique, [...], qui lui a apporté quelque chose en plus* ». Une volonté de se former constitue également la majorité des propos tenus par les participantes qui jugent cela « *nécessaire* » (Valérie) et « *important* » (Sandrine). Pour elles, l'actualisation des connaissances est primordiale et passe notamment par des « *petites formations annuelles sur ce qui doit être su et à transmettre* » (Amandine). Outre le fait qu'elles jugent cela fondamental, un intérêt particulier envers ce sujet est également mis en lumière par diverses participantes qui se disent « *intéressée[s]* » (Éline, Violaine).

4.1.1.1. Les habitudes alimentaires personnelles, reflet de la prévention

La ligne de conduite que les sages-femmes se donnent et leurs habitudes alimentaires personnelles dictent également les messages gravitant autour de cette prévention. Comme Sandrine, beaucoup de sages-femmes interrogées se disent « *sensible[s] à la nutrition* ». Par rapport à sa consommation alimentaire quotidienne, Amandine « *aime faire attention [à] ce qu'[elle] mange* ». Carine et Françoise essayent respectivement de « *manger assez varié, manger des fruits et des légumes, faire un peu attention d'où viennent les produits, éviter les produits transformés* » et de « *manger bio, [...], et de retourner à des basiques* ». Valérie, elle, n'est « *pas trop dans la consommation des produits laitiers* ». En outre, certaines participantes adaptent leurs repas en raison par exemple d'une « *intolérance au gluten* » (Éline) ou dans l'objectif d'une perte de poids. C'est ce qu'Amandine souhaite avec « *un rééquilibrage alimentaire* ».

4.1.1.2. Des connaissances personnelles émanant des aînés

Pour certaines sages-femmes, leurs habitudes alimentaires actuelles ont été transmises par les générations précédentes. C'est notamment le cas de Carine qui « *a toujours eu la chance d'avoir des parents qui cuisinaient bien et qui [lui] ont toujours fait goûter* » ce qu'il y avait à manger.

4.2. *Les facteurs inhérents à la femme*

La prévention réalisée par les sages-femmes est donc enclin à diverses contraintes et facteurs imputables à la sage-femme elle-même. En revanche, la prise en compte de la femme est nécessaire puisque d'après Manon, « *son histoire à elle compte* ».

4.2.1. *Les difficultés économiques*

Les sages-femmes ont parfois du mal à faire passer des messages préventifs alimentaires et nutritionnels étant donné les difficultés financières auxquelles certaines patientes font face. C'est le cas des deux sages-femmes territoriales (Manon et Valérie), davantage confrontées à ces problèmes économiques. Parfois certaines familles disposent de peu de revenus et « *ont du mal à mettre à manger dans leur assiette* » (Valérie). Dans ces cas-là, Valérie « *essaye de voir justement où est-ce que [ses patientes] s'approvisionnent* ». Cette sage-femme nous précise également que des femmes suivies à la PMI n'ont « *pas forcément les moyens d'acheter des choses de façon à avoir cette alimentation équilibrée* ». Manon rapporte qu'il est compliqué de manger « *cinq fruits et légumes par jour quand tu n'as que de quoi t'acheter du riz* ».

Concernant les sages-femmes hospitalières, certaines sont également concernées par ce type de « *population défavorisée* » (Carine) et à la précarité de certaines familles pour lesquelles, d'après Émeline, « *chercher les fruits et les légumes toutes les semaines, ce n'est pas possible* ».

4.2.2. *Les difficultés de compréhension*

Pour certaines sages-femmes, il est parfois difficile de faire entendre les messages qu'elles souhaitent transmettre à leurs patientes du fait de la barrière de la langue. En effet, la plupart des sages-femmes admet qu'il y a « *une bonne partie des patientes qui ne s'exprime pas correctement en français* » (Violaine). Manon ajoute à ce propos que les difficultés de compréhension peuvent également se traduire par le fait que les patientes « *ne soient pas toujours lectrices ou ne soient pas à l'aise avec la lecture* ».

4.2.3. Les facteurs culturels

La difficulté de la transmission de certains conseils passe aussi par les diverses cultures rencontrées. Les femmes enceintes d'origine étrangère ont parfois des « *rythmes alimentaires qui ne sont pas forcément les mêmes que les nôtres* » reconnaît Valérie. Cette participante ajoute que « *les habitudes qu'elles peuvent avoir* » dépendent « *de la culture de chacune* » (Amandine). Cette dernière prend exemple d'une femme enceinte originaire de Chine : « *leur alimentation est basée à base de beaucoup de riz et féculents donc elle a du mal à appliquer les règles [de la cuisine française]* ».

4.2.4. Le rapport à l'alimentation

Diverses facettes du rapport que peuvent avoir les femmes face à la nutrition semblent constituer un obstacle à la prévention réalisée par les sages-femmes.

4.2.4.1. Désintérêt de la femme enceinte

Il semble parfois difficile de transmettre des conseils alimentaires et nutritionnels adaptés puisque certaines femmes ne mesurent pas l'importance d'une bonne hygiène de vie alimentaire au cours de la grossesse. Tout d'abord, certaines se désintéressent totalement de l'alimentation et « *ne comprennent pas vraiment l'importance, [...], et [...] s'en fichent* » (Carine). Selon Patricia, pour certaines femmes, l'alimentation passe au second plan et « *mangent parce qu'il faut manger* », et certaines « *parfois s'oublie un peu* » exposant les femmes à des carences.

4.2.4.2. Manque d'honnêteté de la femme enceinte

En outre, la parole des patientes est parfois remise en question par la sage-femme. Selon Sandrine, « *il y en a qui sont très honnêtes et qui vont répondre à tes questions et d'autres, [...], qui ne te diront pas la vérité* ». Lorsque Françoise demande à une future maman si elle ne mange pas trop compte tenu de la prise de poids, si la femme enceinte répond « *Non, non, non, je ne mange rien !* », Françoise est sceptique et rétorque « *Ah bon ?* » pour faire part de son étonnement.

4.2.4.3. Une gêne de la femme enceinte

Des sages-femmes soulignent également une certaine réticence de la part des patientes à parler d'alimentation et de nutrition. Sandrine déclare que parfois « *c'est tabou, [...] elles esquivent un peu et tu sens que tu ne peux pas aller plus loin* ». Françoise évoque le fait qu'avec « *certaines femmes on ne peut pas aborder ça, [...], elles se ferment complètement, [...], refusent de voir leur problème de poids ou de prise de poids, [...]*,

des fois ça rentre par une oreille et ça ressort par l'autre, [...], et il m'arrive aussi de me faire rembarrer ! ». De plus, avec ses propos mis en suspens : « *rien que le fait de passer sur la balance...* », Françoise sous-entend que le moment de la pesée peut être appréhendé par certaines femmes. Enfin, si un suivi spécialisé est nécessaire en rapport à des troubles alimentaires existants ou à des problèmes de poids, « *peu [de femmes] acceptent de voir une diététicienne* » (Françoise).

4.2.4.4. Des troubles du comportement alimentaire

La problématique des Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) est également soulevée. En effet, comme le souligne Manon, certaines femmes « *ont toujours eu des soucis avec leur poids, [...], et ont peur de ne pas retrouver la ligne après [la grossesse]* ». Comme le fait remarquer Émeline, certaines en « *sont à suivre des régimes à répétition* ». Une fragilité psychologique peut être sous-jacente comme nous le précise Émeline qui est parfois amenée à suivre des « *patientes qui ont une fragilité à ce niveau-là* ». Françoise a en effet conscience que derrière un TCA peut se cacher « *un problème psychologique* ».

4.2.4.5. Le manque de connaissances de la femme enceinte

Les connaissances limitées des patientes au sujet des bonnes habitudes alimentaires et nutritionnelles à adopter est également un sujet évoqué. Manon remet en cause les connaissances de certaines femmes. Elle emploie ainsi un ton satirique lorsqu'elle cite une femme qui confond la toxoplasmose et la listériose : « *on m'a dit qu'il ne fallait pas manger de Saint-Nectaire car je suis toxo négative !* ». Lorsque Violaine évoque les apports liquidiens avec ses patientes, elle leur donne comme exemple que « *dans un verre de coca il y a 14 morceaux de sucre* » car, d'après elle, « *elles ne le savent pas toujours* ».

4.3. Les facteurs extérieurs

D'autres facteurs extérieurs à la dyade professionnel-patiente semblent constituer une gêne à la transmission de conseils alimentaires et nutritionnels.

4.3.1. Le manque de temps

Concernant la durée des consultations prénatales, diverses opinions se dégagent. Si Carine estime « *avoir assez de temps en consultation, [...] à l'EPP* », beaucoup de sages-femmes pensent, en revanche, que « *sur les 20 minutes de consultation [...], pour l'alimentation il ne te reste quand même pas...* » (Éline). Cette remarque implicite montre qu'il est parfois difficile pour les sages-femmes de tout gérer : « *les appels, les doubles consultations par moment, [...], en plus d'être une profession médicale, d'être attentive*

au bien-être physique, psychique » (Manon), « *l'examen, l'examen des seins, l'auscultation, [...], les paperasses, le dossier informatisé à remplir* » (Violaine).

4.3.2. *La culture de la malbouffe*

Sandrine constate « *qu'il y a plus d'obésité, de surpoids et de diabète qu'avant* » et pense « *qu'on a des générations qui ne savent pas manger correctement* ». Certaines participantes soulignent les mauvaises habitudes alimentaires sociétales actuelles. Le ton risible de Carine à l'évocation des habitudes d'une de ses patientes qui « *mettait du Nutella dans ses pâtes* » dissimule un hébétement de sa part. Les fast-foods comme « *Macdo* » (Patricia) sont pour certaines des repas pris fréquemment puisque « *c'est bien plus pratique de manger un truc vite fait* » (Patricia). Pour Sandrine, les habitudes de certaines dames résultent du fait « *qu'elles n'ont pas appris à bien manger* » et qu'il « *y a des erreurs alimentaires qui n'ont pas été enseignées par les parents et qui se reproduisent après de génération en génération* ». Pour compléter ces propos, Patricia insiste sur les règles de base que les parents devraient apprendre à leurs enfants : « *de s'asseoir pour manger, de prendre le temps, [...], que c'est important de bien manger parce qu'on va avoir des enfants* ». Pour Émeline, les parents doivent « *inculquer dès le plus jeune âge à leur enfant une bonne éducation alimentaire* ». C'est en réponse aux divers éléments repris ci-dessus que Patricia se pose la question suivante « *Est-ce que nous on mange correctement déjà ?* ».

4.3.3. *Le travail en réseau*

La collaboration entre les sages-femmes et les spécialistes en nutrition et alimentation varie selon les expériences des sages-femmes interrogées.

4.3.3.1. *Un travail en réseau présent*

Les propos tenus par huit sages-femmes rendent compte du travail en réseau s'articulant autour de la prise en charge alimentaire et nutritionnelle. Valérie « *travaille pas mal avec les nutritionnistes de l'hôpital et les diététiciens quand il y a besoin* ». D'autres sages-femmes orientent vers les spécialistes « *les dames qui sont obèses ou qui ont fait de la chirurgie bariatrique* » (Amandine), « *quand ça devient trop compliqué* » (Patricia), ou « *quand [il y a un] problème au niveau du diabète, de la thyroïde* » (Violaine). Plus spécifiquement, par rapport au diabète, Amandine oriente ses patientes « *vers le diabétologue et l'atelier diabète gestationnel* » tandis que Violaine « *les [met] carrément en consultation diététique* ». Concernant Manon, elle n'hésite pas à « *[prendre] un rendez-vous dans le service diététique ou avec la sage-femme qui a le DU* ».

4.3.3.2. Un travail en réseau limité

Les paroles de cinq sages-femmes montrent au contraire une collaboration limitée. Concernant le suivi des femmes enceintes ayant des problèmes liés à l'alimentation et/ou au poids, Sandrine reconnaît qu'il « *serait important qu'on échange plus avec les diététiciens* ». Carine apprécierait aussi une telle collaboration mais soutient que « *ça ne [lui] est pas venu à l'idée de [leur] demander des conseils* ». Pour ce qui est d'une éventuelle orientation des femmes vers une diététicienne, Françoise ne se fait plus d'illusion : « *On peut lui envoyer des femmes, certes, mais on n'a jamais de retour* ». Par rapport à cette communication entre les sages-femmes et les spécialistes, Amandine qui travaille en libéral et à l'hôpital, précise qu'elle n'est « *pas en discussion avec ces professionnels* », et qu'entre eux il n'y a « *pas beaucoup de dialogue* ». Manon, sage-femme de PMI, en témoigne très bien : « *je les oriente vers l'hôpital, [...], mais je n'ai pas plus de contacts que ça* ». En outre les deux sages-femmes territoriales insistent sur l'importance du travail en réseau dans leur situation. En effet, Valérie souligne que « *dans le cadre du réseau ville-hôpital, on travaille pas mal avec les nutritionnistes de l'hôpital et les diététiciennes* ». Le ton risible employé par Manon pour répondre à la question sur la pertinence du travail en réseau pour délivrer des messages de prévention souligne l'évidence de la réponse.

4.4. La place de la sage-femme

4.4.1. Une période propice à la prévention

Concernant cette période de la vie d'une femme, les sages-femmes insistent sur le fait que « *la grossesse est l'occasion de faire le point sur la nutrition* » (Sandrine) puisque pour Carine c'est « *le moment de faire encore plus attention* ». Pour Patricia, cette période représente « *une période où elles sont assez réceptives* ». Cette sage-femme justifie ses propos en relatant le fait que les femmes « *vont faire un effort parce qu'il y a bébé* ». Les sages-femmes pensent donc que durant la grossesse, la femme peut se reprendre en main puisque celle-ci n'agit pas seulement pour elle mais également pour son bébé. Cette justification est également reprise par Manon qui rapporte que « *ce que tu vas lui conseiller, c'est pour son bien à elle [...], dans un but qu'elle prenne conscience que ce qu'elle fait, c'est pour elle et pour son bébé* ». Valérie précise qu'il est important « *d'avoir une bonne santé, un bon développement, [...] prévention des carences et un bon développement fœtal* ». Violaine précise à ce propos que si « *tu leur dis qu'il y a trop de*

sucre qui passe au niveau du bébé, ça fait beaucoup plus tilt que si tu leur dis qu'elles vont prendre du poids ».

4.4.2. *Le caractère primordial de la prévention*

À l'unanimité les sages-femmes s'accordent à dire qu'il est important durant la grossesse d'insister sur les diverses mesures hygiéno-diététiques. Pour illustrer ces propos, Sandrine relate « *qu'on [les sages-femmes] a un rôle super important à ce moment-là, durant la grossesse* ». Valérie justifie cela « *d'essentiel* » tandis que Violaine pense qu'il est « *capital* » de réaliser cette prévention. Les divers adjectifs employés insistent bien sur l'importance de la prévention, notion reprise par Patricia qui juge l'alimentation comme un « *sujet primordial* ». Cette dernière, dans sa manière de parler, emploie l'impératif ce qui fait également de cette prévention un fait à ne pas passer sous silence. En effet pour elle, « *il faut aller sur ces sujets, il ne faut pas les survoler, et il faut vraiment aller dans le détail* ».

Les sages-femmes estiment donc la prévention hygiéno-diététique comme étant un sujet à ne pas omettre durant la grossesse. Mais qu'en est-il de leur rôle à jouer face à cette prévention ?

4.4.3. *Posture de la sage-femme*

4.4.3.1. Sage-femme actrice de la prévention

Toutes les participantes interrogées rejoignent Manon sur le fait que la prévention alimentaire et nutritionnelle « *appartient tout à fait à notre rôle* ». En effet, pour Patricia, les sages-femmes ont aussi « *un rôle de dire 'attention c'est votre corps, c'est votre vie'* ». Ce rôle peut être assuré notamment grâce aux diverses compétences leur étant allouées puisque pour Manon, les sages-femmes ne sont pas en « *manque de compétences* ». Par exemple, les sages-femmes sont conscientes de leur rôle à jouer par rapport aux risques infectieux alimentaires ; à ce sujet, Violaine nous précise « *qu'on [les sages-femmes] est quand même censée les informer* ».

Les participantes expriment une certaine aisance à délivrer des messages préventifs et une certaine facilité à assumer ce rôle. Pour Valérie, l'alimentation ne constitue « *pas un sujet tabou* ». Amandine, elle, « *[se] sent à l'aise* ». Violaine ajoute à la notion d'aisance celle d'absence de contrainte puisque cette sage-femme se sent « *complètement libre par rapport à cela* ».

Faisant écho à la partie sur l'alliance de la communication orale et écrite (cf page 35), les sages-femmes utilisent divers procédés de communication (oraux et écrits). Manon

s'exprime sur le fait qu'il est « *intéressant de les utiliser [les supports écrits] en tant que professionnelle à visée de la population enceinte et de ne pas se dédouaner en disant 'et bien elles le liront bien'* ». Avec ses propos, Manon insiste donc sur le fait qu'il n'est pas seulement de son rôle de distribuer des prospectus mais que ces derniers doivent s'accompagner d'informations claires. Pour elle, son rôle ne se limite pas seulement à la prise en charge obstétricale de la femme puisqu'il « *faut être une profession médicale, être attentive au bien-être physique, psychique, et donner des conseils* ». Plusieurs aspects semblent donc être à prendre en compte au cours de la grossesse. À cela, Patricia ajoute que le rôle des sages-femmes « *ne se limite pas à une grossesse, c'est plus large que ça* ». En outre, leur place et leur statut de « sage-femme » peut être un atout dans le suivi de la femme. En effet, pour Françoise, la diffusion de messages préventifs par les sages-femmes « *peut être moins agressif que la consultation diététicienne pure et dure* » d'autant plus « *qu'en général quand on leur parle [aux femmes] de diététicienne 'oh non non, je ne veux pas y aller'* ». Violaine rejoint Françoise en s'exprimant sur le fait que leur « *manière de l'amener [la prévention] peut davantage parler* ».

4.4.3.2. Un rôle parfois remis en question

Bien que les sages-femmes aient pleinement conscience de leur rôle à jouer, ce rôle semble parfois entaché de doutes et de remises en question. En effet, comme vu précédemment, il arrive parfois que les sages-femmes soient amenées à collaborer avec d'autres spécialistes en cas de pathologie.s notamment puisque comme nous le dit Éline, « *[elle] est loin d'être une spécialiste* ». Le recours à d'autres professionnels peut donc être dans certains cas nécessaire comme nous le précise Patricia qui se sent parfois démunie face à certaines femmes qui ne veulent surtout pas prendre de poids : « *comment l'aider ? [avec] un autre professionnel* ». Pour elle, pour le suivi de certaines femmes, les sages-femmes « *ont besoin de quelqu'un d'autre* » puisque comme le justifie Amandine, il est délicat d'aller « *sur un terrain qu'[on] ne connaît pas* ».

Concernant d'autres sujets, les sages-femmes ne sont parfois pas très à l'aise dans certaines situations. C'est le cas de Manon qui dans sa « *manière dont [elle] aborde la consommation d'alcool, [...], ne se sent pas encore très douée sur la manière de poser la question, la manière de l'aborder* ». Outre le côté médical, Carine s'exprime sur un autre aspect de la prise en charge de la femme ayant notamment des TCA. Elle précise qu'elle « *n'a pas eu beaucoup de patientes qui ont eu des antécédents d'anorexie ou de boulimie, [elle] avoue que sur le versant psychologique, ce côté-là [elle] ne sait pas trop* ».

Par rapport à la manière d'aborder les choses, certaines sages-femmes se remettent parfois en question quant à leur savoir-faire. C'est le cas de Sandrine qui se demande : « *est-ce que j'ai les bonnes pratiques ?* ». Manon émet plusieurs interrogations : « *est-ce qu'on donne juste des faits ? Est-ce qu'il faut absolument en avoir parlé à telle consultation et pas telle autre ? Est-ce qu'on l'utilise [la prévention] de manière très didactique ?* ».

De plus, le comportement de la femme place parfois la sage-femme en porte-à-faux notamment lorsque celle-ci est complètement fermée par rapport à l'alimentation et à la prise de poids. C'est le cas de Françoise qui nous révèle que parfois « [elle] *fait un flop* ». En effet, pour elle, il n'est pas toujours évident de répondre à certains propos de femmes qui se braquent dès lors qu'on leur parle de ce sujet. L'interrogation émise par cette sage-femme : « *qu'est-ce que vous voulez que j'ajoute ?* » en réponse au refus catégorique des femmes de recevoir des conseils, illustre cela. De plus, pour elle, le comportement de ces femmes peut être modifié par le profil physique de la sage-femme réalisant leur suivi. En effet, pour elle, le fait qu'elle ne soit « *pas filiforme, [elle] pense qu'elles (les femmes) me trouvent moins jugeante qu'une fille toute mince* ».

En outre, la question de légitimité est également soulevée par certaines sages-femmes. C'est surtout le cas des sages-femmes territoriales qui pensent que leur « *place de sage-femme de PMI peut aussi bloquer, [...], sur certaines consos notamment en alcool* » (Manon) qui estime qu'il n'est parfois pas « *légitime* » dans certaines situations de parler de ces sujets. Enfin, comme vu précédemment, divers facteurs peuvent venir impacter la diffusion des messages de prévention. Tenant compte de cela, Manon estime que « *tout le monde reste sur sa faim sur la manière dont on a envie d'accompagner les femmes et sur la manière dont on peut les accompagner* ».

Discussion

I. Atteinte des objectifs

Pour cette étude, dix entretiens semi-directifs ont été réalisés afin d'appréhender la posture de la sage-femme comme actrice de la prévention alimentaire et nutritionnelle au cours de la grossesse. Cet objectif a été étudié au regard de divers facteurs pouvant agir sur la délivrance des informations. Les moyens utilisés par les sages-femmes pour réaliser la prévention et les autres moyens souhaités ont également été étudiés. La durée minimale de 20 minutes par entretien a été globalement respectée. Cette discussion va permettre d'analyser plus précisément nos résultats et de mettre en regard les données recueillies lors de notre étude avec la littérature sur le sujet.

II. Forces et faiblesses de l'étude

1. Les forces de l'étude

Tout d'abord, cette étude est novatrice car les sujets de l'alimentation et de la nutrition pendant la grossesse ont été peu étudiés d'un point de vue qualitatif. Cependant, de nombreuses références ont été trouvées sur le sujet puisque beaucoup d'études quantitatives ont été réalisées mais ne ciblaient pas les professionnels mais davantage les femmes enceintes. Concernant la méthodologie, le choix de l'étude a été judicieux. Les entretiens semi-dirigés ont permis aux participantes de s'exprimer librement laissant place à l'expression la plus précise et exhaustive.

De plus, l'étude impliquait dix participantes n'ayant pas le même nombre d'années d'expérience en suivi prénatal, le même statut ni les mêmes diplômes (certaines participantes possédaient un ou des Diplôme.s Universitaire.s supplémentaire.s en plus du diplôme d'État de sage-femme). Ainsi, la diversité des âges et des profils a constitué une grande richesse et une grande diversité dans le contenu des entretiens. En outre, les données recueillies ont permis de réunir un nombre important d'informations. Ainsi, la taille de l'échantillon a été suffisante pour répondre à la problématique de départ et la réalisation d'entretiens supplémentaires n'aurait a priori pas apporté d'éléments nouveaux. Enfin, la retranscription des entretiens a pu être réalisée au fur et à mesure du fait de l'étendue de notre période de recueil de données permettant ainsi une organisation optimale pour l'investigatrice.

2. Les limites de l'étude

Tout d'abord, le recrutement des participantes était sur la base du volontariat, ce qui constitue un biais de sélection dans cette étude. Il est en effet possible que les sages-

femmes ayant répondu aux entretiens étaient celles qui avaient le plus de connaissances sur ce sujet. Ainsi, les sages-femmes les plus récemment diplômées ont une certaine proximité temporelle avec la formation initiale et donc de meilleurs souvenirs de ces éléments. En revanche, un biais de mémoire est visible pour les participantes ayant réalisé leurs études il y a déjà quelques années.

Par rapport au taux de participation à l'étude de 35,71%, plusieurs courriels ou SMS de relance ont été envoyés aux sages-femmes mais cela n'a pas été suffisant pour obtenir plus de réponses. Ce taux peut être expliqué par un manque d'intérêt, de connaissances sur le sujet ou de temps ayant freiné certaines d'entre-elles pour la réalisation de l'entretien. De plus, aucune sage-femme de sexe masculin n'a souhaité participer à cette étude, ce qui apporte aussi un point faible à cette étude.

La réalisation d'entretiens semi-dirigés a constitué une nouveauté pour l'investigatrice. Il a été difficile de ne pas poser des questions pouvant orienter les réponses des sages-femmes, de marquer un temps de silence pour laisser place à leurs réflexions ou bien de se détacher de la trame guidée par la grille d'entretien.

Notre population, composée de dix sages-femmes, ne pourra pas être représentative de la population générale, et des études supplémentaires avec un nombre plus important de sages-femmes seront sans doute nécessaires pour extrapoler ces résultats à l'ensemble de la profession. Cependant, notre travail ici n'était pas d'obtenir des résultats représentatifs. En outre, la difficulté pour réaliser des entretiens de visu et non téléphoniques forme également une limite. La communication non verbale n'a donc pas pu être étudiée. Dans ce sens, le biais d'interprétation constitue également une limite puisque la subjectivité peut être présente lors de l'analyse des verbatim.

Enfin, il existe peu d'études dans la littérature concernant les pratiques des sages-femmes dans la prévention alimentaire et nutritionnelle. La discussion a donc pu manquer de comparaisons avec les pratiques des sages-femmes en France.

III. Discussion des résultats de l'étude

1. Caractéristiques de la population étudiée

1.1. Connaissances

1.1.1. Connaissances liées aux formations

Un manque de connaissances a été relevé par la majorité des participantes à notre étude. En effet, celles-ci nous relataient un contenu limité sur le sujet au cours de leur formation initiale, même les plus récemment diplômées. Or, le programme des études de maïeutique

comprend une unité d'enseignement de santé publique. Ainsi, à la fin du 1^{er} cycle, les étudiant.e.s sages-femmes doivent avoir acquis les connaissances nécessaires pour s'engager dans la promotion et la prévention de la santé des femmes, des nouveau-nés et des familles notamment dans le domaine de nutrition (65). En revanche, rien n'est retrouvé pour le second cycle à ce sujet (66). Ne serait-ce donc pas trop succinct d'évoquer cela seulement au début de la formation initiale ? C'est ce que notre étude a révélé puisque l'ancienneté de leur formation a également été mise en avant. En revanche, il aurait été intéressant de demander aux sages-femmes à quel endroit avait eu lieu leur formation car chaque école a sa propre organisation dans les enseignements.

Notre travail a aussi fait émerger la nécessité de réactualiser souvent les connaissances des sages-femmes par la mise en place de formations continues par exemple. En effet, de nouvelles recommandations alimentaires sont émises régulièrement au sein du PNNS (4). Ceci est corroboré par la volonté des sages-femmes interrogées de se former à propos de l'alimentation et de la nutrition. Une autre étude réalisée en 2013 par S. Fink, faisant l'état des lieux des pratiques professionnelles concernant la prévention de la prise de poids excessive pendant la grossesse, montre en effet que 84,1% des sages-femmes interrogées souhaiteraient une formation supplémentaire (32). La participation à des formations continues permettraient une remise à niveau des connaissances parfois jugeaient obsolètes par les participantes. Ceci met donc en avant le fait que les sages-femmes ont conscience de leurs compétences à avoir et de ce besoin de se former à ce sujet. En revanche, seulement deux des sages-femmes interrogées ont suivi une formation spécifique axée sur la prévention alimentaire et nutritionnelle sans compter la sage-femme possédant le DU Nutrition et Diététique. Or, le Code de Déontologie (68,69) stipule que la sage-femme doit, régulièrement, réactualiser et perfectionner ses connaissances professionnelles. Ce devoir est également repris dans le troisième axe du bulletin officiel de l'enseignement regroupant les enseignements relatifs au développement professionnel. Ces enseignements ont notamment pour but de « *développer une réflexion et un esprit critique par rapport aux pratiques professionnelles conduisant à l'actualisation des connaissances, à une pratique autonome basée sur l'évaluation des pratiques professionnelles et au développement professionnel continu* » afin d'améliorer ses pratiques (62).

Pourquoi n'est-ce pas le cas ? Quels sont les freins à l'accès à de telles formations pour les sages-femmes ? L'offre de formation couvre-t-elle les besoins des sages-femmes ?

1.1.2. Connaissances et intérêt personnel

Bien que la formation initiale n'ait pas été évoquée comme source principale des connaissances acquises, la vie personnelle des sages-femmes semble en revanche, avoir une influence dans leur pratique professionnelle. Elles étaient globalement toutes sensibles à ce sujet et faisaient attention au quotidien à leur équilibre alimentaire. Par exemple, certaines participantes conseillaient à leurs patientes la consommation de noisettes ou amandes, produits qu'elles avaient l'habitude de consommer dans leur vie personnelle. Pourrions-nous penser que ces sages-femmes aient effectué des recherches quant aux nouvelles recommandations en vigueur détaillées dans le PNNS 2019-2023 ? (4). En effet, les nouveaux repères de consommation recommandent d'augmenter ses apports quotidiens en fruits à coques ayant de multiples intérêts nutritionnels.

Ainsi, les résultats de notre étude ont pu mettre en lumière un lien entre la sensibilité personnelle face à ce sujet, les connaissances acquises et la prévention faite auprès des dames. En effet, on a remarqué que les participantes sensibles à l'alimentation au cours de leur vie quotidienne avaient tendance à tenir compte de leurs propres habitudes alimentaires pour délivrer des messages de prévention. Par conséquent, notre étude a permis de montrer que la vie et les recherches personnelles semblaient donc avoir une influence essentielle sur la pratique des sages-femmes plus que les connaissances acquises au cours de leur cursus universitaire. Bien que les connaissances des sages-femmes interrogées semblaient inégales, ces dernières semblaient néanmoins toutes posséder le bagage minimum nécessaire pour délivrer l'essentiel des conseils alimentaires. En effet, que ce soit leur alimentation quotidienne, leur influence familiale ou leur formation suivie, toutes sont impactées d'une manière plus ou moins importante sur les conseils qu'elles donnent à leurs patientes.

La variabilité de la fréquence des messages de prévention diffusés auprès des femmes était, dans notre étude, parfois due à un manque de connaissances de la part des sages-femmes. Mais était-ce le seul facteur à prendre en compte dans notre analyse de nos résultats ?

1.2. Profil des sages-femmes

Le commentaire d'une sage-femme de notre étude a montré que l'image physique (une sage-femme filiforme versus une sage-femme ayant des formes) que l'on renvoie à la femme a certainement un impact notamment dans la recevabilité et la légitimité de nos propos. Ainsi, comment permettre à la femme de faire abstraction de l'apparence de la

sage-femme pour que le discours de la professionnelle l'atteigne ? La manière dont les sujets sont abordés n'est-elle pas un facteur primordial à prendre en compte afin de favoriser l'écoute active de la patiente ? C'est à cette question que nous essayerons de répondre dans la suite du développement en nous appuyant sur les résultats de notre étude et sur les données de la revue de la littérature.

2. Modalités de la prévention

2.1. Analyse du cas et du contexte

Le contexte et le profil de la patiente sont également deux facteurs majeurs incitant les sages-femmes à adapter leur prise en charge. En effet, grâce aux témoignages, nous avons pu déterminer plusieurs profils qui incitaient ou non les sages-femmes à échanger sur ce sujet.

Tout d'abord, les entretiens ont montré une adaptation du discours en fonction de l'origine de la patiente. En effet, certaines sages-femmes sont confrontées à une barrière de la langue avec leurs patientes. Ceci va donc avoir un impact au cours des consultations, où les sages-femmes nous disaient avoir parfois des difficultés à communiquer et préféreraient donc ne pas parler de ces sujets ou en restaient aux thèmes principaux. Or, n'est-il pas du devoir de la sage-femme de consacrer du temps à la délivrance de l'information et de la disponibilité d'esprit ? C'est en effet ce que l'on retrouve dans les recommandations de la HAS qui précise que la sage-femme doit « *délivrer une information orale en utilisant un langage et/ou un support adapté pour celles qui ne parlent ni ne lisent le français* » (24). De plus, conformément au référentiel métier (62) et aux axes principaux du PNNS (5) la communication est un domaine important où la sage-femme doit être performante. Elle doit apporter des informations claires et accessibles à chaque femme et doit concevoir des stratégies pédagogiques variées pour une écoute efficace (62). Ceci implique que la sage-femme doit s'adapter lorsqu'une femme ne parle pas français et trouver un moyen pour communiquer de manière efficace et adaptée à la compréhension de la femme, et au mieux être capable de communiquer en langues étrangères. Ceci est repris dans le référentiel métier puisque la sage-femme doit être « *capable de communiquer en langue(s) étrangère(s)* » (62). De plus, les technologies comme les plateformes de traduction (Google Traduction, Reverso, etc.) ne seraient-elles pas un bon moyen pour pallier ce problème ?

En outre, une adaptation du discours en fonction du niveau social de la patiente était également soulevée au cours de nos entretiens. C'était notamment le cas des sages-

femmes exerçant en PMI. En effet, ces dernières relataient que les problématiques sociales, économiques et psychologiques auxquelles elles sont confrontées sont davantage prises en compte au dépend de la quantité d'informations délivrées et du temps passé à réaliser la prévention alimentaire et nutritionnelle. Au cœur de ce secteur d'exercice, le problème alimentaire n'était donc pas toujours le problème majeur puisque d'autres priorités sont présentes. Pour autant, les sages-femmes territoriales interrogées ont conscience que d'autres problématiques peuvent survenir et être en lien avec une mauvaise hygiène alimentaire. De plus, les propos de ces deux participantes nous montraient que l'équilibre alimentaire adapté à la femme enceinte n'est pas toujours accessible à toutes les patientes d'un point de vue financier. « *Connaître les ressources communautaires pour l'aide au revenu et l'accès à la nourriture* » est notamment une des compétences reprise par l'ICM (64). Ainsi, les sages-femmes doivent être en capacité de conseiller les femmes sur des structures pouvant les aider à s'alimenter à moindre coût de manière équilibrée. Des associations ou épiceries solidaires sont des exemples d'aide cités par les sages-femmes interrogées répondant à un des objectifs principaux du PNSS axé sur la promotion d'une nutrition satisfaisante pour tous les groupes de population, avec un accent particulier pour les groupes défavorisés : « *une alimentation équilibrée pour tous* » (4,17).

Les sages-femmes ont aussi évoqué le cas d'une prise de poids gestationnelle excessive, d'un surpoids préexistant à la grossesse, d'une obésité, d'un diabète gestationnel ou de la présence d'autres pathologies en lien avec l'alimentation. Il n'était pas toujours évident pour les participantes de conseiller certaines de ces femmes. En effet, toutes les femmes n'étaient pas réceptives aux conseils donnés ou restaient fermées à la discussion avec la sage-femme, ne laissant pas la possibilité à cette dernière d'aborder le sujet. Dans ces cas-là, même si les sages-femmes évoquent quand même ce sujet avec leurs patientes, la plupart préfère ne pas insister, se contentant de donner des conseils généraux. C'est également des résultats retrouvés au sein de l'étude réalisée par A. Christenson en Suède en 2018 visant à explorer comment les sages-femmes abordent la communication sur les recommandations de gain de poids gestationnel et à caractériser les barrières de communication et les facilitateurs. Les sages-femmes interrogées rapportent le fait que lorsque les femmes sont fragiles psychologiquement, vulnérables ou lorsqu'elles semblent éviter le sujet, la prévention est alors réalisée de façon très brève par les sages-femmes (30). En outre, les propos des participantes et les résultats des études retrouvées

dans la littérature révèlent que les échanges autour de la nutrition et les conseils délivrés par la sage-femme ne sont pas toujours faits de manière optimale puisque les femmes les moins bien informées sont souvent celles qui se trouvent dans des situations délicates envers leur prise de poids, leur équilibre alimentaire, leur psychologie ou leur vie socio-économique (21,32,75). Mais, notre étude a montré également une limitation de la prévention lorsque la femme enceinte n'a pas de problème en lien avec l'alimentation et/ou le poids. Or, le domaine de la nutrition appartient à la prévention primaire visant à réduire la fréquence d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population, par la diminution des causes et des facteurs de risque. Cette prévention inclut notamment l'information auprès de la population, l'éducation pour la santé, la nutrition ou l'amélioration de l'environnement. La sage-femme doit donc sans distinction informer l'ensemble des femmes enceintes à ce sujet (3,24).

2.2. Vers une approche personnalisée de la prévention

Une approche holistique de chaque patiente s'avère importante afin de saisir qui est la femme et d'appréhender son vécu dans le but de personnaliser la prise en charge et de prioriser les informations à lui transmettre en fonction de ses besoins et attentes. Ceci met en lumière les recommandations de la HAS précisant le fait que la sage-femme « *doit fournir des informations tenant compte du mode de vie et de la situation psychosociale de la femme* » (24) mais également en tenant compte des « *croyances, du bagage culturel, du soutien social et des capacités de la femme et de son entourage* » (62).

Cette analyse du contexte comprend l'enquête alimentaire. En effet, c'est un outil développé pour évaluer les apports alimentaires d'un individu, ou d'un groupe d'individus. Certaines enquêtes permettent d'estimer les consommations sur des jours définis, d'autres évaluent les consommations habituelles. Au vu de nos résultats, une seule sage-femme libérale a révélé réaliser cette enquête auprès de ses patientes. Des résultats similaires sont retrouvés dans l'étude de P-A Soncin qui, en 2012, montre que très peu de femmes enceintes ont été questionnées sur leurs habitudes alimentaires (21). En effet, ceci demande certaines connaissances et nécessite également du temps puisqu'en plus de l'aspect alimentaire, cette enquête doit prendre en compte également le mode de vie global, le contexte familial et culturel, le statut économique, les facteurs environnementaux et psychologiques de la femme. De plus, d'après l'étude réalisée par M. Félix, 63% des sages-femmes disent ne pas maîtriser cet outil (76).

En outre, l'étude de P-A Soncin s'intéresse également à la manière dont la sage-femme aborde et assure le suivi de l'équilibre nutritionnel de toute femme durant la grossesse et met en avant la notion d'adaptation et de ciblage de l'information. L'investigateur de cette étude met en exergue le fait qu'on ne puisse pas parler d'alimentation à toute patiente avec le même discours, étant donné la nécessité d'une connaissance spécifique de la femme afin de répondre aux besoins propres de chacune (21).

Ceci soulève donc la thématique de la communication, notion reprise par P-A Soncin montrant que la personnalisation de l'interaction est possible grâce aux qualités d'empathie, d'ouverture d'esprit, de mise en confiance et de pédagogie de la sage-femme (21). En effet, la manière d'aborder certains sujets gravitant autour de l'alimentation est essentielle afin d'éviter d'être confrontée à ces femmes refusant tout échange à ce sujet.

2.3. Communication et savoir-être

2.3.1. Techniques de communication

L'adaptation des conseils en fonction de la femme suivie passe à la fois dans l'adaptation du fond mais également de la forme de notre discours. Le discours préventif des participantes répondait à divers principes lorsque celles-ci délivraient des informations en lien avec l'alimentation :

- le non-jugement,
- le discours positif,
- le renforcement du sentiment de compétences des femmes,
- l'absence d'interdit,
- l'absence de frustration.

Ces éléments reprennent les recommandations émises par la HAS pour accompagner au mieux les femmes enceintes dans leur suivi. En effet, le professionnel de santé qui est aux côtés de la femme doit « *créer les conditions de dialogue permettant aux femmes de poser des questions et de discuter de problèmes éventuels, en particulier ceux liés aux facteurs d'insécurité : climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes de la femme enceinte* » (24). La stratégie verbale adoptée par les participantes répond à un objectif commun de leur part qui est de ne pas culpabiliser et infantiliser la femme mais de les responsabiliser et de leur faire prendre conscience de l'importance d'une bonne hygiène de vie. Ceci s'inscrit dans le cadre de la démarche centrée sur le patient repris par la HAS ayant pour objectif de développer et renforcer la capacité de décision et d'action du patient tout au long de son parcours (77). Les sages-femmes souhaitent faire comprendre

à leurs patientes ce qui serait le meilleur pour elles et pour leur bébé en adoptant tel ou tel comportement. C'est également le cas des sages-femmes interrogées par A. Christenson qui utilisent la santé du bébé comme point central du discours, ne pointant pas la femme directement et les distraient ainsi de leur propre perspective de santé (30).

Une formation en termes de communication s'avère donc primordiale à l'instauration d'une relation de confiance entre la sage-femme et la femme. Mais, les sages-femmes ont-elles reçu durant leurs études une formation leur permettant d'acquérir cette compétence ? L'étude de A. Christenson met en avant le souhait des sages-femmes suédoises de se former en communication pour parler notamment des sujets plus complexes en lien avec l'alimentation (les troubles du comportement alimentaire, l'obésité, ...). En France, ceci est très peu développé dans le programme officiel de la formation initiale des sages-femmes. En effet, seul l'article 5 du chapitre II rappelle les objectifs de la formation reçue durant le second cycle avec notamment « *l'acquisition des techniques de communication* », objectif également rappelé au sein du 2^{ème} axe regroupant les enseignements théoriques concourant à l'acquisition de compétences en communication (66).

De plus, l'abord des conseils de façon succincte et claire a également été cité à plusieurs reprises par les participantes. En effet, les sages-femmes interrogées disent aller directement à l'essentiel lorsqu'elles délivrent les conseils. Elles réalisent une prévention très pratique. Ne serait-ce pas une solution au manque de temps soulevé par la majorité des sages-femmes interrogées et les contraignant à passer rapidement sur certains éléments ? Ainsi, choisir d'aller à l'essentiel en ciblant les informations données semble être un bon moyen afin d'optimiser la prise en charge.

2.3.2. *Supports communicatifs*

Quantitativement parlant, l'étude réalisée par P-A Soncin révèle que 58% des femmes enceintes avaient reçu une information orale (21). Mais les sages-femmes de notre étude ne semblaient pas se limiter à l'information orale puisque celles-ci utilisaient également des guides ou prospectus. Or, S. Fink rapporte que seulement 25,7% des sages-femmes utilisent le guide de l'INPES (32). En revanche, le bateau alimentaire ou la pyramide alimentaire n'ont pas été évoqués par les participantes (60,61) (**annexe XI**). Cependant, l'étude de P-A Soncin montre qu'au minimum 29% des femmes n'ont reçu qu'une information orale (21) ce qui n'est pas en accord avec les propos des participantes à notre étude qui ont insisté sur l'importance de la complémentarité des supports écrits et oraux.

En effet, les sages-femmes nous mentionnaient que les femmes enceintes se voient souvent submergées par un nombre considérable d'informations apportées en peu de temps par le professionnel. Il semble alors difficile pour elles de tout comprendre et de tout retenir. C'est pour cette raison qu'il est essentiel de mettre à profit tous les moyens à disposition des sages-femmes pour permettre un meilleur impact des messages et pour sensibiliser les femmes enceintes sur l'importance de l'équilibre alimentaire comme le recommande la HAS dans son rapport de 2005 (24).

Mais, existe-t-il des moments spécifiques au cours de la grossesse à privilégier afin de faciliter la diffusion des conseils tout en veillant à l'écoute active et à la compréhension de qui est la femme ?

2.4. Moments de la prévention

La prévention alimentaire pendant la grossesse était un sujet abordé systématiquement de manière plus ou moins détaillée par les participantes à notre étude. Les sages-femmes déclaraient en parler à trois moments spécifiques (1^{ère} consultation, EPP et séances de PNP). D'autres, en revanche, n'avaient pas de moment précis destiné à cette prévention.

2.4.1. La première consultation

C'est le moment où les participantes en parlent le plus. Ceci est en accord avec les recommandations de la HAS qui stipule que la sage-femme doit « *donner dès le premier contact une information tenant compte du mode de vie et de la situation psychosociale de la femme avec notamment : des conseils d'hygiène de vie et de nutrition et une information sur les risques infectieux alimentaires* » (24).

2.4.2. L'Entretien Prénatal Précoce

Au vu des résultats démontrés par notre étude, la majorité des sages-femmes semblent réaliser un amalgame entre le moment de la création du dossier informatique et l'EPP. Or, d'après la HAS, cet entretien fait partie intégrante des huit séances de PNP et constitue une séance à part entière (24). Il permet entre autres d'organiser le suivi de la grossesse et permet à la femme enceinte d'aborder tous les sujets qu'elle souhaite en fonction de ses attentes et besoins. Les propos des sages-femmes interrogées étaient donc contraires aux objectifs énoncés par la HAS (24,56) et repris par la NGAP (58) puisque celles-ci semblaient articuler leur consultation autour du remplissage du dossier informatique. Elles nous ont notamment confié que c'est à la lecture des items à renseigner du dossier ICOS que les conseils en lien avec l'alimentation et les risques infectieux alimentaires

étaient prononcés. En effet, il existe un petit encadré dédié aux diverses recommandations retrouvé dans la partie conclusion des consultations (**annexe XX**). Les fiches explicatives retrouvées en **annexe XIX** en lien avec les risques infectieux alimentaires peuvent être éditées à partir de cette page. De plus, un espace consacré à la rédaction de commentaires en lien avec les recommandations transmises est également épinglé à cette page.

2.4.3. Les séances de PNP

C'est le moment où elles en parlent le moins puisque les sages-femmes interrogées amenées à animer des cours de PNP n'ont pas de séance dédiée à propos de l'alimentation et de la nutrition. En effet, bien que la prévention par l'apport de conseils sur l'hygiène de vie et la diététique soit recommandée lors des consultations prénatales, du suivi des suites de couche et à la visite post-natale, il n'en est pas de même pour les séances de PNP (24,56). Reconnue comme activité d'éducation pour la santé et faisant l'objet de recommandations de la part de l'HAS, la PNP pourrait donner l'occasion de délivrer un message nutritionnel et de faire la promotion d'une alimentation saine (56). En effet, conformément aux objectifs généraux énoncés par la HAS concernant la PNP, ces séances permettent un réel échange entre les sages-femmes et les femmes enceintes dans une démarche éducative et préventive (56). Mais ces séances ne se dérouleraient-elles pas trop tard dans la grossesse ? Les changements ne devraient-ils pas être instaurés dès le début de grossesse ? C'est en effet ce que l'on retrouve dans les recommandations émises par la HAS en 2005 concernant les informations relatives à l'hygiène de vie, à donner idéalement avant 10 SA (24).

2.4.4. Consultations de suivi de grossesse

Conformément aux recommandations émises par la HAS dans son rapport « Comment mieux informer les femmes enceintes ? », il est du devoir des sages-femmes de réaliser un suivi mensuel du poids de la femme enceinte (24). Or, pour les participantes à l'étude, à chaque consultation, le moment de la pesée est selon elles un moment à risque pour la dyade soignant-soigné. En effet, plusieurs sages-femmes ont révélé que le simple fait de passer sur la balance peut briser la communication entre le professionnel et la patiente. Ce moment semblait redouté à la fois chez la sage-femme ne sachant pas toujours comment réagir face à gain ou perte de poids mais également chez la femme redoutant un potentiel jugement de la part du professionnel. C'est notamment la crainte des sages-femmes interrogées par A. Christenson qui ont parfois peur d'infliger de la honte ou un

sentiment de culpabilité chez les femmes enceintes pouvant avoir une répercussion sur la relation entre ces deux interlocuteurs (30).

De plus, plusieurs sages-femmes estiment ne pas avoir de moment spécifique pour parler d'alimentation et de nutrition avec leurs patientes et délivrent des messages de prévention tout au long du suivi. Ceci fait écho aux recommandations de la HAS en vigueur estimant que les sages-femmes doivent « *accompagner l'information délivrée en délivrant l'information, [...], de manière progressive en fonction du volume et/ou de la nature de l'information* » (24). Cependant, il s'avérait parfois délicat pour les participantes d'aborder le sujet étant donné les multiples objectifs d'une consultation. En effet, la consultation mensuelle permet en outre de réaliser un suivi clinique de la femme, de prescrire des examens complémentaires et de commenter des résultats biologiques et échographiques (24).

C'est ainsi que nous pouvons nous demander quelle est la place de la prévention au sein de ces consultations. Les sages-femmes ont-elles les moyens de fournir des informations suffisantes en termes d'éducation et prévention nutritionnelle et alimentaire ? Ces questions soulèvent notamment la problématique du temps. La HAS recommande aux professionnels effectuant le suivi de la grossesse de « *consacrer du temps à la délivrance des informations et des conseils au cours du suivi* » (24). Or, le manque de temps semblait un frein majeur relevé par la majorité des sages-femmes exerçant notamment en milieu hospitalier. Généralement de 20 minutes, les consultations laissaient rarement la possibilité aux participantes d'aborder l'ensemble des sujets. Des résultats similaires sont retrouvés dans l'étude d'A. Christenson (30).

2.4.5. *La grossesse, et après ?*

Tous les contacts avec la patiente peuvent être l'occasion de parler de son alimentation. En effet, si la grossesse semble constituer une période propice aux changements de comportement alimentaire, elle n'en demeure pas l'unique puis que la période post-natale pourrait également avoir un intérêt sur le long terme pour la femme mais également pour les générations futures. En effet, les sages-femmes soulignent un problème de société, la « *malbouffe* », qui peut avoir des conséquences néfastes sur la santé des individus. C'est pour cette raison que les pouvoirs publics se mobilisent et élaborent des programmes nationaux afin de « *lutter contre l'expansion des pathologies liées à la nutrition* » et « *d'améliorer la santé de l'ensemble de la population par l'amélioration de la nutrition* » (4). La ministre des Solidarités et de la Santé rappelle d'ailleurs que l'engagement des

professionnels est primordial dans cette promotion à la santé et appelle à la mobilisation de chacun d'entre eux afin d'encourager aux comportements favorables à la santé. La sage-femme occupe donc une place importante au cœur de cette prévention puisque les premières périodes de la vie, depuis l'environnement pré-conceptionnel, la grossesse, jusqu'à la fin de la très jeune enfance, période dite des « 1000 jours » constituent une période de sensibilité au cours de laquelle l'environnement sous toutes ses formes (nutritionnel ou socio-économique) et les modes de vie ont un impact sur le développement et la santé future de l'enfant (45,78). Ainsi, en conseillant une mère en période post-natale, ceci pourrait également avoir un impact indirect à la fois sur la famille de cette femme mais également sur les générations futures palliant ainsi cette problématique intergénérationnelle.

Par conséquent, les diverses modalités de la prévention semblent, au regard des résultats de notre étude et de la littérature, passer une prise en compte de divers critères :

- l'analyse holistique de la femme par la sage-femme et la contextualisation à la situation dans ses dimensions psychologique, sociale et culturelle,
- l'aptitude de la sage-femme à diffuser les informations (connaissances, maîtrise, aisance, le temps, etc.),
- la réflexion autour du moment le plus propice de la prévention, quand la situation s'y prête,
- la disposition de la femme à recevoir et intégrer les informations.

Ces divers critères peuvent être étudiés en regard des principes et objectifs énoncés par la HAS à propos de « la démarche centrée sur le patient ». Cette organisation du parcours de soin s'appuie notamment sur la relation de partenariat entre le patient et le professionnel de santé, sur la personnalisation des soins, sur le développement et le renforcement des compétences du patient et sur la continuité des soins dans le temps (77).

3. La sage-femme seule actrice de la prévention ?

3.1. Aspect pluridimensionnel de l'alimentation

3.1.1. L'aspect nutritif de l'alimentation

P-A Soncin étudie le contenu de l'information délivrée par les sages-femmes rendant compte de la présence de divers versants gravitant autour de l'alimentation (21) :

- le versant sanitaire (risques infectieux alimentaire),
- le versant prévention (prise de poids et risques),
- le versant équilibre nutritionnel (composition des repas, etc.),

- le versant spécifique (maux de la grossesse),
- le versant émotionnel et plaisir.

C'est ce que notre étude a pu également révéler puisque l'abord des risques infectieux alimentaire, de la consommation de boissons, de l'équilibre alimentaire, des troubles spécifiques de la grossesse, etc. sont notamment des sujets discutés par les participantes avec leurs patientes.

Concernant le versant sanitaire, si la toxoplasmose et la listériose semblent être des sujets évoqués de manière systématique par les sages-femmes interrogées, il n'en est pas de même pour la salmonellose. En effet, ce risque infectieux n'a pas été évoqué au cours de notre étude. Or, la HAS rappelle que les sages-femmes doivent informer les femmes enceintes des diverses recommandations à prendre face à ce risque infectieux (24).

Concernant le versant préventif, notre étude a pu révéler une certaine généralité dans les propos formulés par la plupart des sages-femmes interrogées. C'est notamment au sujet des risques d'une mauvaise hygiène alimentaire que la plupart des participantes restent évasives lorsqu'elles en parlent aux femmes. L'étude réalisée par S. Fink, en 2013, met en lumière nos résultats semblables puisque seulement 29% des femmes enceintes sont informées sur les risques d'une prise de poids excessive et 40,7% des sages-femmes déclarent aborder facilement les conséquences materno-fœtales d'une prise de poids excessive (32). Or, il est du devoir des professionnels de santé d'informer au mieux leurs patientes notamment sur les impacts d'une alimentation inadéquate conformément aux recommandations de la HAS (24) et de l'ICM (64). Faisant écho à notre partie sur la stratégie verbale et sur l'emploi du discours positif (cf page 33), P-A Soncin aborde dans son étude les diverses manières de communiquer par rapport à ces risques. Pour lui il est plus judicieux de parler de « bénéfice d'une prise de poids maîtrisée » que de « risque » à proprement parler représentant une source moindre de culpabilité et d'inquiétude pour les femmes (21).

3.1.2. *L'alimentation : qu'une histoire de « bouffe » ?*

L'étude de P-A. Soncin (21) montre que manger ne se limite pas seulement au sens nutritif mais englobe également l'aspect psychologique, sensoriel et social. Les résultats de notre étude ont aussi montré la présence de divers facteurs pouvant impacter la diffusion de certains messages préventifs, notamment des facteurs inhérents à la femme enceinte (culturels, socio-économiques, de compréhension, de rapport à l'alimentation, etc.). Ainsi nous pouvons nous demander si l'alimentation n'est finalement qu'une affaire de

nourriture ? Les divers témoignages des participantes ont pu mettre en lumière diverses dimensions semblant graviter autour de l'alimentation et devant être pris en compte par la sage-femme lors de son approche de la femme et de son analyse afin de la prendre en charge dans sa globalité :

- la dimension médicale,
- la dimension psychologique,
- la dimension sociale,
- la dimension économique,
- la dimension culturelle.

Nous pouvons donc nous demander si la sage-femme est la seule actrice de cette prévention au cours de la grossesse ? En plus, bien que la plupart des sages-femmes interrogées confirmaient se sentir à l'aise pour aborder l'alimentation et la nutrition avec leurs patientes, d'autres, en revanche, semblaient plus sur la retenue et parfois démunies face à certaines patientes. Ne serait-ce donc pas préférable pour ces sages-femmes de s'appuyer sur d'autres professionnels pouvant peut-être les aider dans certains suivis plus difficiles ?

3.2. Une collaboration étroite pour un sujet large

Les résultats de notre étude ont montré que lorsqu'une prise en charge spécifique (en cas de diabète notamment) est nécessaire, la majorité des sages-femmes orientaient leur patiente vers un spécialiste. C'est le cas du suivi de femmes de différentes religions ou origines, de femmes ayant déjà souffert de problèmes de santé en lien avec l'alimentation (TCA, chirurgie bariatrique, etc.), ou encore des adolescentes. Nous avons retrouvé plusieurs études dans la littérature montrant que la plupart des sages-femmes ne sont pas toujours à l'aise pour fournir une gamme de conseils nutritionnels aux femmes enceintes ayant des régimes spéciaux. L'étude de M. Félix estime à 53,8% le taux de sages-femmes interrogées orientant les femmes vers des spécialistes quand celles-ci requièrent un suivi spécialisé (76). C'est également ce qu'on retrouve au sein d'une étude Australienne s'intéressant aux connaissances, attitudes et à la confiance des sages-femmes en matière d'éducation nutritionnelle pendant la grossesse. Les résultats de cette étude montrent notamment un niveau de confiance modérée dans la discussion de problèmes spécifiques liés à la nutrition et que certains de ces problèmes sont perçus par les sages-femmes comme hors champs de connaissances et de pratique (75).

En ce qui concerne le diabète gestationnel, beaucoup d'établissements possèdent un protocole pour la prise en charge des patientes diabétiques. En effet, la mise en place d'un régime alimentaire spécifique et du suivi de la femme au cours de la grossesse se fait notamment au décours de rendez-vous avec le diététicien et le diabétologue (25).

C'est alors qu'on peut se demander pourquoi les sages-femmes semblent-elles déléguer à d'autres professionnels des compétences qu'elles possèdent ? Est-ce qu'il ne serait pas plus bénéfique pour la patiente de recevoir les conseils de la sage-femme qui la suit ?

En effet, comme relatait par une sage-femme dans notre étude, il n'est pas rare que les femmes ne viennent pas à leur consultation prévue avec la diététicienne ou diabétologue. Les recommandations de la HAS préconisent qu'il serait préférable de restreindre le nombre d'intervenants au cours de la grossesse et que la « *délivrance des soins [soit faite] par la même équipe restreinte de professionnels de santé tout au long de la grossesse* » (24) qui aurait une meilleure connaissance de la situation médicale, sociale et psychologique de la femme ainsi que de ses attentes et besoins. En accord à cela, certaines participantes affirment qu'il y a un intérêt d'un suivi par la sage-femme car celle-ci a moins l'étiquette spécifique du professionnel spécialiste en nutrition et alimentation. De plus, nous avons remarqué que celle-ci est amenée à voir très régulièrement la femme au cours de sa grossesse, que ce soit durant les consultations prénatales ou durant la PNP. Ainsi, la sage-femme est vraiment au cœur du suivi et peut donc faire le lien avec les autres professionnels pouvant également intervenir au cours de ce suivi (diététicien, psychologue, etc.). Mais, nous avons remarqué au cours de notre étude que les échanges sont parfois limités voire absents entre ces divers professionnels, or les sages-femmes interrogées travaillant en collaboration apprécient ce travail en réseau. Est-ce par manque de connaissances des compétences de l'autre ?

Ainsi, pour que la prise en charge soit efficace auprès de la femme, un travail pluridisciplinaire répondant à la pluridimensionnalité de l'alimentation semble nécessaire. Ceci répond aux objectifs du 2^{ème} axe de la formation théorique reçue par les sages-femmes au cours de la cursus universitaire : « *promouvoir la collaboration interprofessionnelle et la coopération avec les autres acteurs de santé, « développer des actions en partenariat avec d'autres professionnels de santé et acteurs sociaux et un esprit de concertation avec les différents professionnels et ses pairs* ». Cette acquisition de compétences permet ainsi « *d'exercer dans le champ de la promotion et de la prévention de la santé des femmes et des enfants* » (66).

IV. Projet d'action

Plusieurs axes d'amélioration sont mis en évidence conciliant notamment les besoins et les attentes des sages-femmes en termes de prévention alimentaire et nutritionnelle.

1. Prévoir une consultation dédiée

Il serait intéressant de prévoir des créneaux plus longs pour les rendez-vous de suivi mensuel ou tout du moins prévoir une consultation dédiée à la prévention hygiéno-dététique en début de suivi. Cette consultation dédiée pourrait débiter par une enquête alimentaire pouvant s'apparenter au bilan prénatal déjà existant pour les sages-femmes libérales et pourrait être généralisé à l'ensemble des sages-femmes. Si cela ne peut se mettre en place au sein des hôpitaux, cette consultation dédiée devrait être davantage promue dans le secteur libéral. Le développement de l'exercice libéral permettrait peut-être une prise en charge plus personnalisée auprès des femmes ayant des besoins plus spécifiques. En effet, les sages-femmes libérales sont peut-être moins contraintes par l'organisation des consultations que pourraient connaître les sages-femmes hospitalières. Ainsi, les sages-femmes hospitalières pourraient orienter leurs patientes vers une sage-femme libérale pour a minima le bilan prénatal, afin de réaliser une consultation dédiée à l'alimentation, et envisager à cette occasion le suivi post-natal.

2. Mettre en place le conseil minimal

Reprenant certains principes de l'enquête alimentaire, l'existence d'un conseil minimal, comme pour le tabac, pourrait être un outil intéressant pour évaluer en peu de temps les habitudes alimentaires des femmes enceintes. En effet, les sages-femmes manifestent des difficultés à diffuser certains messages de prévention de manière optimale dans un contexte où s'imposent à elles des contraintes de temps. Ainsi, elles pourraient par exemple poser les questions suivantes aux femmes enceintes :

- De quoi se compose une journée type dans votre assiette ?
- Avez-vous modifié certaines de vos habitudes alimentaires depuis le début de la grossesse ? Que souhaitez-vous modifier dans votre alimentation ?

3. Innover les formations

Concernant la formation initiale, les connaissances pourraient se développer au cours du service sanitaire ayant pour but principal de former les futurs professionnels de santé aux enjeux de la prévention et de la promotion de la santé. De plus, ce service sanitaire, comprenant également la réalisation d'interventions auprès de jeunes, dans diverses

structures éducatives, sur des thèmes prioritaires de santé publique (comme la nutrition par exemple), permettrait de faire le point sur les bonnes manières à adopter en termes de nutrition et d'alimentation. En effet, comme souligné par beaucoup de sages-femmes dans notre étude, les mauvaises habitudes alimentaires sont, de nos jours, un problème sociétal et intergénérationnel. Ainsi, une bonne éducation dès le plus jeune âge s'avère essentielle afin de pouvoir, *a posteriori*, transmettre aux générations futures les bons comportements favorables à notre santé.

Un enseignement a vu le jour dans l'école de sage-femme de xx depuis l'année universitaire 2019-2020 permettant aux étudiantes d'acquérir des connaissances essentielles en termes de nutrition et d'alimentation des femmes enceintes et allaitantes. La mise en place d'un module spécifique sur l'équilibre alimentaire, sur les bases de l'alimentation en s'appuyant sur les diverses recommandations du PNNS, sur les risques de pathologies et complications à court et à long terme est intéressant. De plus, un atelier pratique reprenant les grands principes de l'EPP et axé sur la nutrition a également été intégré à cet enseignement permettant aux futures sages-femmes de s'exercer dans la manière de communiquer et de diffuser les informations aux femmes enceintes au cours de cet EPP. Il serait donc intéressant que ceci ait lieu dans toutes les écoles de sages-femmes de France.

De plus, il serait intéressant d'organiser des jeux de rôle afin de permettre aux sages-femmes de diffuser des messages de manière précise et objective. De plus, se mettre dans la peau des femmes enceintes leur permettrait de prendre conscience de ce qu'elles peuvent ressentir et de ce qu'elles peuvent comprendre de nos propos. Les formations en lien avec la communication par rapport aux violences (conjugales, sexuelles, etc.) pourraient servir de modèle à la réalisation de ce projet.

Restant dans cette optique d'apprendre à communiquer et à transmettre, des groupes de paroles pourraient être réalisés durant nos études dans le cadre des analyses de situation vécues en tant qu'observatrice afin de répondre à diverses questions comme : qu'est-ce qu'elles ont vu ? Qu'est-ce qui était attendu ? Comment les sages-femmes auraient pu formuler certaines choses ? Comment auraient-elles fait à la place du professionnel ? Ceci permettrait par l'intermédiaire d'un regard critique et extérieur d'améliorer l'approche de certains sujets pouvant être aux premiers abords délicats.

Concernant la formation continue, il pourrait être bénéfique d'organiser, au sein de chaque maternité par exemple, des formations sur le thème de la nutrition, avec des

conseils pratiques et des messages clés pour la prise en charge et le suivi de la femme enceinte. Notons que dans notre étude plusieurs sages-femmes signalaient des lacunes importantes et leur envie d'y remédier. De plus, le financement de ces formations par les structures semble parfois difficile à obtenir. En effet, il revient sûrement moins cher à un établissement de faire intervenir un expert sur un sujet que d'envoyer une personne se former plusieurs jours loin de son domicile. Cette formation continue pourrait également se suivre au cours de journées régionales qui pourraient être axées sur l'équilibre alimentaire pendant la grossesse. Diverses conférences, tables rondes pourraient y être organisées afin de favoriser les échanges entre les divers professionnels de santé pouvant intervenir auprès de la femme enceinte. Divers sujets pourraient y être évoqués comme :

- les apports de chaque aliment en termes de nutriments, vitamines et d'index glycémiques, etc.
- les divers besoins en fonction du stade de grossesse, de la présence ou non de pathologie, de l'IMC initial de la patiente, etc.

4. Favoriser le travail en collaboration

L'organisation par exemple d'un staff à la maternité avec la présence de sages-femmes, de nutritionnistes, de diététiciens, de diabétologues, de psychologues etc., pourrait permettre à ces professionnels de se rencontrer et de discuter autour des sujets liés à l'alimentation et la nutrition. La connaissance des compétences des professionnels collaborant à nos côtés semble primordiale et le partage de connaissances permettrait une évolution de ces dernières ainsi que des pratiques. Toujours dans cette même optique, il serait peut-être intéressant de présenter notre étude au cours d'une réunion pluridisciplinaire afin de rendre compte des résultats de l'étude.

5. Organiser des groupes d'échanges

La réalisation d'un temps d'échanges entre les femmes enceintes sur le thème de la nutrition pourrait également être envisagé et pourrait s'apparenter à l'atelier diététique proposé aux femmes diabétiques. La sage-femme en collaboration avec un spécialiste (diététicien, nutritionniste, etc.) orchestrerait la séance et laisserait la parole aux femmes qui échangeraient sur leur savoir-faire, leurs habitudes, leurs connaissances et les idées reçues. Des informations concrètes et pratiques pourraient être délivrées comme des idées de menus qui seraient adaptés aux divers profils, aux divers besoins et budgets de chacune. De plus, ces séances permettraient d'alléger les consultations mensuelles qui sont déjà chargées en termes d'informations à donner et d'éléments cliniques à recueillir.

Ce temps pourrait répondre à plusieurs attentes évoquées dans notre étude ; à savoir une information personnalisée, claire et précise délivrée dans une démarche éducative.

6. Améliorer les outils de communication

Enfin, il semblerait essentiel, au regard des souhaits prononcés par les sages-femmes, d'uniformiser de manière claire, visuelle et précise les informations relatives à la nutrition et à l'alimentaire de la femme enceinte. Le moyen de communication le plus réclamé par les sages-femmes est la plaquette d'informations. Une ébauche de cet outil est proposée en **annexe XXI**. Ce support posséderait de nombreux avantages : tout d'abord ceci permettrait de centraliser les informations sur un document unique qui pourrait être distribué à l'ensemble des sages-femmes au niveau national. Ces petites plaquettes pourraient être prises en photo à la fin des consultations par les patientes ou pourraient être publiées sur internet. Cette dématérialisation représenterait un bénéfice écologique et permettrait une centralisation des données. Ce document devra cependant être officiellement testé pour valider sa pertinence et son utilité.

D'autres outils, répondant à l'ère technologique, comme des tutoriels ou podcasts, de quelques minutes, très schématiques pourraient également être un projet à mettre en œuvre. On pourrait, par exemple, suivre un professionnel sur une journée, se mettant dans la peau d'une femme enceinte, afin de se rendre compte des diverses habitudes alimentaires à prendre au cours de la grossesse. Des assiettes types pourraient y être présentées. Il serait peut-être intéressant de réaliser ce projet en collaboration avec d'autres étudiant.e.s sages-femmes réalisant leur travail de recherche sur l'hygiène sportive et sur les nouvelles technologies ce qui nous permettrait de réaliser un projet d'action commun regroupant des objectifs semblables. Des étudiant.e.s se formant aux sciences de l'éducation (parcours pédagogique et numérique) et se formant en santé publique pourraient également collaborer avec nous afin d'enrichir notre projet.

Conclusion

La prévention primaire et l'éducation alimentaire et nutritionnelle constituent des enjeux de santé publique majeurs et une implication des sages-femmes auprès des femmes enceintes est primordiale. En effet, la grossesse est une période plus à risque de complications du fait des changements corporels, psychologiques et hormonaux de la grossesse. L'INPES, à ce sujet, cite la grossesse comme étant « *une période où les femmes peuvent, dans l'intérêt de leur enfant, prendre ou reprendre les meilleures habitudes alimentaires* ».

Suite à notre étude portant sur des entretiens individuels auprès de dix sages-femmes hospitalières, libérales ou territoriales d'Auvergne, la prévention primaire réalisée par les sages-femmes au cours de la grossesse semble non systématique. Pourtant recommandée durant leur pratique, la prévention hygiéno-diététique est encore trop peu abordée durant les consultations prénatales, faute de temps, de connaissances suffisantes sur le sujet ou parfois par gêne. Ceci explique que la prévention faite par les sages-femmes interrogées passe essentiellement par des conseils alimentaires de base.

Une formation limitée, sur l'alimentation et la nutrition, a été clairement explicitée par les participantes de l'étude qui ont pour la plupart exprimé leur manque de connaissances actualisées en la matière. Ainsi, une formation sur le sujet, davantage ciblée sur les femmes enceintes, permettrait aux sages-femmes d'être plus à l'aise pour prévenir efficacement les risques encourus par une mauvaise hygiène de vie alimentaire au cours de la grossesse.

La posture de la sage-femme dans la diffusion des informations liées à la nutrition et l'alimentaire est essentielle. En effet, le CSP prévoit la protection et la promotion de la santé maternelle et infantile comprenant notamment des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants.

Les résultats ont montré que la sage-femme va se positionner en fonction de la femme qu'elle a en face d'elle. En effet, un ajustement permanent de la pratique de la sage-femme a lieu et tient compte de l'analyse de la situation et de la femme dans sa globalité. La sage-femme va s'adapter tant dans la manière de promulguer les conseils que dans la posture à prendre, compte tenu des caractéristiques de la femme enceinte, sous réserve que la sage-femme ait eu ou pris le temps de les connaître. En effet, les conseils alimentaires ne semblent pas généralisables à l'ensemble de la population mais doivent

être ciblés à chaque femme et doivent tenir compte de divers aspects (son état émotionnel, ses éventuels traumatismes psychologiques, son rapport à l'alimentation, ses éventuels TCA, sa pratique religieuse, ses habitudes alimentaires, etc.).

Pour ce qui est de l'implication « dans les réseaux de santé avec tous les acteurs de périnatalité » notre étude montre que ce n'est pas simple. Une meilleure connaissance des uns et des autres permettrait sans doute une meilleure collaboration des différents professionnels amenés à suivre une même femme pour une prise en charge qui passe par un rééquilibrage alimentaire (par exemple gynécologue obstétricien, sage-femme, diététicien.ne et psychologue pour le suivi d'une femme enceinte obèse et diabétique). Ainsi, les divers professionnels de santé prenant en charge la femme au cours de sa grossesse devront, au fil du temps, collaborer de manière optimale pour le suivi, la prévention mais également pour la formation autour de la nutrition et de l'alimentation afin d'améliorer la santé de la femme enceinte et de celle de son futur enfant.

Pour compléter cette étude, il pourrait être intéressant de ne pas seulement se limiter à la grossesse mais également de faire un point sur la prévention alimentaire et nutritionnelle réalisée en post-partum par les sages-femmes. Ces dernières pourraient être interrogées sur leurs pratiques durant cette période qui au vu des résultats de notre étude semble être une période phare durant laquelle les femmes doivent retrouver leurs « *poids préconceptionnel dans les 6 mois* » au vu des recommandations émises par le CNGOF. En informant et en transmettant des notions sur une alimentation équilibrée aux femmes, allaitantes ou non, ce n'est pas seulement l'équilibre nutritionnel d'une femme qui est visé puisque la période de la conception aux deux premières années de la vie après la naissance, période dite des « 1000 jours » est déterminante pour le développement et la santé future de l'enfant.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Obésité et surpoids [Internet]. who.int. 2018 [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. 20 minutes. Les femmes enceintes sont plus âgées et plus souvent en surpoids. 20minutes [Internet]. 2017 [cité 3 mars 2021]; Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/sante/2150515-20171013-grossesse-femmes-enceintes-plus-agees-davantage-surpoids-tendance-inquiete>
3. Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport Flajolet : la prévention : définitions et comparaisons [Internet]. solidarites-sante. 2001 [cité 14 mars 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
4. Quoi dans mon assiette. PNNS 4 : Nouvelles Recommandations Alimentaires et sur l'activité sportive de Santé Publique France pour 2019-2021 [Internet]. quoidansmonassiette. 2019 [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://quoidansmonassiette.fr/pnns-4-nouvelles-recommandations-alimentaires-et-sur-lactivite-sportive-de-sante-publique-france-pour-2019-2021/>
5. Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme National Nutrition-Santé PNNS : 2001 – 2005 [Internet]. solidarites-sante. 2001 [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1n1.pdf>
6. Ministère des Solidarités et de la Santé. Deuxième Programme national nutrition santé : 2006-2010 : actions et mesures [Internet]. solidarites-sante. 2006 [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan.pdf>
7. Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme National Nutrition Santé : 2019-2023 [Internet]. solidarites-sante. 2019 [cité 13 oct 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf
8. Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme National Nutrition Santé : 2011-2015 [Internet]. solidarites-sante. 2011 [cité 12 oct 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
9. Jacovetti C, Regazzi R. Adaptations métaboliques au cours de la grossesse. Médecine des Maladies Métaboliques [Internet]. 2012 [cité 7 mars 2020];6(4):279-87. Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(12\)70415-7](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(12)70415-7)
10. Schlienger J-L. Besoins nutritionnels et apports conseillés (adultes, femmes enceintes, personnes âgées, sportifs). In: Nutrition clinique pratique. Elsevier; 2011. p. 43-56.
11. Centre de Recherche et d'Informations Nutritionnelles (CERIN). L'alimentation de la femme enceintes : recommandations et conseils pratiques [Internet]. cerin. 2010 [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.cerin.org/wp-content/uploads/2010/09/brochure-femme-enceinte.pdf>
12. Berthélémy S. Apports nutritionnels nécessaires chez la femme enceinte. Actual Pharm [Internet]. 2011 [cité 4 janv 2020];50(511):12-8. Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/S0515-3700\(11\)71096-5](https://doi.org/10.1016/S0515-3700(11)71096-5)
13. Le Figaro Santé. Alimentation de la femme enceinte - Protéines [Internet]. le Figaro. [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: <https://sante.lefigaro.fr/mieux-etre/nutrition->

pratique/alimentation-femme-enceinte/proteines

14. Le Figaro Santé. Alimentation de la femme enceinte - Lipides [Internet]. le Figaro. [cité 14 mars 2020]. Disponible sur: <https://sante.lefigaro.fr/mieux-etre/nutrition-pratique/alimentation-femme-enceinte/lipides>
15. EurekaSanté. Oméga-3 des huiles végétales [Internet]. eureka-sante.vidal. 2018 [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <https://eureka-sante.vidal.fr/parapharmacie/complements-alimentaires/omega-3-huiles-vegetales.html>
16. Le Figaro Santé. Alimentation de la femme enceinte - Glucides [Internet]. le Figaro. [cité 14 mars 2020]. Disponible sur: <https://sante.lefigaro.fr/mieux-etre/nutrition-pratique/alimentation-femme-enceinte/glucides>
17. INPES. Le guide nutrition pendant et après la grossesse, le livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé [Internet]. inpes.sante. 2007 [cité 13 oct 2019]. Disponible sur: https://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/Livret_accompagnement_grossesse.pdf
18. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Le guide nutrition pendant et après la grossesse [Internet]. mangerbouger. 2007 [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: https://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/guide_nutrition_grossesse.pdf
19. Thoulon J-M. Petits maux de la grossesse. EMC - Gynécologie-Obstétrique [Internet]. 2005 [cité 1 mars 2020];2(3):227-37. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.emcgo.2005.07.001>
20. Assurance Maladie En Ligne (AMELI). Les désagréments liés à la grossesse [Internet]. ameli. 2019 [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/grossesse-difficultes/desagrements-grossesse>
21. Soncin P-A. Alimentation et grossesse : nourrir de dire pour dire de se nourrir [Internet] [Mémoire : sage-femme]. [Nancy]: Université Henri Poincaré, Nancy I; 2012 [cité 27 sept 2019]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01873720/document>
22. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Recommandation pour la pratique clinique : supplémentation au cours de la grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod [Internet]. 2005 [cité 26 avr 2020];34(5):513. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231505828674>
23. Berkane N, Uzan S. Supplémentation de la femme enceinte. J Gynecol Obstet Biol Reprod [Internet]. 2004 [cité 10 mars 2020];33(1):33-6. Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/S0368-2315\(04\)96662-8](https://doi.org/10.1016/S0368-2315(04)96662-8)
24. Haute Autorité de Santé (HAS). Comment mieux informer les femmes enceintes ? [Internet]. has-sante.fr. 2005 [cité 13 oct 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
25. Haute Autorité de Santé (HAS). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. has-sante.fr. 2016 [cité 26 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
26. France Info. Confinement : l'Anses rappelle le « rôle essentiel » de la vitamine D

et dresse une liste des aliments à privilégier pour renforcer notre système immunitaire [Internet]. francetvinfo. 2020 [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/confinement-l-anses-rappelle-le-role-essentiel-de-la-vitamine-d-et-dresse-une-liste-des-aliments-a-privilegier-pour-renforcer-notre-systeme-immunitaire_3920981.html

27. Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah ÁN, Torloni MR. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2018 [cité 14 mars 2020];10(CD001059):4. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001059.pub5>

28. Winer N, Parnet P, Darmaun D. Quelle nutrition et quelles suppléments pour les femmes enceintes ? CNGOF [Internet]. 2013 [cité 13 mars 2020];23-37. Disponible sur:

http://www.cngof.fr/component/rsfiles/apercu?path=Journes%2Bnationales%252FMAJ%2Ben%2BGO%252F2013%252F2013_GO%252Fobstetrique%252FQuelle_nutrition_et_quelles_supplementations_pour_les_femmes_enceintes_.pdf&i=1405

29. Picone O, Marszalek A, Servely J-L, Chavatte-Palmer P. Influence d'une supplémentation en oméga 3 au cours de la grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod [Internet]. 2009 [cité 21 avr 2020];38(2):117-24. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231508002305>

30. Christenson A, Johansson E, Reynisdottir S, Torgerson J, Hemmingsson E. Shame and avoidance as barriers in midwives' communication about body weight with pregnant women: A qualitative interview study. Midwifery [Internet]. 2018 [cité 26 sept 2019];63:1-7. Disponible sur:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613818301268>

31. Massé N. Conséquences d'une prise de poids maternelle excessive au cours de la grossesse chez des primipares ayant un indice de masse corporelle normal avant la grossesse [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Angers]: Université d'Angers; 2011 [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20081815/2013MDNSF693/fichier/693F.pdf>

32. Fink S. État des lieux des pratiques professionnelles concernant la prévention de la prise de poids excessive pendant la grossesse [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Clermont-Ferrand]: Université de Clermont-Ferrand; 2013 [cité 26 sept 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00906140>

33. Institut Of Medicine (IOM). Weight gain during pregnancy : reexamining the guidelines [Internet]. nap. 2009 [cité 27 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.nap.edu/resource/12584/Report-Brief---Weight-Gain-During-Pregnancy.pdf>

34. Tebbani F. Gain de poids au cours de la grossesse : impacts sur la santé de la mère et de l'enfant [Internet] [Thèse : Doctorat institut de la nutrition, de l'alimentation et des technologies]. [Algérie]: Université des Frères Mentouri Constantine 1; 2018 [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: <https://bu.umc.edu.dz/theses/agronomie/TEB7369.pdf>

35. Deruelle P, Houfflin-Debarge V, Vaast P, Delville N, Hérou N, Subtil D. Effets maternels et fœtaux d'une prise de poids maternelle excessive au cours de la grossesse dans une population de patientes de poids normal avant la grossesse. Gynécologie

- Obstétrique & Fertilité [Internet]. mai 2004 [cité 29 mars 2020];32(5):398-403. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1297958904000748>
36. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Post-partum : recommandations CNGOF pour la pratique clinique. Elsevier Masson; 2018. 384 p. (Pratique en gynécologie-obstétrique).
37. Herring SJ, Oken E. Prise de poids pendant la grossesse : conséquences pour la santé de la mère et de l'enfant. Ann Nestlé [Internet]. 2010 [cité 27 mars 2020];68(1):17-28. Disponible sur: <https://www.karger.com/Article/FullText/321040>
38. Naviliat A. Prise de poids excessive chez des patientes de poids normal avant la grossesse : causes, conséquences et prise en charge [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Metz]: Université de Metz; 2011 [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2011_NAVILIAT_AUDREY.pdf
39. Ekblad U, Grenman S. Maternal weight, weight gain during pregnancy and pregnancy outcome. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 1992 [cité 27 mars 2020];39(4):277-83. Disponible sur: [http://doi.wiley.com/10.1016/0020-7292\(92\)90258-K](http://doi.wiley.com/10.1016/0020-7292(92)90258-K)
40. Stotland NE, Cheng YW, Hopkins LM, Caughey AB. Gestational Weight Gain and Adverse Neonatal Outcome Among Term Infants. Obstet Gynecol. 2006;108(3):635-43.
41. Berthélémy S. Alimentation, quelles précautions pendant la grossesse ? Actualités Pharmaceutiques [Internet]. 2011 [cité 7 mars 2020];50(511):19-20. Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/S0515-3700\(11\)71097-7](https://doi.org/10.1016/S0515-3700(11)71097-7)
42. Ministère des Solidarités et de la Santé. Listériose [Internet]. solidarites-sante. 2019 [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/article/listeriose>
43. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm). Listériose, une infection d'origine alimentaire sous haute surveillance [Internet]. inserm. 2016 [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/listeriose>
44. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Recommandation pour la pratique clinique : les grossesses gémellaires. J Gynecol Obstet Biol Reprod [Internet]. 2005 [cité 21 avr 2020];34(5):609-20. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231505828674>
45. 1000 days for health. Les recommandations alimentaires pendant la grossesse [Internet]. 1000journspourlasante. 2020 [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: <https://1000journspourlasante.fr/futurs-parents-2/conseils-pour-bien-entamer-la-vie/mon-mode-de-vie-pendant-la-grossesse-2/les-recommandations-alimentaires-pendant-la-grossesse/>
46. Naëva S. Prise en charge nutritionnelle des femmes végétariennes et végétaliennes pendant la grossesse. État des connaissances chez les professionnels de santé en Loire-Atlantique en 2018. [Internet] [Mémoire : sage-femme]. [Nantes]: Université de Nantes; 2019 [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/5c162df2-21d6-4a90-91bf-ad2199034bfd>

47. Dossier : Poids et Grossesse [Internet]. Institut Danone. [cité 27 mars 2020]. Disponible sur: <http://institutdanone.org/objectif-nutrition/poids-et-grossesse/dossier-poids-et-grossesse/>
48. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en médecine générale : repérage des fumeurs et initiation du sevrage tabagique [Internet]. has-sante.fr. 2004 [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Reperage_fumeur_ref.pdf
49. Article R.4127-318 [Internet]. Code de Santé Publique. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-19-juillet-2012.pdf>
50. Article L.154. Code de la santé publique.
51. Décret n°92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal - Article 2. Code de la Santé Publique févr 14, 1992.
52. Article R2122-1 [Internet]. Code de la Santé Publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006190389&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
53. Ameli. Le bilan de prévention prénatal pour s'informer et se rassurer [Internet]. ameli. 2019 [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/actualites/le-bilan-de-prevention-prenatal-pour-sinformer-et-se-rassurer>
54. Gruson E, Romon M. Les enquêtes alimentaires : moyens, performances, limites. Médecine des Maladies Métaboliques [Internet]. 2008 [cité 28 févr 2021];2(5):515-9. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1957255708748971>
55. Gruson E, Romon M. Méthodologie des enquêtes alimentaires. CahNutrDiét [Internet]. 2007 [cité 28 févr 2021];42(5):276-84. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0007996007739378>
56. Haute Autorité de Santé (HAS). Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) [Internet]. has-sante.fr. 2005 [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
57. Article L4151-1. Code de la santé publique.
58. Ameli. Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005 [Internet]. ameli. 2020 [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/674635/document/ngap_10_avril_2020_assurance_maladie.pdf
59. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002. Code de la Santé Publique mars 4, 2002.
60. EurekaSanté. Comment représente-t-on l'équilibre alimentaire ? [Internet]. eurekasante.vidal. 2019 [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/nutrition/equilibre-alimentaire-adulte/equilibrer-alimentation.html>
61. Food in Action. La Pyramide Alimentaire 2020: plus équilibrée et plus durable [Internet]. foodinaction. 2020 [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.foodinaction.com/pyramide-alimentaire-2020-equilibree-durable/>
62. Ordre des Sages-Femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes

- [Internet]. ordre-sages-femmes. 2010 [cité 27 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
63. Article L1111-2. Code de la santé publique.
 64. International Confederation of Midwives (ICM). Compétences essentielles pour la pratique du métier de sage-femme 2010 [Internet]. internationalmidwives. 2010 [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/03/icm-competencies-fr-screens-1.pdf>
 65. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Diplôme de formation générale en sciences maïeutiques [Internet]. enseignementsup-recherche. 2011 [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=70987&cbo=1
 66. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Diplôme d'État de sage-femme [Internet]. enseignementsup-recherche. 2013 [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=70987&cbo=1
 67. Article L4021-1. Code de la santé publique.
 68. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. La formation continue : le DPC [Internet]. ordre-sages-femmes. [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/>
 69. Article R.4127-304 [Internet]. Code de Santé Publique. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9-au-19-juillet-2012.pdf>
 70. Haute Autorité de Santé (HAS). Cadre légal et historique du DPC [Internet]. has-sante.fr. 2012 [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1288567/fr/cadre-legal-et-historique-du-dpc
 71. Vilatte J-C. L'entretien comme outil d'évaluation [Internet]. Formation présenté à; 2007 [cité 7 févr 2021]; Lyon. Disponible sur: http://www.reseau-lmac.fr/images/imagesFCK/file/outils/jcvilatte/jcvilatte_lentretien.pdf
 72. Andreani J-C, Conchon F. Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing. 2005 [cité 7 févr 2021];1-23. Disponible sur: <https://docplayer.fr/2111031-Methodes-d-analyse-et-d-interpretation-des-etudes-qualitatives-etat-de-l-art-en-marketing.html>
 73. Côté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale [Internet]. 2002 [cité 7 févr 2021];3(2):81-90. Disponible sur: <http://www.pedagogie-medicale.org/10.1051/pmed:2002018>
 74. Maubisson L, Abaidi I. E-terview & interview : étude comparative de méthodes de recueil de données online & offline. Management & Avenir [Internet]. 2011 [cité 3 févr 2021];(44):165-86. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2011-4-page-165.htm>
 75. Arrish J, Yeatman H, Williamson M. Australian midwives and provision of

- nutrition education during pregnancy: A cross sectional survey of nutrition knowledge, attitudes, and confidence. *Women Birth* [Internet]. 2016 [cité 5 nov 2019];29:455-64. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1871519216000391>
76. Felix M. Grossesse, moment privilégié d'information, d'éducation et de prévention nutritionnelles: rôle de la sage-femme [Internet] [Mémoire : sage-femme]. [Rouen]: Université de Rouen; 2008 [cité 2 janv 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00666206/document>
77. Haute Autorité de Santé (HAS). Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. *has-sante.fr*. 2015 [cité 14 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf
78. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les 1000 premiers jours, qu'est-ce que c'est ? [Internet]. *solidarites-sante*. 2019 [cité 13 mars 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/1000jours/article/les-1000-premiers-jours-qu-est-ce-que-c-est>
79. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Supplémentation en calcium pendant la grossesse pour la prévention et le traitement de la pré-éclampsie et de l'éclampsie [Internet]. *who.int*. World Health Organization; 2019 [cité 9 mai 2020]. Disponible sur: http://www.who.int/elena/titles/calcium_pregnancy/fr/
80. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Avis de la commission : Acide Folique CDD 0,4mg, comprimé [Internet]. *has-santé.fr*. 2002 [cité 26 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ct031338.pdf>
81. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). Les folates, n'attendez pas d'être enceinte pour les inviter à table! [Internet]. *solidarites-sante*. 2007 [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guidefolates.pdf>
82. Nestlé. Quels sont les aliments à privilégier ou à éviter pendant ma grossesse ? [Internet]. Nestlé Nutri Pro. 2016 [cité 5 nov 2019]. Disponible sur: https://www.nutripro.nestle.fr/res/documents/fiche_patient_grossesse_octobre_2016.pdf
83. Edwards R. Are phytoestrogens good or bad for you ? Separating fact from fiction [Internet]. *draxe*. 2016 [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://draxe.com/nutrition/phytoestrogens/>
84. La Nutrition. Phytoestrogène [Internet]. *lanutrition*. 2017 [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.lanutrition.fr/outils/glossaire/phytoestrogene>

GLOSSAIRE

- MGC Prévention Santé. MGC Prévention Santé [Internet]. mgc-prevention. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.mgc-prevention.fr/>
- La Nutrition. Information alimentation, santé, guide de nutrition [Internet]. lanutrition. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.lanutrition.fr/>
- Larousse. Dictionnaire Français en ligne [Internet]. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue>
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [Internet]. cnrtl. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/>
- Quoi dans mon assiette. PNNS 4 : Nouvelles Recommandations Alimentaires et sur l'activité sportive de Santé Publique France pour 2019-2021 [Internet]. quoidansmonassiette. 2019 [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://quoidansmonassiette.fr/pnns-4-nouvelles-recommandations-alimentaires-et-sur-lactivite-sportive-de-sante-publique-france-pour-2019-2021/>
- **Acide aminé** : Acide organique constituant l'unité de structure des protéines (Larousse).
- **Acide désoxyribonucléique (ADN)** : Acide nucléique caractéristique des chromosomes, constitué de deux brins enroulés en double hélice et formés chacun d'une succession de nucléotides. Porteur de l'information génétique, l'ADN assure le contrôle de l'activité des cellules (Larousse).
- **Anabolisme** : Première phase du métabolisme au cours de laquelle les matériaux nutritifs sont transformés, par voie de synthèse, en tissu vivant (CNRTL).
- **Apgar (score)** : Système mis au point par l'anesthésiste américaine Virginia Apgar pour évaluer les grandes fonctions vitales du nouveau-né dès sa première minute de vie et en apprécier l'évolution 3, 5 ou 10 minutes plus tard (Larousse).
- **Cardia** : Orifice supérieur de l'estomac à la jonction avec l'œsophage (CNRTL).
- **Catabolisme** : Phase du métabolisme au cours de laquelle les matériaux assimilés par les tissus sont transformés en énergie (CNRTL).
- **Dépense énergétique** : Quantité d'énergie dépensée par un individu pour assurer son métabolisme de base, le maintien de sa température interne corporelle, sa croissance et son activité musculaire (Larousse).
- **Glucose** : Sucre le plus répandu sous forme libre (dextrose) ou combinée et obtenu industriellement par hydrolyse de l'amidon ou de la fécule (CNRTL).
- **Goitre** : Tumeur grosse et spongieuse sur la partie antérieure du cou, entre la peau et la trachée-artère, formée par une augmentation du corps thyroïde (CNRTL).

- **Hydrolyse** : Décomposition chimique d'une substance par l'action directe ou indirecte de l'eau, de façon qu'il apparaisse de nouvelles molécules (CNRTL).
- **Légumineuse** : Plante dicotylédone dont le fruit est une gousse, exploitée comme légume (pois, haricot), fourrage (trèfle, luzerne), pour l'ornement (acacia) ou pour le bois (palissandre) (Larousse).
- **Lipide** : Corps gras d'origine organique (graisse, huile, cire) insoluble dans l'eau mais soluble dans les solvants des graisses (CNRTL).
- **Lipolyse** : Hydrolyse* des lipides en acides gras et alcools (CNRTL).
- **Liposoluble** : Qui est soluble dans les graisses (CNRTL).
- **Macronutriment** : Ensemble regroupant les glucides (ou sucres), les lipides (ou graisses) et les protéines (ou protides). Ce sont les nutriments dont l'organisme a besoin en plus grande quantité et qui apportent de l'énergie (MGC prévention).
- **Méconium (méconial)** : Matières fécales épaisses et collantes excrétées par le nouveau-né pendant les tout premiers jours de sa vie (Larousse).
- **Métabolisme basal** : Métabolisme minimal compatible avec le maintien des fonctions vitales, correspondant à la quantité de chaleur, exprimée en calories, produite en une heure et par mètre carré de surface corporelle chez un individu à jeun, au repos et en équilibre thermique avec l'extérieur (CNRTL).
- **Nutrition** : Terme englobant les questions relatives à l'alimentation (nutriments, aliments, déterminants sociaux, culturels, économiques, sensoriels et cognitifs des comportements alimentaires) et à l'activité physique. Ce terme définit tout ce qui se rapporte aux relations existantes entre l'alimentation et la santé (PNNS).
- **Oléagineux** : Plante cultivée pour ses graines ou ses fruits riches en lipides dont on extrait des huiles alimentaires et dont on utilise les résidus de l'extraction dans l'alimentation du bétail (soja, colza, tournesol, arachide, etc.) (Larousse).
- **Oligo-élément** : Élément chimique, métalloïde ou métallique, présent en infime quantité dans les organismes et nécessaire à leur métabolisme (CNRTL).
- **Pasteurisation** : Procédé de conservation temporaire de certains aliments, par chauffage rapide sans ébullition, suivi de refroidissement brusque, permettant la destruction de la plupart des bactéries, tout en respectant partiellement les protéines (CNRTL).
- **Phyto-œstrogène** : Substances présentes naturellement dans les plantes ou issues du métabolisme dans l'organisme d'un précurseur végétal (ANSES).

- **Pré-éclampsie** : État pathologique de la femme enceinte apparaissant après la 20^e semaine de grossesse, caractérisé par une hypertension artérielle, la présence de protéines dans les urines et une prise de poids avec œdème (Larousse).
- **Protéine** : Composés organiques azotés, animaux et végétaux, qui donnent par dégradation hydrolytique soit des acides aminés (holoprotéines ou protéines simples), ou des substances non azotées diverses : glucides, lipides, pigments, etc. (CNRTL).
- **Sucre complexe** : Également appelé glucide complexe ou sucre lent ; sucre formé d'une grande chaîne de molécules de sucre, comportant beaucoup d'amidon. Sucre difficile à digérer (La Nutrition).
- **Sucre rapide** : Également appelé glucide simple ; sucre formé d'une ou deux molécules de sucre et peu d'amidon. Sucre facile et rapide à digérer (La Nutrition).
- **Végétalien** : Principe diététique recommandant l'usage alimentaire des végétaux, à l'exclusion de la viande, du poisson et de tout produit d'origine animale (CNRTL).
- **Végétarien** : Principe diététique recommandant l'usage alimentaire des végétaux et de produits d'origine animale, à l'exclusion de la viande et du poisson (CNRTL).
- **Vitamine** : Substance organique active, sans valeur énergétique ou plastique, indispensable en très faible quantité à la croissance et au bon fonctionnement de l'organisme qui ne peut en faire la synthèse et à qui elle est apportée par l'alimentation ou des médicaments (CNRTL).

ANNEXES

- **Annexe I** : Exemple de répartition alimentaire journalière en respectant les besoins journaliers de 2000-2000kcal/jour recommandés durant la grossesse
- **Annexe II** : Tableau répertoriant les aliments sources de minéraux et les oligo-éléments nécessaires au cours de la grossesse et l'apport journalier conseillé
- **Annexe III** : Tableau répertoriant les aliments sources des vitamines nécessaires au cours de la grossesse et l'apport journalier conseillé
- **Annexe suite III** : Aliments riches en folates
- **Annexe IV** : Répartition du gain pondéral (en gramme) en fonction de l'âge gestationnel (tableau I)
- **Annexe V** : Classification du statut pondéral en fonction de l'IMC (tableau II)
- **Annexe VI** : Recommandations de gain de poids durant la grossesse selon l'IOM (2009) (tableau III)
- **Annexe VII** : Fiche récapitulative des aliments à éviter pour notamment limiter les toxi-infections alimentaires
- **Annexe VIII** : Liste des produits contenant des phyto-œstrogènes
- **Annexe IX** : Repères de consommations alimentaires pour les femmes enceintes décrits dans le PNNS
- **Annexe X** : Guides alimentaires du PNNS
- **Annexe XI** : Pyramide et bateau alimentaire
- **Annexe XII** : Recommandations et repères de consommation alimentaire pour la population générale détaillés dans le PNNS 2019-2023
- **Annexe XIII** : Groupes d'aliments et exemple de portion en fonction de la quantité journalière recommandée chez la femme enceinte selon les repères de consommation du PNNS
- **Annexe XIV** : Situation 1 « Conduire une consultation prénatale » détaillée dans le référentiel métier et compétences sages-femmes (2010)
- **Annexe XV** : Situation 2 « Organiser et animer une séance collective de Préparation à la Naissance et à la Parentalité » détaillée dans le référentiel métier et compétences sages-femmes (2010)
- **Annexe XVI** : Guide d'entretien
- **Annexe XVII** : Lettre d'information de l'étude
- **Annexe XVIII** : Tableau descriptif des participantes
- **Annexe XIX** : Fiches descriptives retrouvées sur ICOS à propos des mesures hygiéno-diététiques
- **Annexe suite XIX**
- **Annexe XX** : Encadré relatif aux recommandations hygiéno-diététiques sur ICOS
- **Annexe XXI** : Plaquette informative nutritionnelle : ébauche du projet d'action

Annexe I :

Exemple de répartition alimentaire journalière en respectant les besoins journaliers de 2000-2000kcal/jour recommandés durant la grossesse (21)

Petit Déjeuner

1 laitage
pain ou céréales
15g de beurre environ
1 fruit
1 café ou thé ou tisane

Collation à 10h

1 yaourt
1/8 de baguette de pain
tisane, eau, boisson light

Déjeuner

crudités assaisonnées avec 1 cuillère
à soupe d'huile
légumes cuits
1 portion de viande, œufs ou poisson
féculents (jusqu'à 100g)
¼ baguette de pain
1 produit laitier
1 produit sucré

Collation à 16h

1/8 de baguette de pain
1 yaourt
tisane, eau, boisson light

Dîner

crudités assaisonnées avec 1 cuillère
à soupe d'huile
légumes cuits (jusqu'à 200g)
1 portion de viande, œufs ou poisson
féculents (jusqu'à 100g)
¼ baguette de pain
1 fruit

Annexe II :
Tableau répertoriant les aliments sources de minéraux et les oligo-éléments nécessaires au cours de la grossesse et l'apport journalier conseillé (12,17,18,22,23,79)

	Aliments sources	Apport journalier conseillé	Recommandations (supplémentation en plus de l'alimentation)
Calcium	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Produits laitiers : lait, fromages, yaourts, fromage blanc ▫ Légumes, fruits, céréales ▫ Eau 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ 1000mg/jour à T1 ▫ 2000mg/jour à T2 et T3 	Pas d'indication de supplémentation systématique
Iode	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Sel enrichi ▫ Produits de la mer (moules, cabillaud, morue, maquereau, merlan, lieu, hareng, sardine, roussette, saumon, etc.) ▫ Œufs ▫ Produits laitiers ▫ Ail, oignons ▫ Radis 	150-200µg/jour	Supplémentation non systématique de 100-150µg/jour.
Fer	<ul style="list-style-type: none"> ▫ <u>Protéines animales</u> : viandes, boudin noir, poissons, fruits de mer, foie, œufs ▫ <u>Protéines végétales</u> : Légumes verts, légumineuses (lentilles, haricots rouges, pois chiche, etc.), fruits secs, oléagineux* (noix, noisettes, amandes, etc.), céréales ▫ Chocolat noir 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ 15-20mg/jour à T1 et T2 ▫ 30mg/jour à T3 	Supplémentation non systématique avec une posologie à adapter en fonction de la gravité de l'anémie.

Légende tableau : T1 = premier trimestre, T2 = deuxième trimestre, T3 = troisième trimestre

Tableau crée par C.BIDET

Annexe III :

Tableau répertoriant les aliments sources des vitamines nécessaires au cours de la grossesse et l'apport journalier conseillé (12,17,18,22,23,80)

	Aliments sources	Apport journalier conseillé	Recommandations (supplémentation en plus de l'alimentation)
Vitamine D	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Poisson gras (saumon, maquereaux, sardines, hareng, etc.) ▫ Huile de foie de poisson ▫ Œufs ▫ Produits laitiers non écrémés ▫ Foie 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ 10µg/jour à T1 et T2 ▫ 25µg/jour à T3 	Supplémentation par une ampoule (dose unique) de 100 000UI de vitamine D
Vitamine A	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Foie ▫ Lait non écrémé ▫ Beurre ▫ Œufs ▫ Légumes verts ▫ Fruits 	370-450µg/jour	Supplémentation contre-indiquée durant la grossesse
Folates	Aliments répertoriés en annexe page suivante	300-400µg/jour	Supplémentation recommandée mais non obligatoire : <ul style="list-style-type: none"> ▫ 0,4mg/jour : un mois avant la conception et poursuivre douze semaines après (efficacité dès huit semaines) chez les femmes sans antécédent particulier. ▫ 5mg/jour : douze semaines après (efficacité dès huit semaines) chez les femmes avec ayant eu des enfants porteurs de spina bifida.

Légende tableau : T1 = premier trimestre, T2 = deuxième trimestre, T3 = troisième trimestre

Tableau créé par C. BIDEF

Suite annexe III :
Aliments riches en folates (81)

TENEUR en µg/100g		ALIMENT
Très forte*	>1000	levure
forte	100-200	épinards, cresson, chicorée, pissenlit, mâche, melon
	100-150	graines (noix, châtaigne, pois chiche,...) fromages affinés (brie, bleus, chèvre...).
moyenne	50-100	autres légumes à feuille (laitue, endive, choux, poireau, artichaut), haricots verts, petits pois, radis, asperges, betteraves, courgettes, avocat, lentilles,
	20-50	carottes, tomates, oignon, potiron, maïs, poivron, agrumes, banane, kiwi, fruits rouges, dattes, figues, œufs, autres fromages, frites, pains.
faible	5-20	concombre, céleri, aubergine, champignons, olives, pommes de terre, riz, pâtes, laitages frais, viandes, poissons,
	5-10	pommes, poires, prunes, pêches, abricot.

Annexe IV :

**Tableau I : Répartition du gain pondéral (en gramme)
en fonction de l'âge gestationnel (31)**

	10 ^{ème} semaine de grossesse	20 ^{ème} semaine de grossesse	30 ^{ème} semaine de grossesse	40 ^{ème} semaine de grossesse
Fœtus	15	320	1500	3500
Placenta et LA	40	400	1050	1250
Utérus et seins	150	750	1100	1300
Sang	100	500	1100 à 1300	1100 à 1200
Liquides interstitiels	100	200 à 400	400 à 800	1000 à 1200
Réserves adipeuses	200 à 300	800 à 1600	2000 à 3500	2000 à 4000
Prise de poids totale	600 à 700	3000 à 4000	7000 à 9000	12000 à 12500

Lecture du tableau : « A la 30^{ème} semaine de grossesse, 2000 à 3500g de la prise de poids maternelle correspondent aux réserves adipeuses ».

Légende : LA = liquide amniotique.

Annexe V :
Tableau II : Classification du statut pondéral en
fonction de l'IMC (1)

IMC (kg/m ²)	Classification
IMC < 18,5	Maigreur
18,5 ≤ IMC < 25	Poids normal
25 ≤ IMC < 30	Surpoids
30 ≤ IMC < 35	Obésité modérée
35 ≤ IMC < 40	Obésité sévère
IMC ≥ 40	Obésité morbide ou massive

Annexe VI :
Tableau III : Recommandations de gain de poids
durant la grossesse selon l'IOM (2009) (33)

Statut pondéral avant la grossesse	IMC (kg/m ²)	Gain de poids à T1 (kg)	Gain de poids à T2 et T3 (kg)	Gain de poids total (kg)
Maigreur	IMC ≤ 18,5	0,5-2	5,28-6,96	12,5-18
Normal	18,5 < IMC < 24,9		4,20-6,0	11,5-16
Surpoids	25 < IMC < 29,9		2,76-3,96	7-11,5
Obésité	IMC ≥ 30		2,04-3,24	5-9



Les calculs supposent un gain de poids de 0,5-2 kg au premier trimestre (CARMICHAEL et al. 1997a, ABRAMS et al. 1995b, SIEGA-RIZ et al. 1994).

Légende tableau : T1 = premier trimestre, T2 = deuxième trimestre, T3 = troisième trimestre.

Annexe VII : Fiche récapitulative des aliments à éviter pour notamment limiter les toxi-infections alimentaires (82)

ALIMENTATION DE LA FEMME ENCEINTE

Vous êtes enceinte : quels aliments sont à éviter / à favoriser ?

2 FACTEURS ESSENTIELS À RETENIR	 <p>Conserver une alimentation équilibrée en surveillant sa prise de poids</p>	 <p>Éviter certains aliments pour limiter les risques de listériose et de toxoplasmose</p>
--	---	---

Aliments à ne pas consommer / à éviter ^{1,2}	Aliments conseillés en remplacement ^{1,2}
Viandes et charcuterie	
Viandes crues, peu cuites, fumées ou marinées Produits à base de foies d'animaux Rillettes, pâté, foie gras... 	 Viandes cuites à cœur ou mijotées (boeuf bourguignon...) Jambon blanc
Fromages	
Au lait cru A pâte molle à croûte fleurie (camembert, brie...) A pâte molle à croûte lavée (munster, pont l'évêque...) Râpés industriel et croûtes de fromages 	 Au lait pasteurisé sans croûte A pâte pressée cuite sans croûte (beaufort, comté, emmental, gruyère, parmesan) Fondus à tartiner
Poissons	
Poissons crus et/ou fumés Limiter la consommation de poissons prédateurs pouvant contenir des teneurs élevées en méthylmercure (thon, lotte, bar, dorade, raie) 	 Poissons cuits ou surimi, à diversifier les espèces > 1-2 fois par semaine dont un poisson gras (maquereau, sardine...)
Coquillages et crustacés	
Coquillages crus et crustacés décortiqués cuits 	 Coquillages bien cuits ou recuits : noix de Saint-Jacques, crevettes...
Recettes à base d'œufs crus	
Œuf à la coque, mousse au chocolat ou mayonnaise maison... 	 Omelette, gâteau au chocolat, mousse au chocolat industrielle, sauces industrielles...
Caféine	
Certains sodas/boissons énergisantes > Pas plus de 3 tasses/j de café ou thé léger 	 Café décaféiné, chocolat chaud, jus de fruits, tisanes, eau

- Remplacer les produits enrichis en stérols végétaux par des matières grasses classiques
- Remplacer les produits à base de soja par des produits laitiers à base de lait de vache, de chèvre, de brebis, ou d'autres produits/jus végétaux enrichis en calcium (avoine, amande...)

1. PNNS, Le guide nutrition de la grossesse, 2015.

2. PNNS, Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé, 2007.



Annexe VIII :
Liste des produits contenant des phyto-œstrogènes
(83,84)

- Graines de lin,
- Soja (yaourt, fèves, lait, steak, etc.),
- Tofu, tempeh,
- Luzerne,
- Carottes,
- Ail, oignons,
- Pommes,
- Thé, café,
- Lentilles,
- Pois chiches,
- Cônes de houblon,
- Citrouille,
- Tournesol,
- Pavot,
- Grains entiers et leur son : seigle, avoine, orge, sésame,
- Oléagineux,
- Myrtilles, grenade,
- Huile de jasmin, de sauge sclarée,
- Racine de réglisse

LES REPÈRES NUTRITIONNELS correspondant aux objectifs du PNNS pour les femmes enceintes et les femmes qui allaitent



Fruits et/ou légumes



Au moins 5 par jour

- A 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



A chaque repas et selon l'appétit

- Favoriser les aliments céréaliers complets ou le pain bis, y compris en cas de fringale.
- Privilégier la variété : pain, riz, pâtes, semoule, blé, pommes de terre, lentilles, haricots, etc.

Pendant la grossesse, limiter les aliments à base de soja : pas plus de un par jour.

Lait et produits laitiers (yaourts, fromage...)

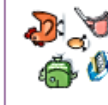


3 par jour

- Jouer sur la variété.
- Privilégier les produits nature et les produits les plus riches en calcium, les moins gras et les moins salés : lait, yaourt, fromage blanc, etc.

Pendant la grossesse, ne consommer 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 et volailles produits de la pêche et 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.
- 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.
 - 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...) 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, crêmes dessert, glaces, barres chocolatées...)

Boissons



De l'eau à volonté

- Au cours et en dehors des repas, eau du robinet ou en bouteille.
- Limiter les boissons sucrées (sirops, sodas, boissons sucrées à base de fruits et nectars)
- Pas de boissons alcoolisées.

Sel



Limiter la consommation

- Utiliser du sel iodé.
- Réduire l'ajout de sel en cuisinant et dans l'eau de cuisson et ne pas saler avant de goûter.
- Limiter la consommation de produits salés : produits apéritifs salés, chips...

Annexe IX :

Repères de consommations alimentaires pour les femmes enceintes décrits dans le PNNS (4,7)

Annexe X : **Guides alimentaires du PNNS (17,18)**

- Guide alimentaire destiné aux femmes enceintes :



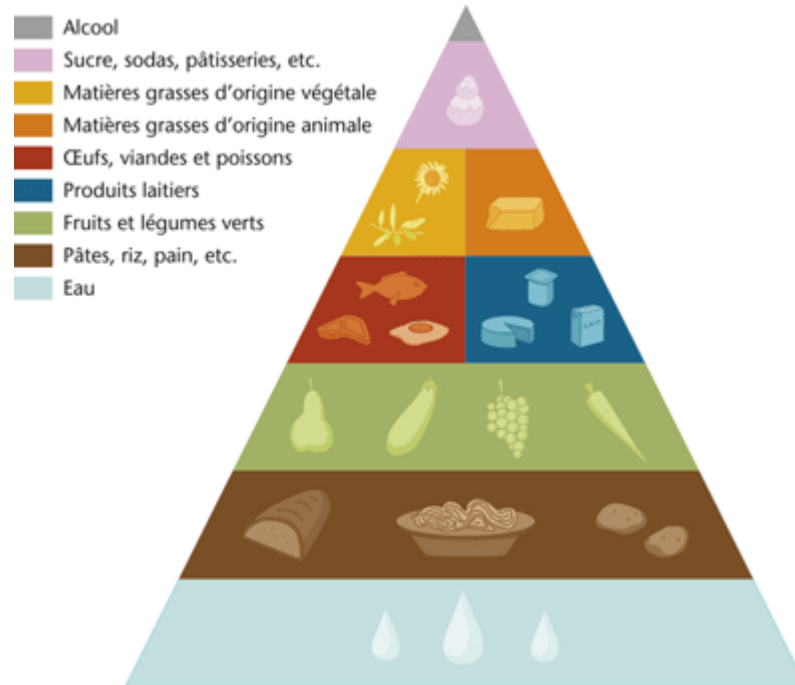
- Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé :



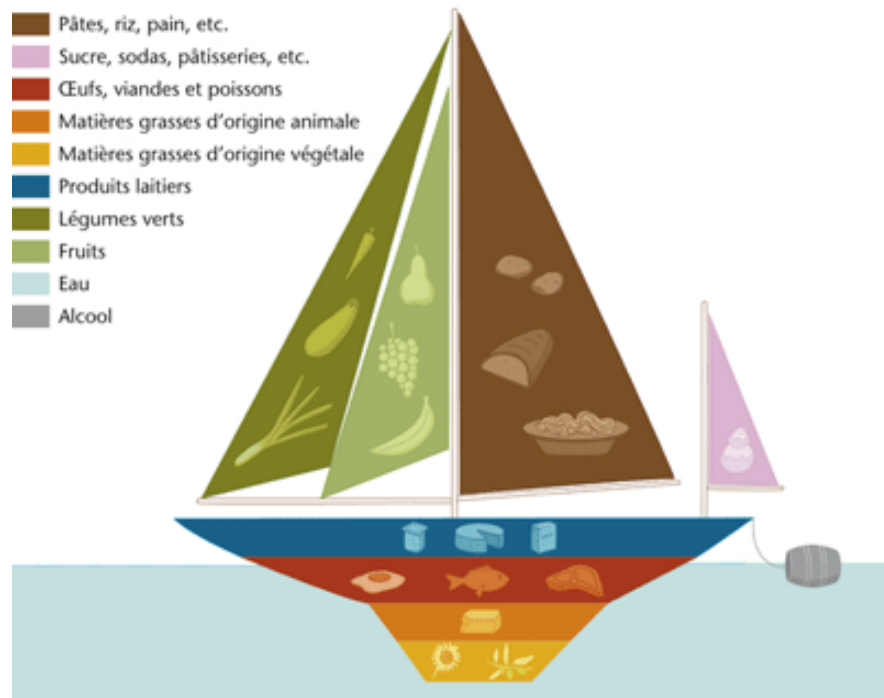
Annexe XI :

Pyramide et bateau alimentaire (60)

□ Pyramide alimentaire :



□ Bateau alimentaire :



Annexe XII : Recommandations et repères de consommation alimentaire pour la population générale détaillés dans le PNNS 2019-2023 (4)

AUGMENTER

Au moins 5 fruits et légumes par jour, par exemple 3 portions de légumes et 2 fruits

Frais, surgelés ou en conserve !
Bio et de saison de préférence

1 verre de jus de fruit pressé max car trop de sucre

Naturellement riches en fibres

Au moins 2 fois par semaine des légumes secs

Ex: lentilles, haricots, pois chiches
Peut remplacer la viande mais à associer avec des céréales

Le Fait Maison

Au moins 30 minutes d'activités physiques dynamiques par jour

dans les activités du quotidien et les loisirs et activités sportives

Petite poignée par jour de fruits à coque

Riches en oméga 3 : noix, noisettes, amandes et pistaches non salées, etc.

ALLER VERS

Riches en oméga 3

2 fois par semaine du poisson, dont un poisson gras

Frais, surgelés ou en conserve !
Bio et de saison de préférence
Varier les espèces : sardines, maquereau, hareng, saumon...

Au moins un féculent complet par jour

Les produits complets sont + riches en fibres

2 produits laitiers par jour

Pour varier les plaisirs, alternez entre yaourt, lait, fromage blanc et fromages. Variez les types de fromages. Sauf les desserts lactés, la crème fraîche et du beurre

Privilégiez les huiles de colza, de noix et d'olive

Les matières grasses ajoutées - huile, beurre et margarine - peuvent être consommées tous les jours en petites quantités.
Colza, noix : riches en oméga 3

RÉDUIRE

Alcool : maximum 2 verres par jour et pas tous les jours

Limiter les boissons sucrées, les aliments gras, sucrés, salés et ultra-transformés

Limiter les produits NutriScore classés en D et E

Réduire sa consommation de sel
Limiter la charcuterie à 150 g par semaine

Privilégier la volaille, et limiter les autres viandes (porc, bœuf, veau, mouton, agneau, abats) à 500 g par semaine

Alternier dans la semaine la viande, la volaille, le poisson, les oeufs, les légumes secs.

Ne restez pas assis trop longtemps : prenez le temps de marcher un peu toutes les 2h

T. FIOLET www.quoidansmonassiette.fr ©
Adapté de Recommandations relatives à l'alimentation, à l'activité physique et à la sédentarité pour les adultes - Saint-Maurice - Santé publique France, 2017, 62 p.

[Follow @T_Fiolet](https://twitter.com/T_Fiolet)

Annexe XIII :

Groupes d'aliments et exemple de portion en fonction de la quantité journalière recommandée chez la femme enceinte selon les repères de consommation du PNNS (11,17,18)

Groupes aliments	Quantité journalière recommandée chez la femme enceinte	1 portion équivaut à...
<i>Fruits et légumes</i>	<ul style="list-style-type: none">▫ 2 portions par jour de légumes▫ 3 portions par jour de fruits = 5 portions	<ul style="list-style-type: none">○ 80-100g de fruits ou légumes = La moitié de l'assiette <ul style="list-style-type: none">○ 1 fruit pressé○ ½ verre de jus de fruits sans sucre ajouté
<i>Produits laitiers</i>	3 par jour	<ul style="list-style-type: none">▫ 30g de fromage▫ 125ml de lait▫ 1 yaourt▫ 1 fromage blanc▫ 2 petits suisses
<i>Féculents</i>	3 par jour (à chaque repas)	<ul style="list-style-type: none">▫ 2-3 tranches de pain (30g la tranche)▫ 60g de féculents crus (si en accompagnement)▫ 150g de féculents cuits (si en accompagnement)▫ 40g de féculents crus (si en entrée)▫ 100g de féculents cuits (si en entrée) = 1/3 de l'assiette
<i>Viande/poissons/œufs</i>	1 à 2 par jour	<ul style="list-style-type: none">▫ 100-120gr de viande ou poisson.▫ 2 œufs.▫ 2 tranches de jambon cuit = 1/3 de l'assiette
<i>Matières grasses</i>	A limiter	<ul style="list-style-type: none">▫ 10g de beurre cru▫ 30g de crème▫ 40g d'huiles végétales (4 cuillères à soupe)
<i>Eau</i>	Illimitée	Minimum 1 à 1,5L par jour

Tableau créé par C. BIDEF

Annexe XIV : Situation 1 « Conduire une consultation prénatale » détaillée dans le référentiel métier et compétences sages-femmes (2010) (62)

Situation 1

CONDUIRE UNE CONSULTATION PRENATALE

Réaliser un diagnostic

- * en accueillant la femme et le / les accompagnant(s)
 - en invitant la femme à exprimer le motif de la consultation et en étant attentif aux éventuels motifs complémentaires
 - en informant sur le déroulement de la consultation
 - en observant les attitudes de la femme
- * en reconstituant l'anamnèse
 - en réalisant un interrogatoire personnalisé sur les antécédents médicaux individuels et familiaux, et les habitudes de vie pour détecter les facteurs de risque éventuels en datant la grossesse
 - en questionnant sur l'évolution de l'adaptation à la grossesse
- * en réalisant l'examen clinique général
 - en évaluant les constantes
 - en vérifiant l'adaptation de la femme à l'état de grossesse :
 - + l'adaptation physiologique de toutes les grandes fonctions
 - + l'adaptation psychologique, en écoutant la manière dont la mère ressent sa grossesse et en veillant à sa capacité à prendre soin d'elle et de l'enfant à naître
 - en vérifiant la qualité du soutien de son entourage
- * en réalisant l'examen obstétrical
 - en examinant les seins
 - en mesurant la hauteur utérine et le périmètre ombilical
 - en palpant l'utérus (forme, tonicité, et selon le terme : présentation fœtale, mouvements actifs...)
 - en auscultant les bruits du cœur du fœtus
 - en évaluant l'utilité de faire un toucher vaginal en regard du référentiel de bonnes pratiques :
 - + soit systématiquement, en respectant le ressenti et la culture de la patiente
 - + soit sur indication (activité contractile, terme de la grossesse, antécédents, facteurs de risques et conditions de vie)
 - en réalisant si nécessaire un frottis cervico-vaginal de dépistage et/ ou un prélèvement vaginal
 - en examinant les pertes vaginales (sur indication)
 - en réalisant une échographie si besoin
- * en évaluant le caractère physiologique ou pathologique de la grossesse
 - en analysant et synthétisant les données recueillies
 - en établissant un pronostic obstétrical à la consultation du 9^{ème} mois
 - en diagnostiquant les conduites/comportements à risque (addictions, conditions de travail, temps de transport, conditions de vie domestique, maltraitements, ...)
- en identifiant les signes qui nécessitent d'orienter la femme vers un autre professionnel (psychologue, obstétricien, travailleurs sociaux, ...)

Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement

- * en faisant la déclaration de grossesse, le cas échéant
- * en informant sur le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales
- * en prescrivant
 - les examens obligatoires, les examens complémentaires, les thérapeutiques (médicaments, vaccins, dispositifs médicaux), les conseils d'hygiène de vie
 - en expliquant les intérêts des prescriptions et les résultats attendus
 - en informant la femme et en recueillant son consentement
 - en expliquant les risques de l'automédication
- * en élaborant et proposant à la femme une conduite à tenir quant au suivi de sa grossesse
 - en repérant des conduites de consommation à risque
 - en évaluant avec discernement sa situation et son environnement
 - en restaurant un dialogue confiant et éthique permettant l'émergence des ressources individuelles et socioculturelles de la femme/du couple
 - en adaptant son discours et en s'assurant qu'il a été compris
 - en donnant toutes les informations utiles et nécessaires
 - en établissant un calendrier de suivi après avoir expliqué les bénéfices d'un suivi régulier
 - en proposant systématiquement un entretien individuel ou en couple

Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge

- * en accompagnant la femme/le couple dans l'élaboration de son projet de naissance
 - en lui apportant les éléments qui lui permettent de faire des choix et en l'aidant à faire émerger ses besoins
- * en réalisant la synthèse dans le dossier médical, pour assurer la transmission écrite et pour établir le pronostic fœtal et maternel en prévision de la suite de la prise en charge
 - en étant suffisamment explicite pour les autres professionnels du réseau
 - en constituant le dossier médical ou en le mettant à jour

Annexe XV :
Situation 2 « Organiser et animer une séance collective de Préparation à la Naissance et à la Parentalité » détaillée dans le référentiel métier et compétences sages-femmes (2010) (62)

Situation 2

**ORGANISER ET ANIMER UNE SEANCE COLLECTIVE DE PREPARATION A LA
NAISSANCE ET A LA PARENTALITE**

Réaliser un diagnostic

Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge

- * **en préparant la séance**
 - en préparant le programme pédagogique et le déroulement des séances (environnement matériel, objectifs, contenus, outils, déroulé, timing, support)
 - en favorisant la présence des pères
 - en préparant les supports didactiques (exposé, échanges entre participantes, exercices corporels, ...)
 - en s'adaptant à la composition d'un groupe pour ajuster l'utilisation des supports
 - en planifiant la composition d'un groupe et des séances selon les demandes des parents et le calendrier de la grossesse.
- * **en accueillant les participant(e)s**
 - en se présentant, et le cas échéant en présentant l'équipe soignante et l'établissement
 - en présentant les objectifs de la séance, les thèmes abordés
 - en demandant aux participant(e)s de se présenter et de parler de leurs attentes
- * **en veillant à assurer une bonne qualité d'écoute entre les participant(e)s**
 - en créant un climat de confiance favorable aux échanges

Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge

- * **en animant les échanges d'informations et d'expériences sur le thème traité**
 - en donnant la parole et le temps aux participant(e)s pour poser des questions et témoigner de leurs expériences, inquiétudes, attentes, souhaits et en veillant à reformuler leur discours pour faciliter le partage
 - en répondant aux questions et en donnant des précisions complémentaires
 - en expliquant les points théoriques, biologiques, anatomiques, ...
 - en informant sur les solutions possibles aux problèmes qu'elles peuvent rencontrer
 - en alertant sur les points de vigilance pendant la grossesse et la conduite à tenir (« perte de liquide »)
 - en repérant les non-dits et en anticipant les questions non posées (vie de couple, sexualité, retour à la maison, ...) et en proposant un entretien individuel le cas échéant
- * **en réalisant des exercices de travail corporel (si pertinent pour le thème abordé)**
 - en vérifiant la capacité individuelle à faire l'exercice
 - en aidant si besoin l'accompagnant à trouver sa place
 - en repérant les signes de malaise ou mal-être
- * **en vérifiant l'évolution des participantes vers l'autonomie**
 - en estimant la confiance en soi, la projection dans l'avenir avec leur enfant, la formulation d'un projet de naissance
 - en favorisant l'émergence des compétences parentales
- * **en repérant les difficultés éventuelles et en donnant les conseils adaptés**
 - éventuellement en orientant et en prenant contact avec le professionnel compétent

Annexe XVI : Guide d'entretien

Thématiques	Sous-thématiques	Questions
Questions générales	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Années d'expérience : en consultations prénatales, en tant que sage-femme ▫ Sensibilité à la nutrition, aux problèmes liés à la nutrition, régime alimentaire 	<ul style="list-style-type: none"> - En quelle année avez-vous été diplômé(e) ? - Faites-vous des consultations prénatales ? (SFL/PMI) - Depuis quand occupez-vous un poste en consultation ? (SFH) - Êtes-vous sensible aux problèmes liés à la nutrition ? - Avez-vous déjà suivi un régime alimentaire ? - Pensez-vous avoir une alimentation atypique (vegan, etc.) ?
Savoir-faire de la sage-femme	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Moments et temps d'échanges ▫ Thèmes abordés 	<ul style="list-style-type: none"> - Abordez-vous systématiquement le sujet de la nutrition chez toutes les femmes ou couple que vous prenez en charge ? - A quelle(s) occasion(s) parlez-vous aux femmes enceintes de l'alimentation et de la nutrition ? - Faites-vous systématiquement un entretien prénatal précoce ? Thèmes abordés ? - Faites-vous systématiquement un bilan prénatal ? Thèmes abordés ? - Quels sujets abordez-vous à propos de l'alimentation, de la nutrition ? (Versant sanitaire, versant équilibre alimentaire, versant spécifique à la grossesse)
Savoir-être et moyens mis à disposition de la sage-femme	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Approche relationnelle ▫ Aisance face à ce sujet ▫ Moment choisi ▫ Temps accordé ▫ Phrases-types ▫ Prise en charge spécifique ▫ Supports de communication 	<ul style="list-style-type: none"> - Comment abordez-vous les sujets liés à la nutrition ? - Vous sentez-vous à l'aise face à ce sujet ? Est-ce pour vous un sujet facile à aborder ? - Comment le dites-vous ? Utilisez-vous des supports ? - Prenez-vous des précautions particulières selon les situations (adolescentes, grossesses gémellaires, régime alimentaire spécifique, régime restrictif, fumeuse, etc.) notamment dans votre façon de dire les choses ?
Savoirs et posture de la sage-femme	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Sentiment de compétence ▫ Connaissances ▫ Place de la sage-femme 	<ul style="list-style-type: none"> - En tant que sage-femme pensez-vous jouer un rôle important vis-vis des femmes enceintes dans la prévention alimentaire et nutritionnelle ? - Pensez-vous avoir eu accès dans votre formation initiale aux connaissances nécessaires pour transmettre des messages de prévention en alimentation et nutrition ? - Vous semble-t-il nécessaire de suivre une formation continue pour endosser efficacement ce rôle éducationnel ? - Pour vous la formation idéale (contenu, supports, etc.) ? - Vous semble-t-il nécessaire d'actualiser vos connaissances au quotidien ?
Les besoins de la sage-femme	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Compétences ▫ Connaissances ▫ Formation ▫ Moyens ▫ Organisation ▫ Protocole de service ▫ Coopération 	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce qui vous freine dans ce rôle d'éducation à la nutrition ? - Quels outils supplémentaires souhaiteriez-vous pour avoir une prise en charge plus efficace ? - Qu'est ce qui pourriez-vous aider à assumer pleinement ce rôle préventif et éducationnel ? - Vous semble-t-il pertinent de travailler en réseau avec les professionnels spécialisés pour délivrer des messages de prévention en termes d'alimentation et de nutrition ?

Annexe XVII :

Lettre d'information de l'étude

Prévention alimentaire et nutritionnelle par les sages-femmes pendant la grossesse

Investigateurs :

- BIDET Clémence, étudiante sage-femme à xx
- Sous la direction de *Madame xx*, sage-femme enseignante.

Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à me contacter par mail.

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée "prévention alimentaire et nutritionnelle par les sages-femmes pendant la grossesse".

Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme.

Cette étude est sous la responsabilité de Madame xx, sage-femme enseignante à xx.

I. Pourquoi cette étude ?

Depuis quelques années, l'amélioration de l'état nutritionnel de la population est apparue comme une priorité de santé publique en France. Un programme d'éducation nutritionnelle, le PNNS (Programme National Nutrition Santé) a ainsi été lancé en 2001, avec pour objectif l'amélioration de l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition.

En outre, peu d'études concernant la prévention nutritionnelle faite par les sages-femmes durant la grossesse.

C'est pourquoi je souhaite vous interroger aujourd'hui sur vos pratiques vis-à-vis des femmes enceintes par rapport à l'alimentation et la nutrition.

II. L'étude en pratique :

Des sages-femmes hospitalières (maternité de type I, II, III), libérales ainsi que des sages-femmes de PMI ayant toutes au moins une année d'expérience et localisées dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, seront recrutées pour cette étude (aussi bien des hommes que des femmes pourront être recrutés).

Cette étude sera réalisée à partir d'entretiens individuels d'une vingtaine de minutes. Un seul entretien sera nécessaire par sage-femme et il sera enregistré avec un dictaphone.

L'entretien sera réalisé à distance (lors d'un appel en visio) ou de visu en fonction des mesures sanitaires liées à la pandémie actuelle et en fonction des disponibilités et impératifs personnels de chacun.

Les entretiens seront ensuite retranscrits en vue d'une analyse des données.

III. Confidentialité et sécurité des données :

Vos éventuelles données personnelles seront anonymisées lors de la retranscription de l'entretien. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel. Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

A la fin de l'étude, je me chargerai de détruire le fichier informatique qui contiendra l'enregistrement de notre entretien.

IV. Vos droits :

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait (aucune modification de prise en charge).

Conformément au RGPD et à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018), vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude.

Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction.

Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à BIDE T Clémence, école de sages-femmes.

V. Obtention d'informations complémentaires :

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires, Clémence BIDE T, étudiante sage-femme.

Pour toute question relative à la protection de vos données personnelles, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données (DPD).

Annexe XVIII :

Tableau descriptif des participantes

	Année de diplôme d'État de sage-femme	Nombre d'années d'exercice en consultations prénatales*	Statut	Diplôme Universitaire
Amandine	2017	1 an et demi	Hospitalière et libérale	Aucun
Carine	2012	4 ans	Hospitalière	Échographie
Éline	2006	3 ans	Hospitalière	Aucun
Emeline	2004	2 ans	Hospitalière	Nutrition et Diététique
Françoise	1984	4 ans	Hospitalière	Aucun
Manon	2007	5 ans	Territoriale	Développement précoce et psychopathologie périnatale
Patricia	1986	28 ans	Libérale	Acupuncteur et Hypnose
Sandrine	1996	5 ans	Hospitalière	Aucun
Valérie	1989	17 ans	Territoriale	Aucun
Violaine	1984	12 ans	Hospitalière	Aucun

*Depuis quand les sages-femmes réalisent de façon régulière des consultations prénatales (au moins 1 journée fixe dans la semaine)

Annexe XIX :

Fiches descriptives retrouvées sur ICOS à propos des mesures hygiéno-diététiques



Prévention de la toxoplasmose



Madame,

L'analyse de votre sang a montré que vous n'étiez pas protégée contre la toxoplasmose et il faut éviter de contracter cette infection en cours de grossesse, ce qui serait sans gravité pour vous-même mais pourrait être dangereux pour l'enfant.

Le parasite se rencontre :

- Soit dans la viande ;
- Soit dans la terre souillée par des déjections de chat.

Afin de protéger votre futur enfant, et pour éviter d'être contaminée par le toxoplasme prenez chaque jour les précautions suivantes :

- Lavez-vous bien les mains, avec du savon, pendant au moins 30 secondes et en vous brossant les ongles, surtout après avoir manipulé de la viande crue ou des légumes souillés par de la terre, après avoir caressé des animaux et avant de passer à table ;
- Rincez les crudités, les plantes aromatiques et les fruits (surtout les fraises) à l'eau claire afin d'enlever toute trace de terre ;
- Lavez les surfaces et les ustensiles de cuisine après chaque utilisation, surtout lorsque vous avez découpé de la viande crue ;
- Cuisez bien la viande, assez longtemps, à plus de 68 °C, qu'elle soit rouge ou blanche. Aucun jus rosé lors de sa découpe, ne doit s'écouler. Sachez que le four à micro-ondes ne détruit pas mieux le parasite que les autres modes de cuisson ;
- Evitez la consommation de la viande marinée, ou fumée, ou salée ou juste grillée ;
- Congelez la viande pendant au moins trois jours à une température inférieure à -18 C ;
- Evitez de consommer des moules, des huîtres ou tout autre mollusque crus ;
- Lors des repas pris en dehors du domicile : évitez la consommation de crudités et la viande doit être consommée bien cuite ;
- Portez des gants pour jardiner ou pour tout contact avec la terre.
- Lavez-vous les mains après des activités de jardinage même si elles sont protégées par des gants ;
- Si vous avez un chat, lavez son bac à litière tous les jours avec de l'eau très chaude (à plus de 70 C), en utilisant des gants. Mieux, demandez à une autre personne de le faire. Il est inutile d'utiliser de l'eau de Javel : elle n'est pas efficace pour éliminer le parasite. Cependant, si votre chat ne quitte pas votre appartement et s'il est nourri exclusivement avec des conserves ou croquettes, il n'est théoriquement pas exposé à la toxoplasmose.

En conclusion, surtout : Lavez-vous les mains avant les repas et cuisez bien la viande.

En liaison avec votre médecin et votre laboratoire, continuez à surveiller les réactions sérologiques de la toxoplasmose toutes les 4 à 8 semaines. Si l'infection se produisait, ces examens la détecteraient et le traitement qui protège l'enfant pourrait être entrepris sans retard.

Suite annexe XIX :



Prévention de la listériose d'origine alimentaire



Qu'est-ce que la listériose ?

- La listériose est une maladie bactérienne. En cause « *Listeria monocytogenes* » qui est présente dans le sol, l'eau, les légumes, le lait, les fruits, les fromages, les excréments.
- Chez l'homme, la transmission se fait par les aliments.

Quels sont les risques ?

- La listeria peut entraîner une septicémie gravissime (infection du sang) conduisant à un avortement spontané, un accouchement prématuré, et parfois à l'infection du nouveau-né après la naissance.

Quand consulter ?

- Il est recommandé de consulter un médecin en cas de rhino-pharyngite ou de fièvre persistante. Le diagnostic se fait par prise de sang et son traitement nécessite un antibiotique.

Quelle prévention pour la listériose ?

Pendant la grossesse, il est indispensable de surveiller son alimentation et de respecter certaines règles d'hygiène.

Les aliments à éviter :

- Le lait cru et les fromages à base de lait cru, ainsi que le fromage vendu déjà râpé. Pour les fromages à pâte molle, il est recommandé d'enlever la croûte.
- Les poissons fumés, les coquillages crus, le surimi, le tarama, etc.
- Les produits de charcuterie en gelée, les rillettes, le pâté, le foie gras.
- Préférez la charcuterie préemballée à la charcuterie en coupe.
- Evitez de consommer les légumes germés crus, comme le soja.
- Laver ou cuire les fruits et légumes avant de les consommer ; faire de même pour le persil et les autres herbes aromatiques.
- Laver à nouveau, ou cuire, les denrées conservées au réfrigérateur.
- Laver régulièrement votre réfrigérateur.
- Eviter que les aliments soient en contact les uns avec les autres dans votre réfrigérateur.

Annexe XX :

Encadré relatif aux recommandations hygiéno-dététiques sur ICOS

Généralités - Interrogatoire	Examens et Actes	Prescriptions	Conclusion
<input checked="" type="checkbox"/> Recommandations remises			
<input checked="" type="checkbox"/> Toxicomose			
<input checked="" type="checkbox"/> Hygiène alimentaire			
<input type="checkbox"/> Tabac			
<input type="checkbox"/> Alcool			
<input type="checkbox"/> Toxicomanie			
<input type="checkbox"/> Vaccination			
<input type="checkbox"/> Groupe sanguin rhésus négatif			
<input type="checkbox"/> Autre			
Recommandations			
Commentaires			

Annexe XXI :

Ébauche de plaquette informative nutritionnelle : ébauche du projet d'action

Grossesse et alimentation






Conseils et précautions alimentaires...

➤ Une envie de grignoter ?

- 1 fruit frais ou une compote maison
- Quelques carrés de chocolat noir
- Un yaourt nature ou un morceau de fromage avec une petite tranche de pain complet
- Fruits à coque (amandes, noisettes, ...)
- Gâteaux industriels
- Viennoiseries
- Bonbons
- Pâtisseries

✗

⇒ Consommation occasionnelle

➤ Des troubles digestifs ?



- **Nausées et vomissements :**
 - Diminuer le volume alimentaire
 - Fractionner l'alimentation
 - Consommer du gingembre
 - Éviter le jeûne trop long
 - Consommer des sucres lents au dîner (riz, pâtes *al dente*...)
 - Éviter les aliments trop acides, riches en graisses, aux goûts et odeurs prononcés
- **Remontées acides :**
 - Éviter les aliments acides, épicés, gras, frits, les sucres rapides, le café et boissons alcoolisées
 - Bien mâcher
 - Éviter les repas copieux, fractionner les repas
 - Posture demi-assise après les repas et éviter de se pencher
- **Constipation :**
 - Boire de l'eau : minimum 1,5L/j
 - Consommer des aliments riches en fibres (pain et céréales complètes, légumes verts, carottes, fruits, figes, pruneaux, ...)
 - Prendre un verre de jus d'orange pressé au réveil

➤ Les risques infectieux alimentaires :

- **Toxoplasmose :**
 - Laver les légumes et herbes aromatiques
 - Consommer la viande bien cuite
 - Se laver les mains après avoir manipulé de la terre ou de la viande crue
 - Éviter le contact avec les chats et la litière
- **Listériose :**
 - Éviter la consommation de rillettes, pâtés, foie gras, charcuterie
 - Éviter la consommation de crustacés, coquillages crus, poissons crus ou fumés
 - Éviter la consommation de surimi et tarama
 - Éviter la consommation de germes de soja crus
 - Consommer les laits pasteurisés ou stérilisé
 - Consommer les fromages pasteurisés (comté, emmental, gruyère, parmesan) et non au lait cru.
 - Enlever la croûte de fromage
- **Salmonellose :**
 - Éviter la consommation d'œuf à la coque, mousse au chocolat, mayonnaise
 - Cuire suffisamment les viandes hachées et les viandes de volaille
- **Règles générales :**
 - Se laver les mains/ustensiles/plan de travail
 - Maintenir le frigo entre 0-6°C et le laver régulièrement
 - Respecter les dates limites de consommation.
 - Ne pas consommer des aliments restés plus de 3 jours au frigo

Sources :






Suite annexe XXII :

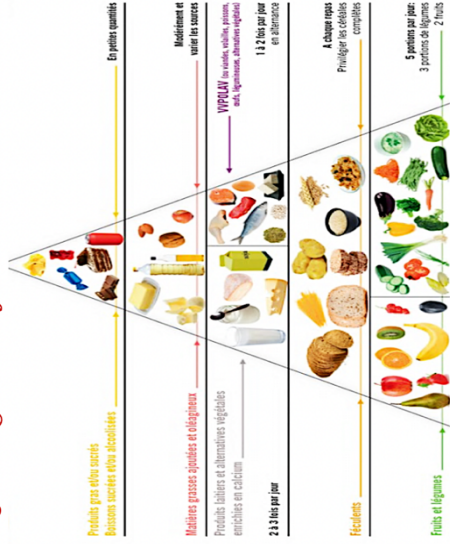
➤ *Qu'est-ce qu'une alimentation équilibrée ?*

Une alimentation équilibrée apporte à l'organisme tout ce dont il a besoin en termes de protéines, lipides, glucides et minéraux.
Manger équilibré, c'est manger en quantités suffisantes et appropriées des produits variés.

➤ *Des besoins spécifiques à la grossesse :*

- **Lipides :** nécessaires au transport des vitamines A, D, E et K et indispensables au développement du système nerveux du bébé
⇒ Viande, fromage, huile, beurre, crème, avocat, ...
- **Glucides :** sources d'énergie et indispensables au développement du bébé
⇒ Fruits, féculents, pain, céréales, légumes, ...
- **Protéines :** construction et renouvellement des cellules
⇒ Viande, œuf, fromage, laitages, poisson, lentilles, ...
- **Calcium et vitamine D :** minéralisation osseuse, réduction de l'hypertension artérielle maternelle.
⇒ Poissons gras, œufs, lait, fromage, yaourt, brocolis, chou, ...
- **Fer :** si carence apparition d'anémie, fatigue, baisse des défenses immunitaires.
⇒ Viande rouge, poisson, légumineuses, céréales, ...
- **Vitamine B9 :** si carence apparition d'un risque de malformations, retard de croissance ou prématurité.
⇒ Épinards, chou, poireau, artichaut, endive, petits pois, haricots verts, ...
- **Iode :** développement cérébral du fœtus.
⇒ Sel de table

➤ *Que manger sur une journée ?*



➤ *J'ai soif...*

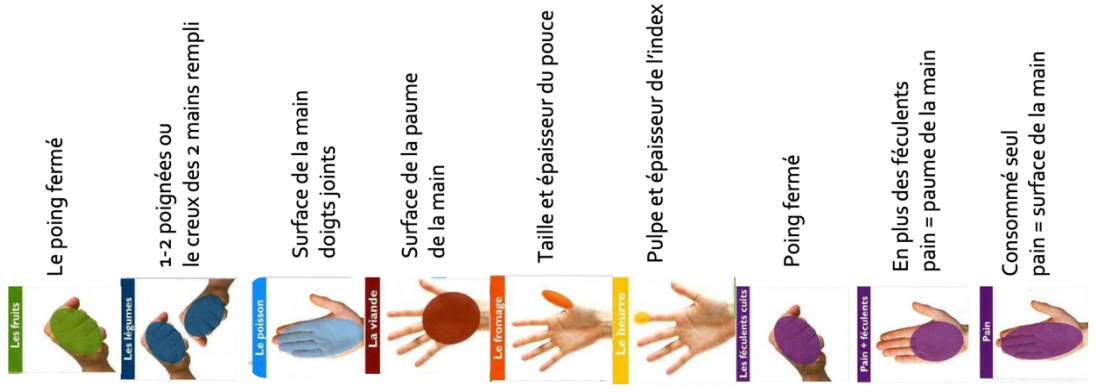
- Eau à volonté ++++ : minimum 1,5L/j
- Sodas, boissons sucrées, nectar de fruits, sirops : occasionnellement
- Thé, café : limiter à 3 tasses maximum/j
- Alcool : « objectif 0 alcool pendant la grossesse »

➤ *Quelle équivalence pour 1 portion ?*

- **Viande, poissons, œufs, jambon cuit :** 100-120gr viande ou poisson = 2 œufs = 2 tranches de jambon cuit
- **Céréales, légumineuses, pain :** 2-3 tranches de pain = 60gr de féculents crus (accompagnement) ou 40gr (entrée) = 150gr de féculents cuits (accompagnement) ou 100gr (entrée)
- **Lait et produits laitiers :** 1 yaourt (125g) = 100g (3 cuillères à soupe) de fromage blanc = 1 verre de lait (1,25ml) = 2 petits suisses = 20gr de fromage
- **Légumes et fruits :** 80-100gr
- **Matières grasses :** 10gr de beurre cru = 30gr de crème = 40gr d'huile végétale (4 cuillères à soupe)

➤ *Et si on laissait la balance de côté ?*

L'équivalent d'une portion



Résumé

Introduction : Une alimentation saine et équilibrée est essentielle au bon déroulement de la grossesse et à long terme à la santé de la femme et de son enfant. L'objectif de l'étude était d'appréhender la posture des sages-femmes comme actrices de la prévention alimentaire et nutritionnelle lors du suivi de grossesse.

Méthode : Une étude qualitative, descriptive et interprétative a été réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés, auprès de 10 sages-femmes auvergnates assurant des consultations prénatales.

Résultats et discussion : Les sages-femmes sont concernées par la prévention alimentaire et nutritionnelle auprès des femmes enceintes. Néanmoins, la prévention est parfois succincte et non systématique. Promulguer des conseils n'est pas si simple, notamment par manque de temps lors des consultations et parfois par manque de connaissances sur le sujet. L'alimentation est un sujet sensible pendant la grossesse. Des précautions sont prises par les sages-femmes pour en parler à bon escient, en tenant compte de la femme enceinte dans sa globalité (dimension psychosociale, culturelle, etc.).

Conclusion : Les sages-femmes sont bien en première ligne pour notamment promouvoir la santé par l'alimentation. Pour cela, une réactualisation régulière des connaissances des sages-femmes est nécessaire, une personnalisation de la prise en charge des femmes enceintes est indispensable et une collaboration interprofessionnelle fortement souhaitable.

Mots clés : alimentation, prévention, nutrition, suivi de grossesse, sage-femme

Abstract

Background: A healthy and balanced diet is essential for the successful convening of the pregnancy and long-term health of the woman and her child. The objective of the study was to understand the position of midwives as actors of food and nutritional prevention during pregnancy follow-up.

Study design: A qualitative, descriptive and interpretative study was carried out on the basis of semi-structured one-on-one interviews with 10 midwives from Auvergne providing prenatal consultations.

Results and discussion: Midwives are concerned with food and nutrition prevention of pregnant women. Nevertheless, prevention is sometimes succinct and not systematic. Provide advices is not easy, especially because of the lack of time during consultations and sometimes because of the lack of knowledge on the subject. Diet is a sensitive subject during pregnancy. Precautions are taken by midwives to talk wisely, taking care of pregnant women in its entirety (psychosocial, cultural, etc.).

Conclusion: Midwives are in the front line to promote health through food. For this, regular updating of midwives' knowledge is needed the personalization of pregnant women management is essential and an interprofessional co-operation is advisable.

Keywords: diet, prevention, nutrition, pregnancy follow-up, midwife