



HAL
open science

Un corps en métamorphose : comment le vivent les femmes ? Étude prospective auprès de 134 primipares au troisième trimestre de grossesse

Ève-Marie Demarest

► To cite this version:

Ève-Marie Demarest. Un corps en métamorphose : comment le vivent les femmes ? Étude prospective auprès de 134 primipares au troisième trimestre de grossesse. Gynécologie et obstétrique. 2010. dumas-00671670

HAL Id: dumas-00671670

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00671670v1>

Submitted on 18 Feb 2012

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.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

**Un corps en métamorphose :
Comment le vivent les femmes?**

**Etude prospective auprès de 134 primipares au troisième trimestre de
grossesse**

Mémoire présenté par

Mademoiselle Eve-Marie DEMAREST

Née le 21 Juin 1986

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2010

A Madame Bonnet

Pour ses conseils, son aide apportés dans ce mémoire.

A Madame Le Guen

Pour m'avoir guidée dans ce mémoire et pour son accompagnement cette année.

A mes parents

Pour m'avoir soutenue durant toutes ces années d'études

Au Docteur May Desbordes

Pour m'avoir encouragée pour ce mémoire et dans mes études

A mes amies

Pour ce parcours et votre aide...

MERCI

INTRODUCTION	1
---------------------	---

1^{ère} PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	2
---	---

I. <u>L'image du corps à travers les âges</u>	2
--	---

1.1. La Préhistoire	2
---------------------	---

1.2. L'Antiquité	2
------------------	---

1.3. Le Moyen Age	3
-------------------	---

1.4. Les Temps Modernes	3
-------------------------	---

1.5. L'Epoque Contemporaine	4
-----------------------------	---

II. <u>Psychologie de la femme</u>	5
---	---

2.1. Théorie sur le développement libidinal de la femme	5
---	---

2.2. La psychologie de la grossesse	5
-------------------------------------	---

2.2.1. Le premier trimestre	6
-----------------------------	---

2.2.2. Le deuxième trimestre	7
------------------------------	---

2.2.3. Le troisième trimestre	8
-------------------------------	---

2.2.4. L'accouchement	9
-----------------------	---

2.2.5. Le post partum	10
-----------------------	----

III. <u>Les modifications physiologiques intervenant durant la grossesse et leurs conséquences</u>	11
---	----

3.1. Les modifications physiologiques visibles au cours de la grossesse	11
---	----

3.1.1. L'aménorrhée	11
---------------------	----

3.1.2. Troubles sympathiques de grossesse	11
---	----

3.1.3. Modifications cutanées	12
-------------------------------	----

3.1.4. Modifications des phanères	13
-----------------------------------	----

3.1.5. Modifications des organes génitaux et des seins	14
--	----

3.2. Les modifications physiologiques non visibles intervenant durant la grossesse	15
3.2.1. Modifications cardio-vasculaires	15
3.2.2. Modifications respiratoires	15
3.2.3. Modifications hématologiques	16
3.2.4. Modifications métaboliques et rénales	16
3.3. Les répercussions sur l'image du corps	16

2^{ème} PARTIE : L'ENQUETE

I. <u>L'enquête</u>	19
1.1. Le choix du thème	19
1.2. Les objectifs et les hypothèses	19
1.3. Matériel et méthode	20
1.3.1. Les moyens d'enquête	20
1.3.2. Le choix de l'échantillon	21
1.3.3. La réalisation de l'enquête	22
1.4. Les difficultés rencontrées	22
1.5. Tests statistiques	23
II. <u>Résultats</u>	24
2.1. Identification et antécédents	24
2.1.1. Age de la population	24
2.1.2. Origine géographique familiale	24
2.1.3. Temps de résidence en France pour les patientes d'ascendance étrangère	25
2.1.4. Indice de Masse corporelle des patientes	25
2.1.5. Evaluation personnelle de leur morphologie avant la grossesse	26
2.1.6. Importance accordée au corps	26
2.1.7. Attitude sportive avant la grossesse	27
2.1.8. Régime effectué avant la grossesse	27

2.1.9.	Pathologie et traitement pouvant modifier le corps	28
2.1.10.	Suivi thérapeutique avant et/ou pendant la grossesse	29
2.1.11.	Chirurgie esthétique	29
2.1.12.	Gestité des patientes	29
2.1.13.	Prise de poids en fonction du terme de la grossesse	30
2.1.14.	Régime effectué durant la grossesse	30
2.1.15.	Patientes ayant suivi la préparation à la naissance et à la parentalité	32
2.2.	Modifications corporelles pouvant apparaître durant la grossesse	33
2.2.1.	Modifications corporelles pouvant intervenir durant la grossesse	33
2.2.2.	Vécu de ces modifications corporelles	34
2.3.	Adaptation à la grossesse	35
2.3.1.	Information reçue par un professionnel sur les modifications corporelles et le vécu	35
2.3.2.	Recherche d'informations sur les modifications corporelles	37
2.3.3.	Conseils suivis pour pallier ces modifications et raisons	37
2.3.4.	Habitudes alimentaires pendant la grossesse	38
2.3.5.	Attrait vers les vêtements de grossesse	39
2.3.6.	Pratique d'un sport durant la grossesse	39
2.3.7.	Ressenti des femmes sur le sentiment d'attrance de leur conjoint à leur égard	40
2.3.8.	Modifications de la sexualité et son vécu	40
2.3.9.	Modifications du regard de l'entourage et vécu	41
2.3.10.	Modifications du regard des professionnels médicaux durant la grossesse et vécu	41
2.3.11.	Vécu du corps de femme enceinte	42

2.3.12.	Souhait des patientes d'en parler et à quel moment	43
2.3.13.	Morphologie souhaitée après l'accouchement et délai	45
2.3.14.	Type d'allaitement choisi et la raison	46
3^{ème} PARTIE : DISCUSSION ET PROPOSITIONS		48
<hr/>		
I.	<u>Discussion</u>	48
1.1.	Profil de notre population	48
1.2.	Les objectifs	49
1.2.1.	Premier objectif : « évaluer les modifications corporelles fréquentes durant la grossesse et les moins bien supportées »	49
1.2.2.	Deuxième objectif : « évaluer l'information reçue et connaître les attentes de ces femmes en matière d'information »	52
1.2.3.	Troisième objectif : «évaluer le nombre de femmes ne se sentant pas bien dans leur corps modifié et établir un profil »	55
II.	<u>Propositions d'actions</u>	57
2.1.	Le corps médical	57
2.2.	Support d'information écrit	59
CONCLUSION		60
<hr/>		
BIBLIOGRAPHIE		
ANNEXES		

GLOSSAIRE

HAS= Haute autorité en santé

SA= Semaine d'aménorrhée

IMC= Indice de masse corporelle

PNP= préparation à la naissance et à la parentalité

INED = Institut national d'études démographiques

INSEE= Institut national de la statistique et des études économiques

INTRODUCTION

Au cours des siècles, l'aspect physique a toujours été une préoccupation importante pour la femme. Par exemple, actuellement, notre société valorise la minceur, et renvoie une image négative de la femme ronde. Or, une femme enceinte a un corps qui se modifie sous de nombreux aspects, celle-ci peut le vivre difficilement.

Dans un argumentaire en 2005, la Haute Autorité en Santé avait établi, qu'il était important de tenir compte des changements physiques et affectifs durant la grossesse et d'accompagner cette adaptation. Y était précisé le rôle majeur de l'accompagnement à déployer pour favoriser un bon vécu de la grossesse, de la transformation du corps ainsi que des conséquences de la grossesse.

Notre questionnement en tant que future sage-femme a été le suivant : au regard de ces modifications corporelles survenant durant la grossesse, il s'agirait d'évaluer le nombre de femmes qui vivent difficilement ces changements, et se sentent mal dans ce nouveau corps. Car ne pas s'aimer enceinte peut avoir de nombreuses résonnances notamment sur le père, sur la mère, sur le couple, enfin sur l'enfant à venir.

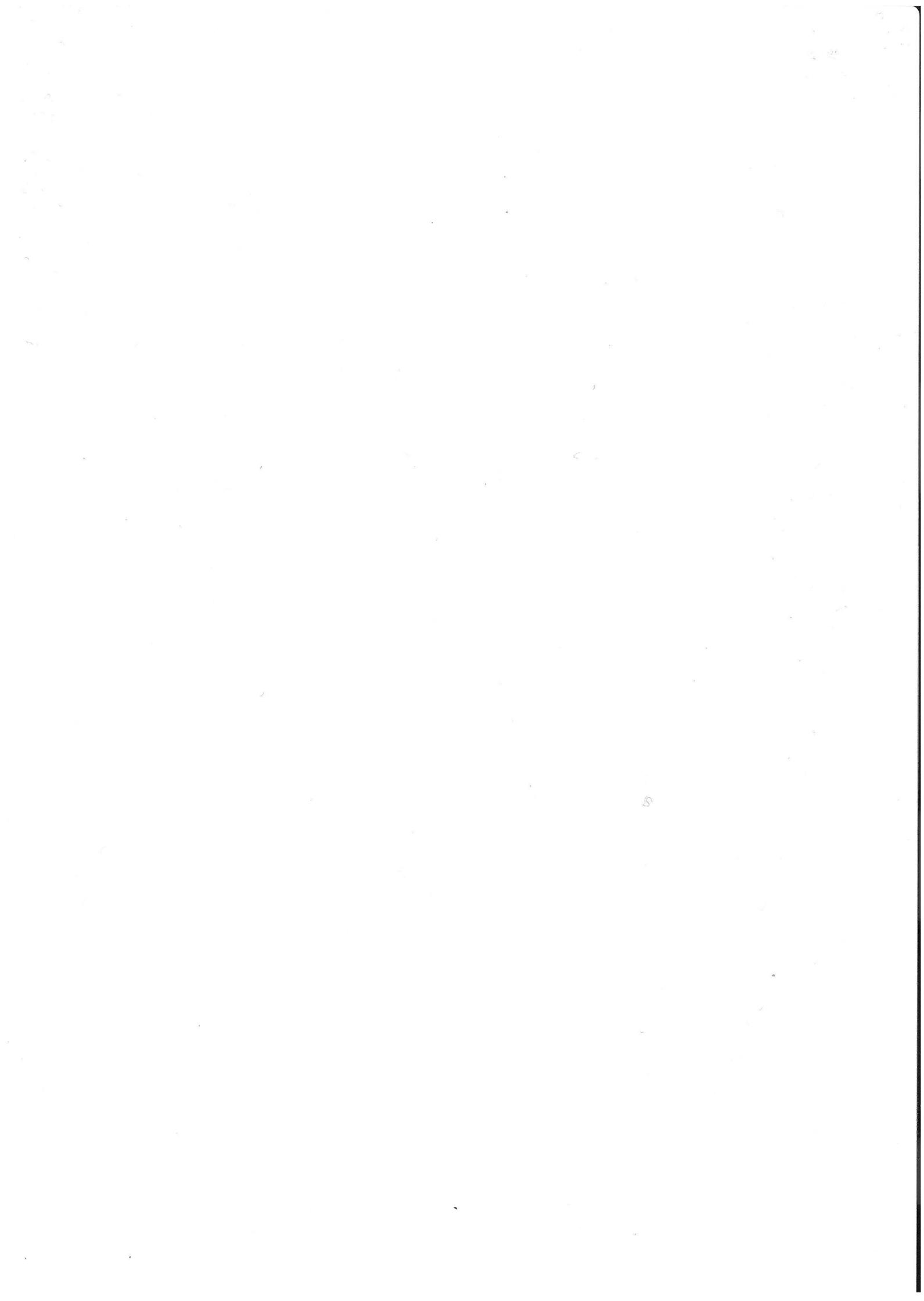
Nous avons tout d'abord réalisé une revue de la littérature selon trois grands axes. Nous avons commencé par évoquer un rappel historique de la représentation de la femme au cours des siècles. Puis, après un bref rappel sur le développement libidinal de la femme, nous avons étudié la psychologie de la grossesse centrant davantage le travail sur l'importance des modifications physiques. Enfin, nous avons rappelé les différentes modifications physiologiques, visibles ou non, intervenant pendant la grossesse et nous avons étudié leurs répercussions sur l'image du corps.

Ensuite, nous avons enquêté auprès de patientes primipares au troisième trimestre de leur grossesse, qui consultaient dans le service de gynécologie obstétrique du Professeur MARPEAU afin de connaître leurs modifications, leur vécu et leurs attentes. Nous vous exposerons la méthode et les résultats de cette étude.

Enfin, nous discuterons dans une troisième partie des résultats obtenus, et nous essayerons de préciser comment mieux répondre à l'attente des patientes.

Première partie

REVUE DE LA LITTERATURE



I. L'image du corps à travers les âges

Les femmes ont été représentées au cours des siècles et dans les différentes civilisations par différents moyens artistiques. Ces représentations nous permettent de comprendre l'évolution de la perception de la société par rapport au corps à différentes époques.

1.1 La Préhistoire (13, 29)

Les premières représentations retrouvées, datent de la préhistoire et plus précisément du paléolithique supérieur. Il s'agit de statuettes en argile, os, pierre, bois ou ivoire. Elles représentent des Vénus aux hanches larges, les seins pendants, les visages lisses et le plus souvent non représentés. Elles ont également de petites jambes, les pieds sont rarement présents. Nous pouvons penser que, le plus souvent, il s'agit de femmes enceintes, ce qui laisse imaginer que la fonction première de la femme à cette époque était la maternité.

La plus connue est la « Vénus de Willendorf ». Elle a été découverte en Autriche. Elle représente une femme nue debout. Ses bras sont posés sur de volumineux seins, ses fesses et ses hanches sont très développées. Les traits du visage sont relégués au second plan. Les experts pensent qu'elle représente l'idéal esthétique de l'époque et qu'elle est le symbole de la fécondité.

D'autres statuettes comparables ont été retrouvées telles que la Vénus de Lespugue et « La dame de Brassempouy » ou « Dame à la capuche ».

1.2 L'Antiquité (13, 30, 31)

L'art de la Grèce antique est un élément important de l'antiquité. Il a beaucoup influencé d'autres périodes, notamment l'art de la Rome antique.

Les statues peuvent encore témoigner de la perception que les hommes avaient de la femme. Les Grecs vouent un véritable culte au corps humain dans sa puissance et sa beauté.

Souvent, les représentations concernant des femmes presque nues symbolisent l'idéal esthétique. La Vénus de Milo découverte sur l'île de Milos datant du 2^{ème} siècle avant Jésus-Christ et dont l'artiste est inconnu en est l'exemple même. Elle dégage une puissante féminité laissant apparaître des seins moins volumineux qu'à la préhistoire. Son déhanché, ainsi que le drapé tombant sur ses hanches soulignent une taille relativement fine. Aucune rondeur n'est représentée sur ce corps.

La première représentation complète d'un corps nu est la déesse de Cnide réalisée par le sculpteur grec Praxitèle. Elle représente la déesse Aphrodite debout, nue. Le corps est épuré sans aucune rondeur.

Ces représentations dégagent une certaine sensualité. La fonction maternelle de la femme est absente.

1.3. Le Moyen Age (13,28)

Au moyen âge, l'art ayant une vocation quasi-exclusivement religieuse il n'existe pas de représentations de femmes nues ou montrant leurs attributs. Il faudra attendre la fin du quinzième siècle pour qu'un relâchement se produise. Ainsi verrons-nous apparaître les premières représentations de vierges allaitant leur enfant. Les femmes représentées sur les tableaux sont toujours très vêtues, cachant leurs formes, leurs corps. La fonction de la femme représentée à cette époque est encore la maternité.

1.4 Les Temps Modernes (13, 31)

La Renaissance va permettre de voir l'essor d'un nouveau courant artistique, traduisant ainsi l'évolution de la société, l'apparition de nus va faire comprendre la perception du corps.

Au début de cette période, les corps étaient représentés avec beaucoup d'adiposité, de rondeurs. Au fur et à mesure, elles seront remplacées par de la musculature.

« La naissance de Vénus » de Botticelli exprime bien la perception du corps. C'est une femme dont les proportions sont sans rondeurs. Elle est synonyme d'idéal féminin pour cette époque. La main cachant son sexe exprime encore une certaine

pudeur. Cependant, la femme est représentée d'une manière plus sensuelle que maternelle.

1.5 L'Epoque Contemporaine (13)

Le courant romantique du début de cette époque contemporaine nous permet d'apprécier de nombreux corps nus. Nous sommes dans la continuité de la période précédente.

Mais c'est en se rapprochant de l'époque actuelle qu'on se rend compte que la société valorise davantage la femme mince. Chacun peut voir des femmes maigres dans les magazines. Ces mannequins, sont le symbole de « la conception idéale » de la société.

Il apparaît alors un début de contradiction entre ce culte de la minceur et la réalité. Les modes de vie actuels et la difficulté à maîtriser un équilibre alimentaire concernent une part importante de la population. En effet, son évolution tend vers le surpoids, l'obésité. Parallèlement, notre société commence à réagir contre ces femmes trop maigres qui dérangent celles qui ont des formes. Ainsi, en Espagne, des mannequins ont été interdites de défilé car elles étaient trop maigres. Parallèlement, des publicités télévisées réalisées par des femmes rondes commencent à apparaître.

Comment les femmes enceintes peuvent-elles se sentir dans ce contexte, et trouver leur place dans ce paradoxe ?

II. Psychologie de la femme

2.1. Théorie sur le développement libidinal de la femme (3, 5, 6, 7, 8, 24)

La maternité ne peut pas être dissociée de la sexualité. Au cours de la grossesse, la notion de séduction est très importante. Pour qu'une femme se sente bien dans son corps au cours de la grossesse, il est important qu'elle se sente encore désirable pour son mari.

Le développement libidinal de la femme a fait l'objet de nombreuses recherches psychologiques au cours du temps. Il est relié au développement de la personnalité. C'est ainsi que plusieurs théories ont pu naître. En lisant S. FREUD, H.DEUTSCH et M.KLEIN, ou d'autres, nous nous apercevons que les différents courants de pensée sont assez éloignés les uns des autres.

Par exemple, Françoise DOLTO suppose que seule la grossesse pourrait permettre la résolution du conflit œdipien de l'enfance.

2.2. La psychologie de la grossesse

La grossesse constitue un événement majeur dans la vie des femmes : différents bouleversements physiques et psychiques surviennent. Décrire la psychologie de la grossesse est réducteur, car la grossesse est une expérience individuelle unique. Certaines caractéristiques se dégagent néanmoins. Ainsi peut-on diviser schématiquement la grossesse en trois moments qui correspondent aux trois trimestres de la grossesse. Il est important de parler de l'accouchement et des suites de couches qui sont dans son prolongement.

2.2.1 Le premier trimestre (6, 12, 14)

Le premier trimestre est caractérisé par l'annonce de la grossesse ainsi que par l'intervention des premières modifications de perception de l'image du corps. Le vécu de cette première étape est lié à l'histoire personnelle de la femme, à son rapport à son propre corps ainsi qu'à sa représentation du corps de sa mère.

Cette période de la grossesse est un moment où les futures mamans sont recentrées sur elles-mêmes. Elles sont enceintes. Il s'agit donc d'une période très narcissique.

Certaines femmes vont percevoir très tôt des modifications physiques, et leur corps va changer rapidement. D'autres, au contraire, mettront des semaines, voire des mois, à ressentir les premiers signes physiques de la grossesse.

Les modifications physiques sont très variables. Le début de grossesse peut également être caractérisé par des malaises tels que les nausées et vomissements ainsi que par une grande fatigue. On dit que ces maux sont d'origine somatique ou psychique. Les premières manifestations perçues vont être l'apparition d'une tension mammaire et d'une modification du goût.

Cette période de la grossesse n'est pas reconnue par certaines personnes de l'entourage familial et social. Elles ne peuvent alors reconnaître les femmes enceintes qu'à partir du moment où l'ampleur de leur ventre vient témoigner de leur état. Elles reconnaissent le ventre proéminent, signe qu'un enfant se développe.

Parfois, certaines femmes enceintes peuvent cacher leur état, d'autres, au contraire, désirent affirmer leur grossesse. C'est ainsi que certaines femmes vont avoir une prise de poids de 8 kilogrammes le premier mois et qu'à 3 mois elles donnent l'impression d'être enceintes de 6 mois.

Il s'agit donc d'une période d'incertitude avec un événement important qui est la déclaration de la grossesse entraînant ainsi une reconnaissance sociale. Ce qui était de l'ordre de l'intime devient reconnu, et est authentifié par le médecin ou la sage-femme. Certains pères peuvent se sentir à ce moment-là exclus. Pour eux, la reconnaissance sociale interviendra plus tard au moment de nommer l'enfant.

En ce début de grossesse, la femme peut éprouver un sentiment d'ambivalence car elles sont déchirées entre le désir et la hâte que les signes extérieurs montrent qu'elle

est enceinte et la peur de la déformation du corps, l'incertitude de la grossesse. Elle peut également être satisfaite d'être enceinte, mais peut avoir peur de ne pas en être capable. L'incertitude peut s'instaurer.

2.2.2. Le deuxième trimestre (6, 12, 14)

Ce trimestre est souvent considéré comme calme. Il est souvent décrit comme le meilleur moment de la grossesse. En effet, il est marqué dans la plupart des cas par la disparition des troubles physiques gênants, il précède la période où les femmes vont se sentir « lourdes », se mouvant de plus en plus difficilement. Elles ont cependant besoin d'être rassurées par l'entourage par rapport aux changements physiques qui s'opèrent tels que le ventre qui prend de l'ampleur.

A cette période, peuvent également apparaître des angoisses et des troubles du sommeil qui perdureront jusqu'au terme. Au fur et à mesure de l'avancement de la grossesse, des questions vont surgir et déclencher des inquiétudes. Celles-ci peuvent être tuées, par crainte de donner l'image d'une future mère stressée, angoissée.

La préparation à la naissance peut alors être un moment privilégié pour rassurer ces femmes qui pourront s'exprimer peut-être plus facilement auprès d'autres femmes dans la même situation. Le regard de la société, mais aussi de l'entourage, peut nuire, car il renvoie bien souvent que la grossesse est un moment idyllique, merveilleux et formidable !

Au deuxième trimestre, les femmes commencent à prendre conscience du fœtus. Les modifications corporelles donnent une réalité à l'enfant qui n'était jusqu'à présent qu'abstrait, et c'est ce qui permet de construire la représentation de l'enfant imaginaire. Elles peuvent vivre cette étape de différentes manières. Certaines vont le vivre d'une façon « banale » sans réfléchir, et d'autres vont interpréter les mouvements perçus. Elles pourront, par exemple, comprendre les différentes phases d'éveil et de sommeil du fœtus. Une cohabitation s'installe progressivement. Ainsi, entendre les bruits du cœur est très important. Ce moment est intense, car il permet d'authentifier la présence d'un bébé dans leur ventre.

2.2.3. Le troisième trimestre (6, 12, 14)

Ce trimestre apporte une nouvelle notion : celle de prématurité viable. L'inquiétude majeure est de mener la grossesse jusqu'au terme. Progressivement, les futures mères vont se concentrer sur l'accouchement.

Elles vont commencer à envisager puis à souhaiter la séparation d'avec le fœtus, car l'inconfort physique s'accroît, tout comme la fatigue et les troubles du sommeil.

Le ventre est devenu bien arrondi, et il est visible par tous. Le monde extérieur peut la considérer comme une « vraie femme enceinte » ! Certaines vont le vivre comme un vrai moment de plénitude, une fierté. Au contraire, d'autres vont le vivre comme une gêne. Les mouvements du bébé peuvent induire une déformation du ventre qui peut être plus ou moins bien vécue.

C'est à cette période que les difficultés sexuelles s'instaurent. Cela peut être dû au gros ventre ou à la peur de faire mal au bébé. Ce phénomène peut modifier les relations au sein du couple. Les femmes ont besoin d'être rassurées par leur mari, besoin d'entendre qu'elles sont attirantes pour se sentir bien dans leur corps.

D'un point de vue psychique vont commencer à apparaître diverses phobies concernant l'enfant et l'accouchement. Le comportement de l'entourage va être parfois rassurant, mais il peut aussi inquiéter et renforcer les phobies concernant les malformations physiques de l'enfant.

Les craintes autour de l'accouchement s'accumulent : peur de la péridurale, peur de perdre le contrôle de la situation, peur de la douleur, de l'accouchement, peur de la césarienne, peur de mourir... La préparation à la naissance, mais aussi les discussions avec les professionnels vont permettre de rassurer ces femmes, mais aussi de partager leurs angoisses et de diminuer leur sentiment d'isolement.

La préoccupation maternelle primaire se développe durant les dernières semaines. Il s'agit d'une période de transparence psychique, état psychique d'hypersensibilité permettant à la mère d'accueillir son bébé en lui étant complètement réceptive. La représentation maternelle, et donc la relation entre la mère, et sa propre mère prennent à ce moment une importance considérable, influençant le vécu de la grossesse.

Il s'agit d'un moment de vulnérabilité, d'hypersensibilité. A travers ces différentes modifications corporelles, le désir et la peur d'accoucher s'instaurent.

2.2.4. L'accouchement (6, 12, 14)

Lors de l'accouchement, la femme est face à un dilemme. Entre d'un côté la tradition judéo-chrétienne « tu accoucheras dans la douleur » de l'autre les progrès médicaux permettant de ne pas souffrir. Les femmes perdent leurs repères d'identification à leur propre mère dans ce processus identitaire fort. En acceptant de ne pas souffrir, elles se retrouvent éloignées de ce que leur mère a vécu. Là encore, les femmes sont confrontées à un paradoxe.

Parallèlement à l'essor de la présence de l'analgésie péridurale, nous pouvons remarquer que les hommes sont davantage présents en salles de naissance. Le spectacle de la souffrance peut renvoyer la notion de culpabilité au père. Par la présence du futur papa, l'accouchement est devenu une histoire de couple.

L'accouchement survient de manière inattendue, imprévisible et nous n'en connaissons pas l'issue. De ce fait, les femmes peuvent avoir la sensation de n'avoir aucun contrôle de la situation. Cela peut être anxiogène, et d'autant plus lorsque la dilatation du col de l'utérus est longue. Or cette inquiétude s'ajoute à toutes celles qui se sont accumulées durant la grossesse.

Au moment de l'expulsion, moment physique intense, le bébé va naître, il est une personne. Le nouveau-né va émettre un cri, qui est très attendu car il est le témoignage de sa bonne santé. Puis le cordon ombilical est coupé. C'est alors que commence la vie avec le bébé par cette séparation mère-fœtus. Le corps qui s'était préparé, modifié pour ce bébé à venir, n'est plus le nid de cet enfant. La justification de ces transformations n'est plus dans le ventre mais dans les bras.

Lorsque l'accouchement par césarienne s'impose, une grande déception de « ne pas avoir réussi à accoucher normalement » peut apparaître. Cependant, la césarienne prévue a un avantage certain comparé à la césarienne en urgence. Elle permet de préparer la femme à cet accouchement qui est alors relativement bien vécu. Il n'en est pas de même pour la césarienne en urgence où il n'y a pas de temps de préparation, et la

future maman peut le vivre de manière difficile, voire traumatique, développant le sentiment de ne pas être capable d'accoucher.

Immédiatement après avoir accouché, les femmes constatent que leur ventre n'est plus aussi imposant mais qu'il n'a pas retrouvé sa forme antérieure à la grossesse.

2.2.5. Le post partum (6, 12, 14)

Les femmes sont dans un état de grande fragilité psychique. Désormais, le bébé est né, elles n'ont pas retrouvé leur corps d'avant. Ce nouveau corps se rapproche de celui de leur mère, et elles n'auront plus jamais leur corps de jeune fille. Elles devront apprendre à l'aimer. De plus, elles s'imaginent souvent qu'une fois l'enfant né, elles retrouveront leurs formes initiales et pourront aussi remettre leurs tenues de « jeune fille ». Elles prennent conscience elles-mêmes des changements, tels que la peau un peu distendue, une fermeté un peu moindre et certains plis qui n'existaient pas. Cela peut être parfois d'autant plus difficile à vivre que ce bouleversement intervient dans le cadre hospitalier. D'autres femmes au contraire, pourront être déçues de ne plus avoir ce ventre rond, et devront faire le deuil de la grossesse. Toutefois, les femmes sont éloignées de leur corps par la préoccupation maternelle primaire.

Elles peuvent se sentir également décentrées. En effet, durant la grossesse, elles faisaient l'objet de toutes les attentions. C'est maintenant c'est leur bébé qui est devenu le centre. De plus, elles doivent apprendre à s'occuper de lui.

Après la naissance va se mettre en place l'allaitement. Les femmes n'aimant pas leur corps, et plus particulièrement leur poitrine, pourront avoir du mal à donner le sein. Il est nécessaire de se découvrir la poitrine. Le rôle de l'équipe est encore important car celle-ci peut l'accompagner et la soutenir dans son choix. Certaines femmes désirent allaiter et rencontrent quelques difficultés. Cela peut être vécu de façon douloureuse. Le soutien est là encore très important de la part de l'équipe, car l'immixtion familiale peut être source d'anxiété. D'autres femmes ne souhaitent pas allaiter et par diverses pressions, familiales ou non, tentent d'allaiter. L'image du sein, de l'augmentation de son volume durant la grossesse, peut étonner certaines femmes et les « bloquer » face à l'allaitement. Lorsque la femme allaite et que se produit la montée de lait, la poitrine très volumineuse et douloureuse peut conduire certaines femmes à arrêter l'allaitement.

Un autre facteur important est l'ambivalence entre sexualité et maternité. En effet, pour certaines personnes, le sein a une image sexuelle plus que maternelle. L'allaitement n'est alors pas possible. Dans ce cas, l'allaitement peut être tiraillé entre le désir d'allaiter et le désir de faire plaisir à son mari.

Entre le troisième et le cinquième jour, une déprime du post-partum peut survenir nommée : « baby blues ». Elle apparaît chez environ la moitié des accouchées. Ce sont une capacité à pleurer facilement, une hyperémotivité, un sentiment d'incapacité. Elle est attribuée au bouleversement hormonal des suites de couches. Elle est plus fréquente chez les primipares, et surtout chez celles qui ont présenté des troubles émotionnels durant la grossesse. Un baby blues sévère peut entraîner une dépression maternelle souvent minimisée par les mères.

III. Les modifications physiologiques intervenant durant la grossesse et leurs conséquences

3.1. Les modifications physiologiques visibles au cours de la grossesse

3.1.1. L'aménorrhée (10)

Il s'agit en général du premier signe de grossesse. Il permet à la patiente d'envisager la survenue d'une grossesse en dehors de tout autre contexte pathologique.

3.1.2. Troubles sympathiques de grossesse (10,11)

Certaines femmes ne vont jamais aussi bien se porter qu'enceintes. Au contraire, d'autres présentent des troubles à des degrés différents.

- Les troubles digestifs sont les plus fréquents.

Il est important de relever que, pendant la grossesse, l'activité sécrétoire de l'estomac est diminuée et l'acidité gastrique est ainsi réduite. Cela entraîne une diminution de la capacité de mobilisation gastrique associée au relâchement des fibres lisses du cardia favorisant le pyrosis ou le reflux gastro-œsophagien.

Les nausées surviennent souvent par intermittence. Elles sont à l'origine d'un état de malaise dont les symptômes peuvent être une perte de poids, une très grande fatigue aussi bien physique que morale.

Les vomissements apparaissent souvent tôt le matin à jeun ou après les repas. Les nausées et vomissements disparaissent très souvent à partir du 4^{ème} mois.

Les sialorrhées sont très gênantes pour les femmes, car elles peuvent amener celles-ci à cracher. Elles disparaissent généralement vers le 5^{ème} mois.

Une modification de l'appétit est souvent observée. Les femmes enceintes ont une consommation d'aliments qui peut être très augmentée. Nous pouvons également observer une modification des goûts alimentaires.

De même, il existe une atonie du grêle et du colon pouvant expliquer la constipation souvent présente durant la grossesse. En effet, la progestérone a un effet relaxant sur les cellules des muscles lisses. Ainsi la mobilité du tractus intestinal et la vitesse du transit sont réduites, favorisant l'absorption intestinale.

- Les troubles urinaires tels que la pollakiurie sont fréquents et gênants.
- D'autres symptômes sont observables tels que l'irritabilité, l'émotivité, la fatigue, la somnolence...

3.1.3. Modifications cutanées (10, 21, 22)

Durant la grossesse, il existe différentes modifications cutanées liées à l'imprégnation hormonale.

Très souvent, une hyper pigmentation est observable dans différentes régions du corps. Ainsi, elle peut apparaître au niveau des seins, des aisselles, de la face interne de

la cuisse, ainsi qu'au niveau de la ligne brune abdominale. Cette hyperpigmentation diminue après l'accouchement, mais peut persister quelques mois.

Un mélasma (appelé également masque de grossesse) peut apparaître à partir du 3^{ème} mois de la grossesse. Il s'agit de taches brunes qui vont apparaître sur le front, le nez, la lèvre supérieure, le menton, les joues. Il apparaît le plus souvent chez les femmes à la peau mate, et durant les périodes ensoleillées. En effet, le soleil favorise son apparition et son développement. Il n'existe pas de traitement, mais une prévention est possible, qui consiste à éviter le soleil, à s'en protéger en mettant de la crème protectrice écran total par exemple.

On peut observer une modification des tissus conjonctifs. C'est ainsi que peuvent apparaître des vergetures, qui sont de petites déchirures du tissu sous-cutané quand il est trop infiltré, au niveau des seins, des cuisses et au niveau de l'abdomen. Elles sont favorisées généralement quand la prise de poids est importante car il se produit un étirement exagéré des fibres. Elles sont d'abord violacées et, avec le temps, elles vont devenir blanc nacré. Une fois présentes, elles ne disparaissent pas mais s'atténuent. Elles apparaissent quand la quantité de collagène est insuffisante et qu'il est de moins bonne qualité. Il n'existe pas de traitement, mais elles font l'objet d'un marché important de crèmes anti-vergetures.

Des modifications vasculaires peuvent entraîner l'apparition sur la peau d'angiomes stellaires au niveau du cou, de la face et du thorax. Ce sont de petites taches rouges de forme arborescente qui disparaissent lors d'une pression des doigts. La présence d'érythèmes palmaires est également visible. Ces deux modifications disparaissent après l'accouchement. Des varicosités ou varices peuvent apparaître et sont également liées aux modifications vasculaires. Il s'agit de dilatations, étirements et tortuosités des veines superficielles des membres inférieurs.

3.1.4. Modifications des phanères (10, 21, 22)

Pendant la grossesse, la pousse des ongles est accélérée. Ils peuvent être plus brillants mais aussi plus cassants et cela dépend des femmes.

Quant aux cheveux, ils sont généralement plus souples et brillent davantage. En revanche pour d'autres femmes, ils peuvent devenir plus gras et ternes. Dans le post-

partum, on peut constater que les cheveux sont plus cassants, ternes. Secondairement, une chute physiologique est possible. La repousse se fait spontanément en quelques semaines.

Parfois, le système pileux peut se développer fortement, et une hypertrichose discrète peut être observée. Elle est néanmoins régressive.

3.1.5. Modifications des organes génitaux et des seins (10, 11, 21, 22)

Les modifications mammaires sont les plus visibles et apparaissent dès le début de la grossesse.

La glande commence par augmenter de volume en vue d'un éventuel allaitement. Les seins vont alors se développer, et une tension mammaire importante ainsi qu'une pesanteur vont apparaître. Ils deviennent souvent durs, lourds et sensibles.

Le réseau de Haller se dessine sous la peau. Il s'agit de l'apparition d'un réseau veineux superficiel anastomosé.

La pigmentation de l'aréole s'accroît, elle s'œdématise légèrement donnant l'impression, en vue de profil, de bomber. On observe une hypertrophie des tubercules de Montgomery qui augmentent donc de volume.

Les mamelons peuvent grossir et changer de couleur. Ils fonceront et seront de plus en plus sensibles.

En fin de grossesse, il peut s'écouler un peu de liquide jaunâtre : le colostrum.

La vulve peut parfois se pigmenter. Elle gonfle durant la grossesse, et peut être le siège de varices. Celles-ci sont souvent asymptomatiques. Il s'agit de dilatations bleutées, molles, bien dépressibles sous le doigt, sans point douloureux. Il n'existe pas de traitement curatif. Les femmes n'osent pas en parler par pudeur.

3.2. Les modifications physiologiques non visibles intervenant durant la grossesse.

3.2.1. Modifications cardio-vasculaires (10, 11)

Du fait du développement de l'utérus gravide, le cœur va subir différentes modifications, comme par exemple, une augmentation du débit cardiaque pouvant entraîner une augmentation de la fréquence cardiaque ainsi qu'une baisse des résistances artérielles périphériques pouvant avoir des répercussions physiques.

Les varices et l'œdème des membres inférieurs sont dus à une vasodilatation veineuse et à une augmentation de l'irrigation veineuse périphérique du fait de la compression aortico-cave par l'utérus gravide. Les mains moites et la peau chaude en sont également une conséquence.

L'utérus gravide peut entraîner une compression aortico-cave lorsque la femme enceinte est en position de décubitus dorsal. Cette compression entraîne alors une chute massive de la pression artérielle et une sensation de malaise. Il faut donc inciter les futures mères à se reposer dans d'autres positions, bien que cela puisse être compliqué du fait de la difficulté de mouvement.

3.2.2. Modifications respiratoires (10, 11)

Durant la grossesse, la consommation d'oxygène va être un peu plus élevée, une baisse de la concentration en CO₂ peut également être observée. Ces modifications sont dues au fait que le volume courant augmente et que le volume expiratoire diminue. La femme enceinte va donc augmenter sa ventilation en respirant plus profondément et moins rapidement.

Il va donc y avoir une modification des échanges gazeux, avec notamment une réduction des transferts gazeux ainsi qu'une diminution du taux d'hémoglobine. Cela a pour conséquences un risque supérieur d'hypoxie materno-fœtale ainsi qu'une diffusion rapide des gaz anesthésiques.

3.2.3. Modifications hématologiques (10, 11)

Au cours de la grossesse, un essoufflement peut être remarqué par les femmes enceintes. Il est dû, entre autres, à l'augmentation du volume sanguin. Le volume globulaire augmente, toutefois moins que le volume plasmatique qui augmente significativement. Le nombre d'érythrocytes diminue en raison de l'hémodilution. Ainsi, le taux d'hémoglobine s'abaisse ainsi que le taux d'hématocrite. Cette anémie peut être plus ou moins bien tolérée et pouvant ainsi provoquer un essoufflement.

3.2.4. Modifications métaboliques et rénales (10, 11)

La fonction rénale est modifiée par la grossesse. Sur le plan anatomique, une dilatation des bassinets et des uretères est observable.

Le débit sanguin rénal est augmenté dès le début de la grossesse. A l'approche du terme, il cesse d'augmenter du fait de la compression de la veine cave inférieure en décubitus dorsal par l'utérus gravide.

3.3. Les répercussions sur l'image du corps (12, 14, 24, 25)

Dès le début de la grossesse, les femmes accordent une grande importance à la représentation de leur corps. Celui-ci est d'autant plus l'objet du regard des autres, et principalement des autres femmes, qu'il se modifie de façon importante.

Les premières modifications du corps peuvent être vécues comme une expérience déstabilisante, angoissante et même comme l'annonce de modifications plus importantes qui vont menacer leur propre image. Par exemple, une femme attachée à sa « ligne » pourrait craindre de grossir. C'est ainsi que différentes hantises de la déformation peuvent apparaître.

En revanche, l'expérience peut être positive pour certaines. C'est ainsi que les femmes qui rêvent d'avoir une plus grosse poitrine sont ravies de voir leurs seins augmenter de volume.

Chaque femme réagit de façon variable et d'un extrême à l'autre, soit en aimant ce corps qui se modifie, soit en le détestant !

Une angoisse peut être présente. Il s'agit de la peur de ne pas retrouver leur corps initial après l'accouchement, et qu'il soit « marqué » par la grossesse. Anne QUIENART, pense que cela est dû à un conflit entre, d'une part l'image de la maternité, d'autre part la perte de l'identité du corps qu'elles ont acquise au fur et à mesure des années. Elles auraient peur de la dégradation corporelle (12).

En effet, un corps qui se modifie lors d'une grossesse est aussi un corps qui se rapproche de celui de la mère. Il s'agit donc d'un corps « vieillissant ». La grossesse et plus précisément ses modifications physiques peuvent donc engendrer une peur de vieillir. Mais, une grossesse engendre également un changement de statut, car la femme enceinte s'apprête à devenir mère et sa propre mère à devenir grand-mère. Elle pousse ainsi sa mère vers la vieillesse.

Le regard de l'homme est alors extrêmement important, car il va soit accentuer l'insatisfaction de ce corps, soit au contraire la contrebalancer. En effet, l'homme ne reste pas indifférent à ces modifications. Il réagit à ces changements. Quel que soit son sentiment, il exprimera des réactions qui auront un effet sur la femme. Elle peut vivre le recul de son mari/conjoint comme un rejet d'elle-même ou de son enfant. On pourra ainsi observer des couples qui n'arrivent plus à fonctionner durant la grossesse. Il ne peut plus l'honorer du fait des modifications physiques qui le « bloquent » et elle s'enferme dans sa grossesse se laissant grossir souvent avec excès comme si elle n'existait plus que comme femme enceinte et future mère.

Le non-dit est souvent très présent dans leurs ressentis face à ces bouleversements physiques de la part des conjoints, et l'absence de sexualité est souvent justifiée par des « raisons médicales ». Le discours médical reste important et devrait être développé afin de rassurer ces couples.

Le regard sur le corps est aussi influencé par la société. Par exemple, la hâte d'avoir un gros ventre traduit l'envie que l'état de grossesse soit reconnu par la société. Les femmes ont peur que la société les prenne pour des « femmes grasses », et non pour des femmes enceintes.

D'après Myriam SZEJER et Richard STEWART, on peut penser que les femmes qui ne ressentent aucune modification physique, même après la confirmation de la grossesse, sont dans une forme de déni. Elles ne parviennent pas à être enceintes dans

leur corps. Certaines pourront aller à terme, sans changer, ou peu leur ligne d'autres deviendront « enceintes » plus tard (14).

Le corps qui se modifie durant une grossesse va devenir une source d'attention de l'entourage. Certaines femmes seront satisfaites que l'image de leur corps suscite autant d'attention. En revanche, d'autres pourront être « étouffées » par le fait de ne plus être qu'un corps modifié par la grossesse.

Les répercussions de ce corps en modification sont donc variées, et elles sont fonction de différents facteurs que sont l'entourage et sa propre représentation de soi, du vécu de son corps. Le développement psychologique de la grossesse et les modifications corporelles sont donc très lié et dépassent de simples considérations esthétiques.

Deuxième partie

L'ENQUETE

I. L'enquête

1.1. Choix du thème

Au cours des stages, nous avons pu rencontrer des femmes qui se sentaient mal dans leur corps de femme enceinte. Nous avons remarqué que ce thème des modifications corporelles était très peu abordé en consultation. Or, si quelques femmes osent en parler, d'autres peuvent se taire.

De surcroît, en menant nos recherches bibliographiques, nous nous sommes rendu compte que c'était un sujet peu traité. Seules deux thèses ont pu être recensées. Elles s'intéressaient au corps pendant la grossesse, toutes les deux étaient anciennes.

Nous avons donc voulu mesurer l'ampleur actuelle de ce phénomène.

1.2. Les objectifs et les hypothèses

Nos objectifs sont :

- Etablir un profil de patientes qui ne se sentent pas bien dans leur corps de femme enceinte.
- Connaître les modifications les plus fréquentes et les moins bien supportées.
- Evaluer l'information reçue durant la grossesse.
- Quantifier le nombre de femmes qui ne se sentent pas bien dans leur corps ainsi que celles qui en parlent aux professionnels
- Connaître leurs attentes à propos de l'information reçue.

Nos hypothèses sont donc :

- Les patientes qui acceptent difficilement ce nouveau corps en modification perpétuelle et qui « gèrent » mal cette contradiction entre la société qui renvoie une image d'une grossesse épanouissante et le fait qu'elles peuvent se sentir mal dans leur corps sont plus nombreuses qu'on ne le croit.

- Ces femmes qui n'acceptent pas ce corps n'osent pas en parler lors des consultations avec la sage-femme ou avec le médecin.

Le but de cette étude est d'évaluer les difficultés pour les femmes enceintes d'accepter « un corps qui se modifie » durant la grossesse afin d'élaborer une proposition d'information pour ces femmes.

1.3. Matériel et méthode

1.3.1. Les moyens d'enquête

Nous avons choisi comme support pour notre étude un questionnaire (annexe I) destiné aux patientes. Il comporte 41 questions réparties en 3 parties. Une note explicative, précède ce questionnaire précisant notre démarche ainsi que son caractère anonyme.

La première partie intitulée « identification et antécédents » a pour but d'établir le profil des patientes interrogées. Nous nous sommes intéressées, à l'âge, à l'origine géographique de la famille, au temps de résidence en France pour les femmes d'origine étrangère. Nous leur avons demandé leur taille ainsi que leur poids avant la grossesse afin de pouvoir calculer l'indice de masse corporelle (Annexe II). Elles ont donné leur sentiment à propos de leur morphologie et de l'importance qu'elles accordent à l'image de leur corps. Nous avons voulu connaître leur attitude vis-à-vis du sport avant la grossesse. Il nous paraissait important de savoir si la patiente avait déjà suivi des régimes avant cette grossesse, dans quelles conditions (seule ou avec l'aide d'un professionnel), et à quelle fréquence. La présence éventuelle d'une pathologie ou la prise d'un traitement pouvant interférer avec les modifications corporelles nous semblait être un point important à connaître. Il en est de même pour un suivi thérapeutique avec un psychologue ou un psychiatre. Nous nous sommes intéressées à celles qui auraient pu avoir recours à la chirurgie esthétique. Enfin, nous leur avons demandé la date d'accouchement prévue afin de calculer leur terme, ainsi que leur prise de poids. Une question les interrogeait sur un éventuel régime durant la grossesse, les conditions et les raisons. Nous avons voulu connaître la proportion de femmes effectuant la préparation à la naissance et à la parentalité.

La deuxième partie intitulée « modifications corporelles pouvant apparaître au cours de la grossesse » permet d'identifier les modifications corporelles que les patientes ont pu observer. Nous avons énuméré l'ensemble des modifications pouvant apparaître, durant la grossesse, et pour chacune d'entre elles la patiente signalait si elle était présente ou non. Si la modification était constatée par la patiente, elle devait cocher le sentiment qu'elle ressentait.

La troisième partie intitulée « adaptation à la grossesse » s'intéresse au vécu des femmes face aux modifications corporelles engendrées par la grossesse. Nous avons voulu connaître la proportion de femmes ayant reçu une information concernant les modifications corporelles ainsi que leur vécu. Puis, le pourcentage de femmes ayant recherché spontanément de l'information et par quels moyens. Nous leur avons demandé quels conseils elles avaient suivis et pourquoi. Nous nous sommes intéressées aux habitudes alimentaires prises pendant la grossesse, l'attirance qu'elles ressentaient à l'idée de porter des vêtements de grossesse, et à la pratique sportive une fois enceintes. Nous pensions également qu'il était important de connaître le ressenti des femmes concernant le sentiment d'attirance de leur conjoint à leur égard, ainsi que la modification de leur sexualité. Nous nous sommes interrogées sur leurs impressions concernant le regard de l'entourage, du personnel médical et leur vécu. Enfin, nous leur avons demandé si elles se sentaient bien dans leur corps de femme enceinte, et si ce n'était pas le cas, elles devaient préciser si elles en avaient parlé à un professionnel. Une question ouverte leur demandait si elles souhaitaient que ce soit abordé durant la grossesse et à quel moment. Puis, elles devaient préciser la silhouette souhaitée après l'accouchement, et le temps qu'elles espéraient pour y arriver. Nous les avons interrogées sur le mode d'allaitement qu'elles avaient choisi ainsi que sur le motif.

1.3.2. Le choix de l'échantillon

Nous avons choisi d'enquêter auprès de femmes exclusivement primipares au troisième trimestre de leur grossesse. Nous avons choisi la primiparité, cette population n'ayant pas l'expérience de grossesses antérieures ayant entraîné une modification du corps. Les questionnaires étaient remis lorsqu'elles se présentaient dans le service de consultation, quel qu'en était le motif, après leur avoir demandé leur parité et le terme de leur grossesse. Le but de l'étude leur a été expliqué avant la remise du questionnaire afin d'obtenir leur accord. Deux patientes ont refusé d'y répondre.

Certaines patientes étaient exclues de l'étude :

- Les femmes ne parlant pas ou ne comprenant pas le français.
- Les femmes enceintes de grossesse multiple.

1.3.3. La réalisation de l'enquête

Une enquête prospective et unicentrique dans le service de gynécologie obstétrique du Professeur MARPEAU au Centre Hospitalier Universitaire de Rouen a été réalisée afin de vérifier nos hypothèses.

La distribution des questionnaires a été autorisée par la sage-femme cadre supérieur, et par la sage-femme cadre de l'unité de consultations obstétricales.

La distribution et la récupération des questionnaires se sont déroulées : du 28 octobre 2009 au 8 janvier 2010.

Sur 164 questionnaires distribués, 136 ont été complétés. Le taux de participation est de 82,9%, ce qui reflète l'intérêt des femmes pour ce sujet d'étude.

Parmi ceux-ci, 2 questionnaires n'ont pas pu être exploités, en raison de l'insuffisance des questions remplies. Au total, notre étude a porté sur 134 questionnaires.

1.4. Les difficultés rencontrées et les limites de l'étude

La première difficulté rencontrée fut la réalisation du questionnaire. En effet, le thème de l'apparence peut être un sujet difficile à entendre pour certaines femmes. La formulation des questions ne devait pas être brutale.

La seconde difficulté fut le temps passé en consultations à recueillir le nombre nécessaire de questionnaires compte tenu de la population choisie. La période de recueil fut prolongée de 3 semaines afin d'en obtenir un nombre suffisant.

Les limites de notre étude sont les suivantes :

- Notre échantillon est relativement petit. En effet, nous disposons de 134 questionnaires. Il ne reflète pas complètement la population générale.

- Notre enquête est unicentrique ; il aurait été intéressant d'élargir avec d'autres maternités de la région.

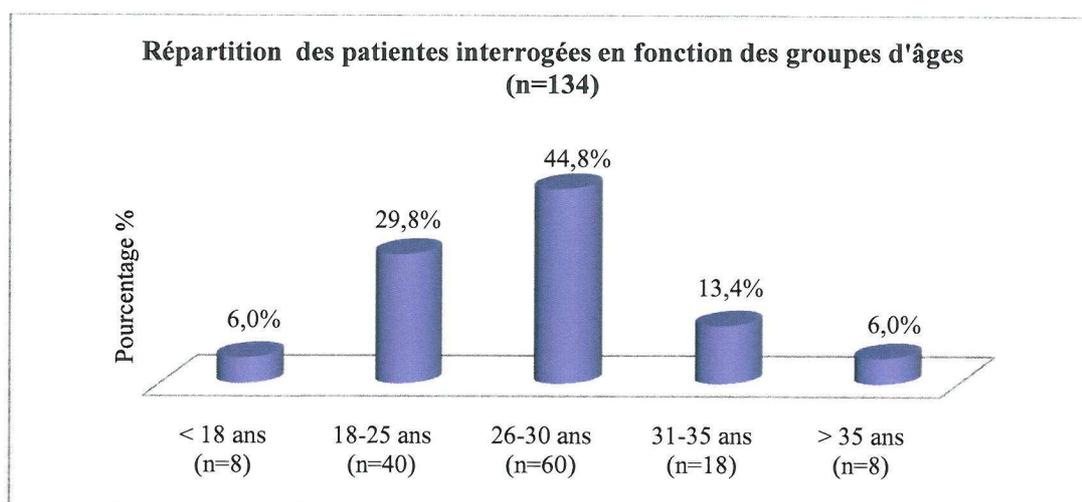
1.5. Tests statistiques

Toutes les données ont été saisies dans le logiciel EXCEL de microsoft. Les différents tests statistiques utilisés pour l'analyse comparative de nos résultats sont les tests du Chi 2 et de Fischer. Le seuil de significativité a été retenu pour $p < 0,05$.

II. Résultats

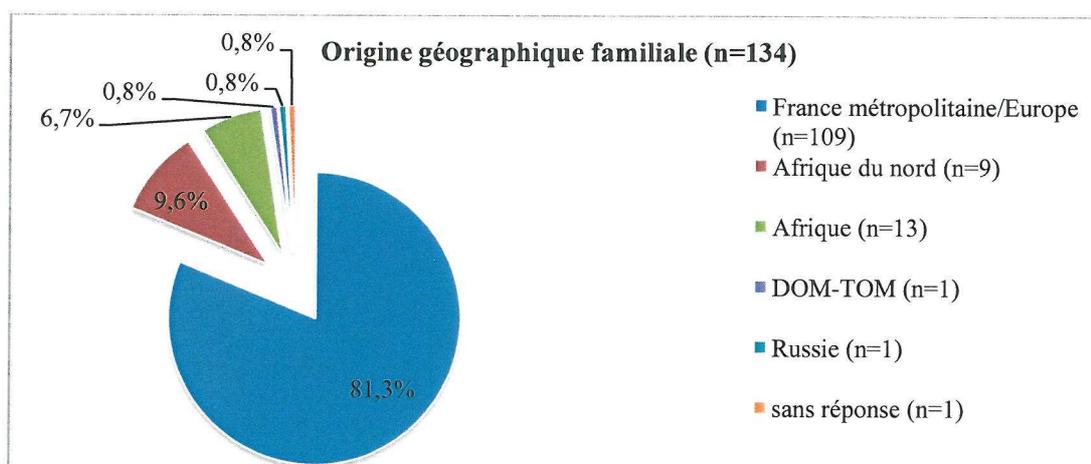
2.1. Identification et antécédents

2.1.1. Age de la population



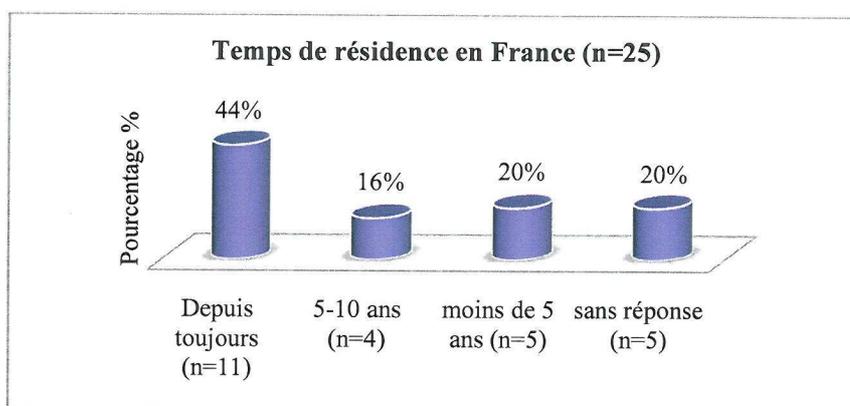
Sur 134 patientes interrogées, nous constatons que 74,6% ont entre 18 et 30 ans, soit 100 femmes sur 134. L'âge minimum est de 14 ans, le maximum est de 41 ans. La moyenne est de 26,5 ans.

2.1.2. Origine géographique familiale



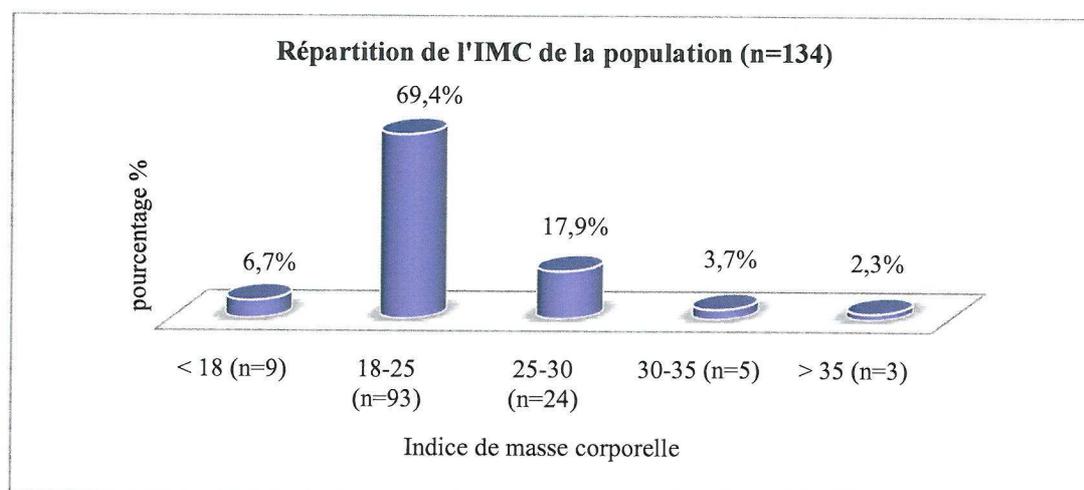
81,3% de la population interrogée est d'origine française métropolitaine soit 109 patientes sur 134.

2.1.3. Temps de résidence en France pour les patientes d'origine d'ascendance étrangère.



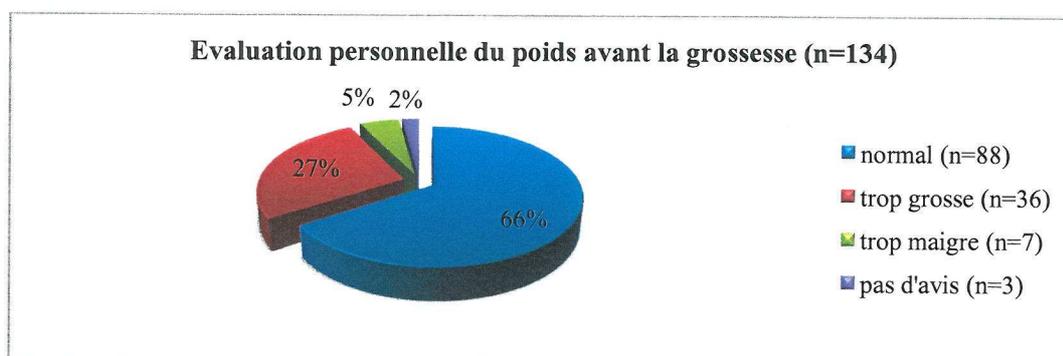
Dans la population d'ascendance étrangère, 44% des femmes habitent depuis toujours en France, soit 11 femmes sur 25. Cinq femmes n'ont pas précisé depuis quand elles résidaient en France.

2.1.4. Indice de Masse corporelle des patientes



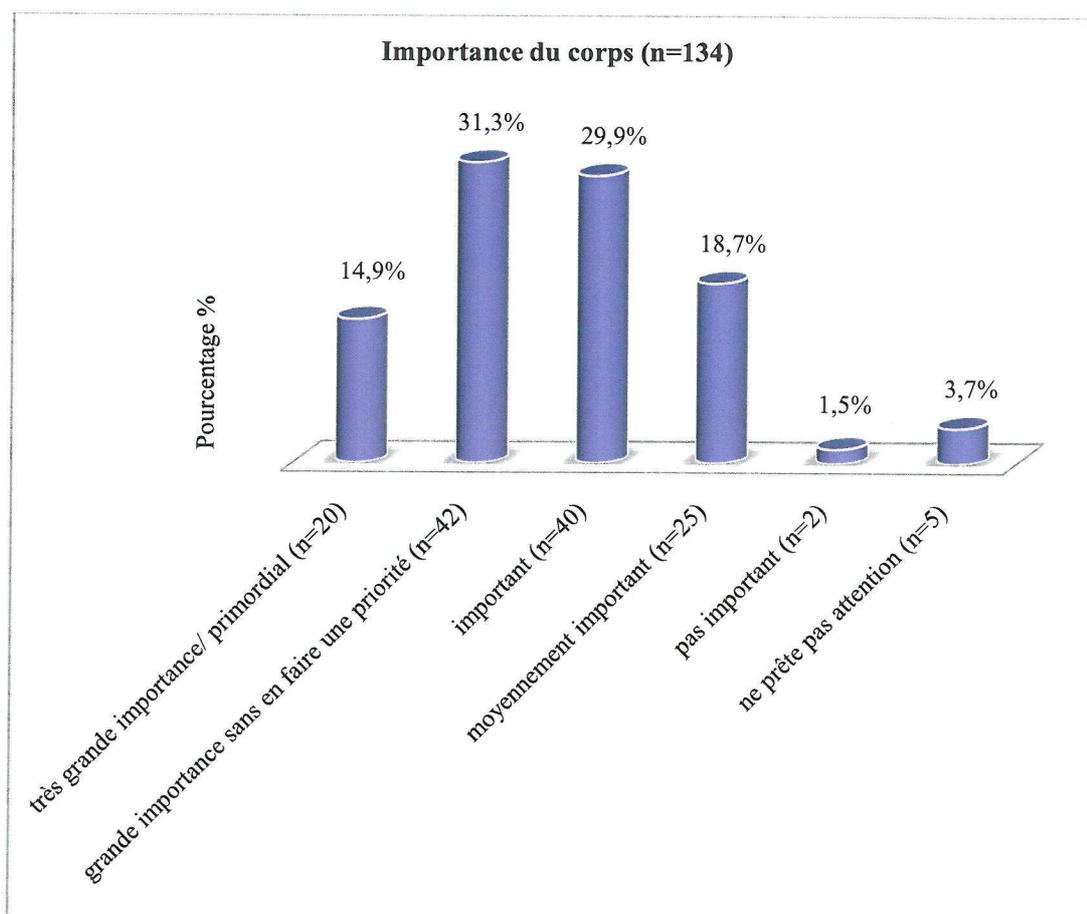
69,4% de notre population possèdent un indice de masse corporelle normal se situant entre 18-25, soit l'équivalent de 93 patientes sur 134. L'IMC minimal est de 16,1, soit de poids insuffisant et l'IMC maximal est de 49 soit en état d'obésité morbide. La moyenne est égale à 22,7.

2.1.5. Evaluation personnelle de leur morphologie avant la grossesse



66% des patientes se trouvent de poids normal avant la grossesse, soit 88 patientes sur 134. Trois patientes n'ont pas répondu.

2.1.6. Importance accordée au corps

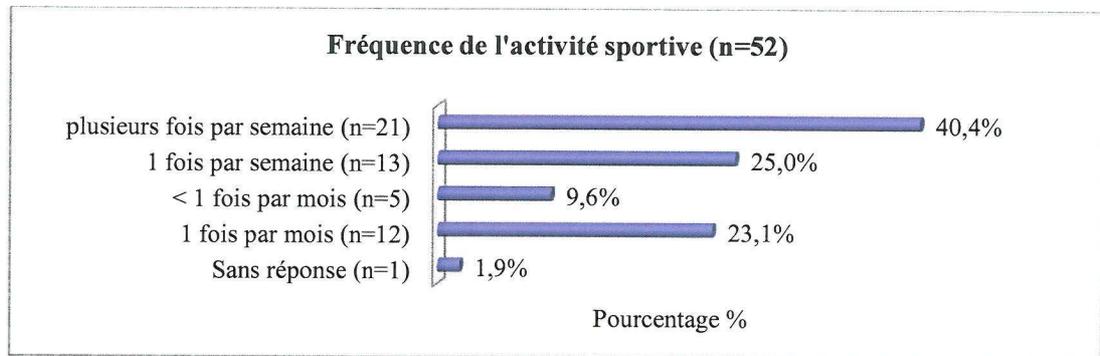


Parmi les femmes interrogées, 76,1% accordent de l'importance à leur corps, soit 102 femmes sur 134.

2.1.7. Attitude sportive avant la grossesse

Parmi 134 patientes, 52 pratiquaient du sport avant la grossesse soit 38,8%

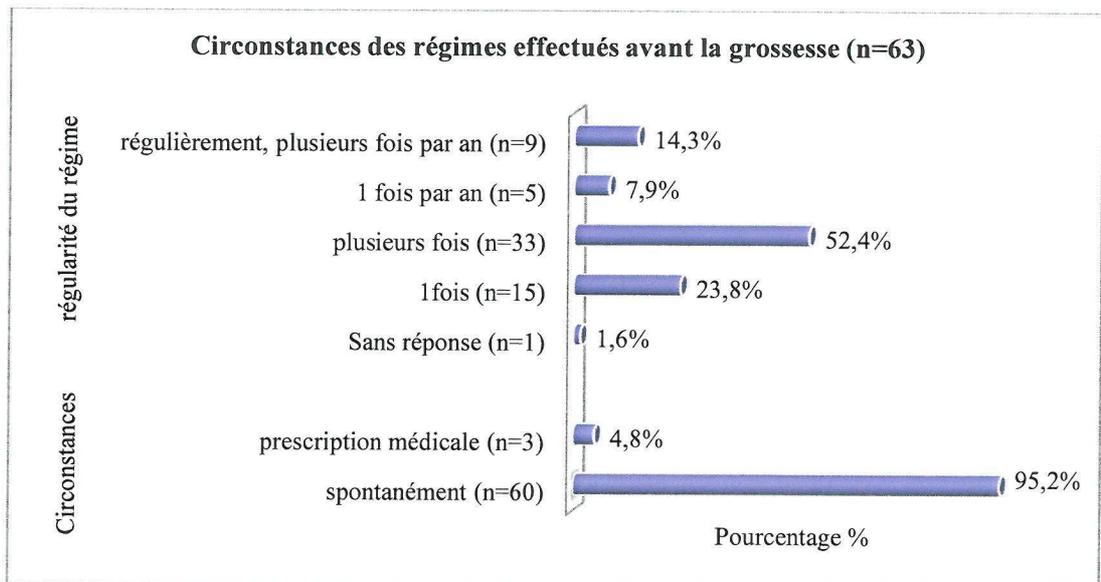
La fréquence de l'activité sportive est répartie de la manière suivante :



2.1.8. Régime effectué avant la grossesse.

63 patientes interrogées sur 134 disent avoir suivi un ou des régimes soit 47% de la population.

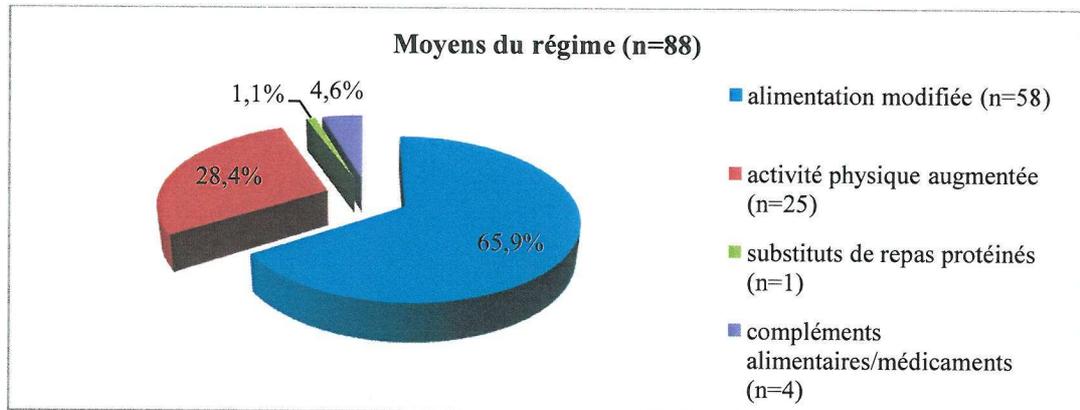
La répartition des circonstances et du nombre de régimes effectués dans la population ayant déjà effectué un régime est la suivante :



95,2% de la population effectuent des régimes de manière spontanée, ce qui représente 60 femmes sur 63 interrogées.

74,6% des 63 femmes interrogées soit 47 ont effectué un régime plusieurs fois.

La répartition des moyens utilisés pour effectuer ces régimes est la suivante :



La façon d'effectuer un régime, est dans 65,9% des cas de modifier l'alimentation. Il s'agissait d'une réponse à choix multiple, ce qui explique le fait qu'il y ait eu 88 réponses sur 58 questionnaires récoltés.

Parmi les 19 personnes ayant eu recours à un professionnel, 2 ont vu des nutritionnistes, 13 des diététiciens, 4 personnes n'ont pas répondu.

2.1.9. Pathologies et traitements pouvant modifier le corps.

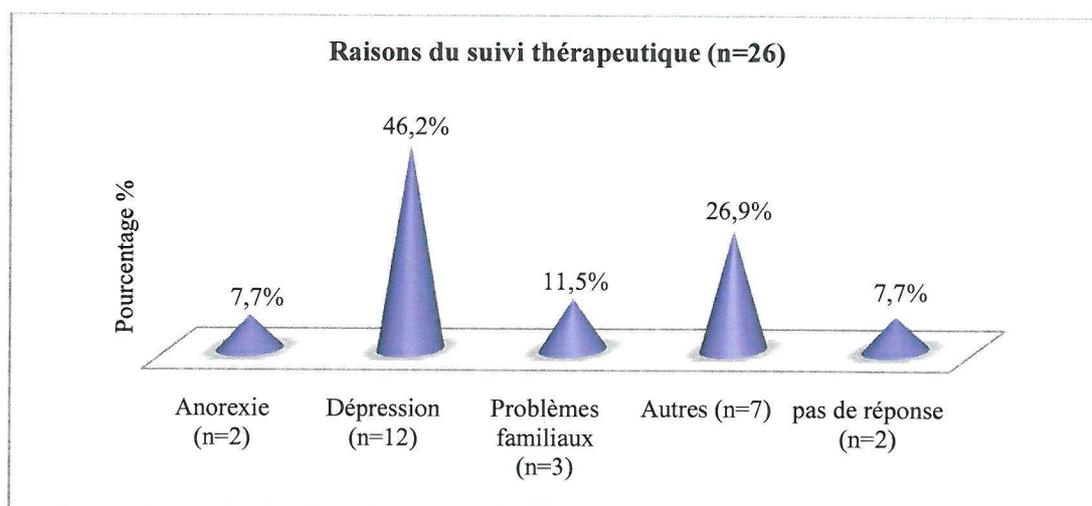
Parmi les 134 femmes interrogées, seulement 3 patientes sont atteintes d'une maladie pouvant interférer avec leur poids. Il s'agit de diabète insulino-dépendant. Cela représente 2,2%.

2 patientes ont un traitement pouvant induire une prise de poids. Il s'agit de Séroplex® et de Xyzall® utilisés respectivement dans le cadre de dépression et d'allergies.

2.1.10. Suivi thérapeutique avant et/ou pendant la grossesse

Un suivi par un thérapeute (psychologue ou psychiatre) est réalisé pour 26 patientes sur 134, soit pour 19%.

Les raisons du suivi thérapeutique sont les suivantes :



12 patientes sur 26, sont ou ont été suivies, pour une dépression. 2 patientes ont souffert d'anorexie dans leur passé. Cet antécédent n'a pas de conséquences sur le vécu des modifications.

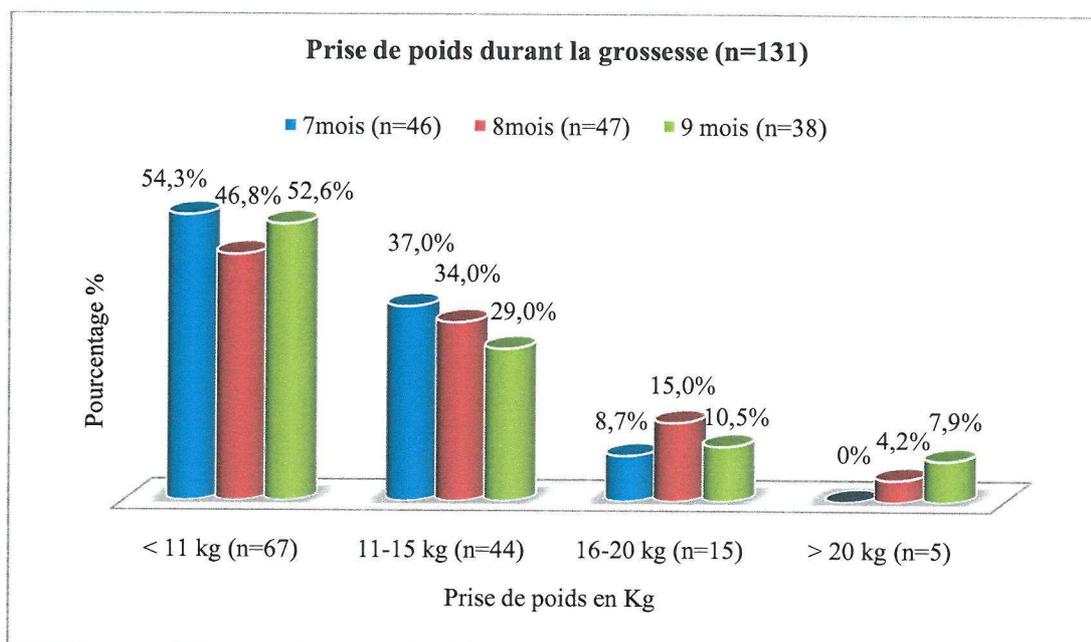
2.1.11. Chirurgie esthétique

Dans notre population de 134 femmes, 3 ont subi des interventions chirurgicales qui ont modifié leur apparence physique. Il s'agit de liposuccion, d'une réparation de fente labio-palatine, et d'une greffe osseuse avec mise en place d'appareillage.

2.1.12. Gestité des patientes

Pour 3% de notre population de 134 primipares, il ne s'agissait pas d'une première grossesse. N'étaient pas précisées les circonstances de l'arrêt des précédentes grossesses.

2.1.13. Prise de poids en fonction du terme de la grossesse



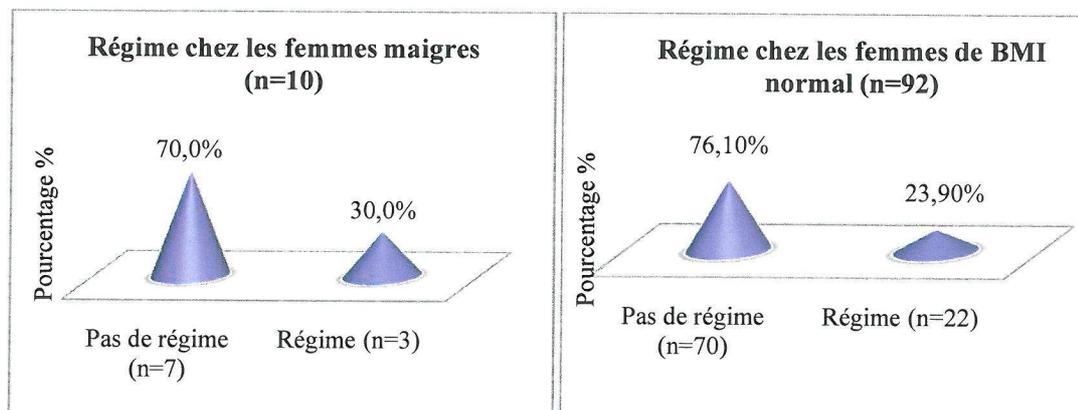
La prise de poids inférieure à 15 kg durant la grossesse constitue une majorité : 111 patientes sur 131 durant le 3^{ème} trimestre. La différence n'est pas significative car « $p = 0,613$ ». Il est important de relever que 45,7% des femmes enceintes au 7^{ème} mois ont une prise de poids supérieure à 11kg.

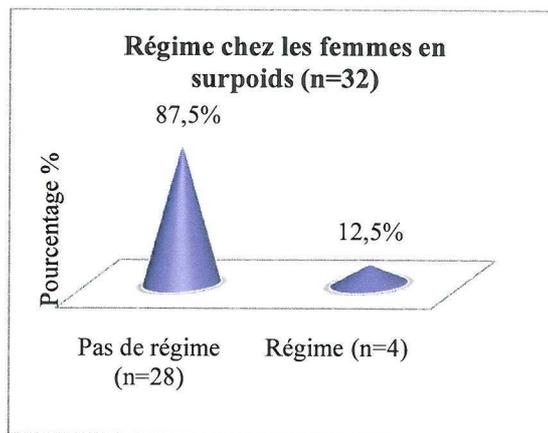
3 patientes n'ont pas précisé leur prise de poids.

2.1.14. Régime effectué durant la grossesse.

Seulement 29 patientes sur 134 ont effectué un régime. Cela représente un pourcentage de 21,6%.

La répartition des régimes effectués pendant la grossesse en fonction des IMC est la suivante :

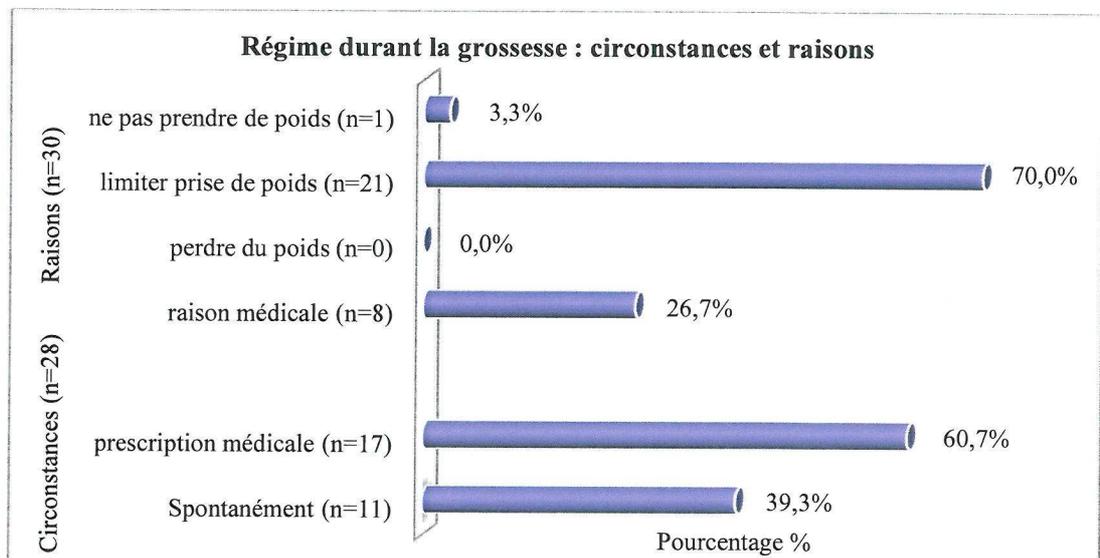




- Chez les femmes en « surpoids », le pourcentage est le plus bas : 12,5%.
- Pour le groupe des femmes maigres, il est le plus élevé : 30%
- 23,9% des femmes d'IMC normal ont effectué un régime.

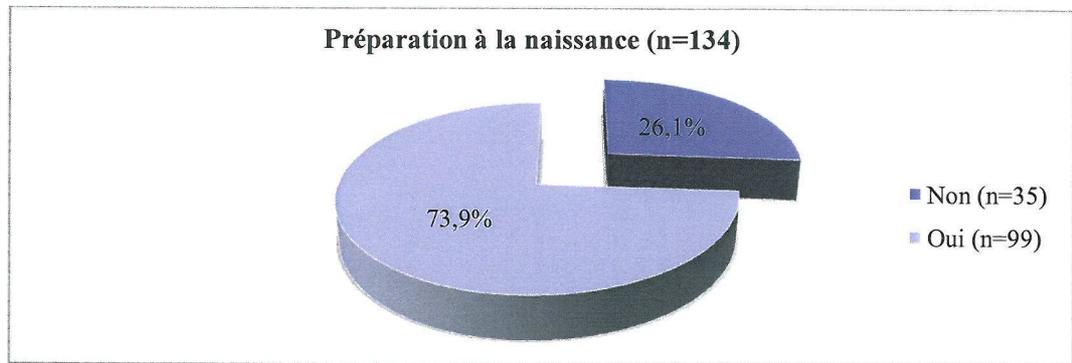
Cependant, il n'existe pas de différence significative entre le BMI et un régime effectué pendant la grossesse, « p » étant supérieur à 0,05 dans tous les cas.

La répartition des circonstances et des raisons de ce régime est la suivante :



17 patientes sur 29 ont effectué un régime sur prescription médicale, soit l'équivalent de 60,7%, et il est effectué dans 70% des cas afin de limiter la prise de poids.

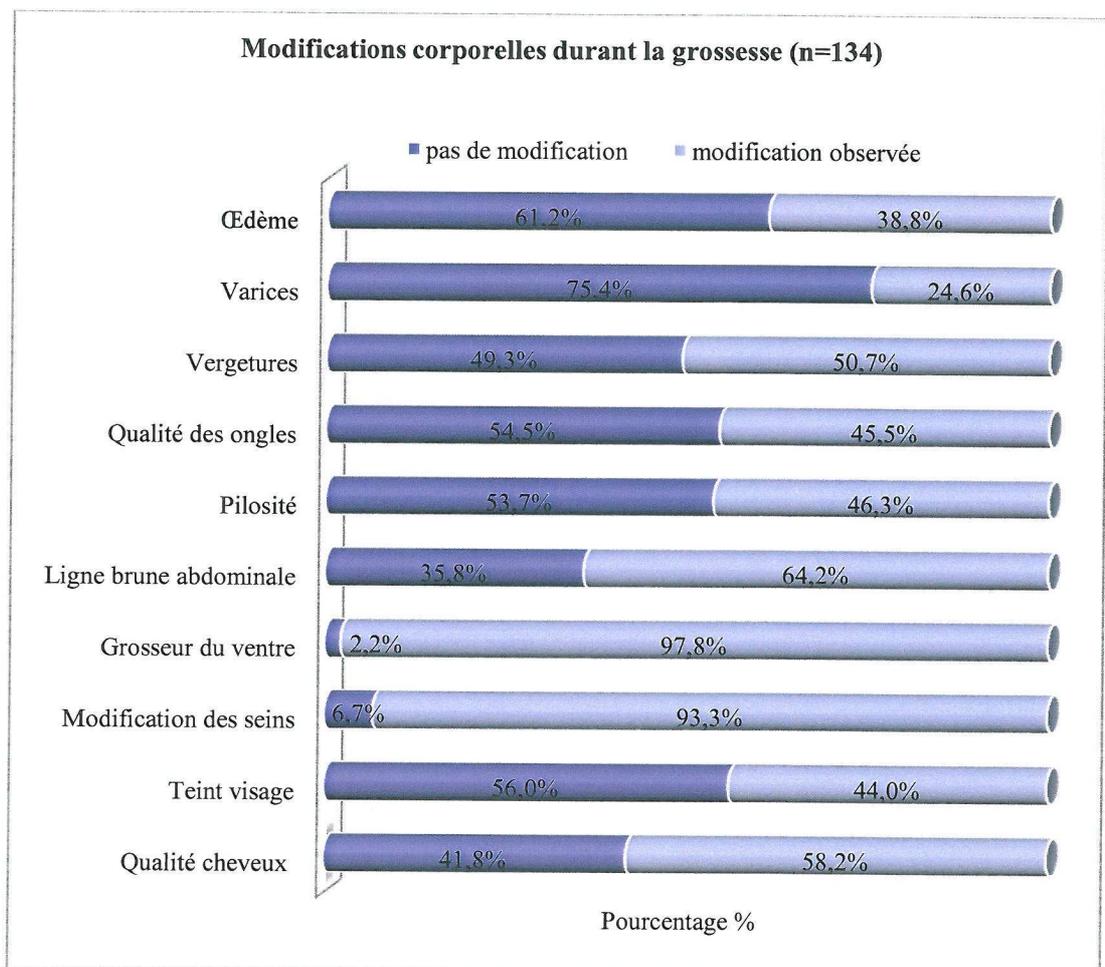
2.1.15. Patientes ayant suivi la préparation à la naissance et à la parentalité



La préparation à la naissance est suivie par 99 femmes sur 134 interrogées.

2.2. Modifications corporelles pouvant apparaître durant la grossesse

2.1.1. Modifications corporelles pouvant survenir durant la grossesse



Au cours de la grossesse, la modification physique la moins observée est l'apparition de varices (24,6%) et celle qui est la plus observée est l'augmentation de la taille du ventre (97,3%). Plus de la moitié des patientes ont observé l'apparition de vergetures, et d'une ligne brune abdominale, une modification des seins et de la qualité des cheveux.

2.2.2. Vécu de ces modifications corporelles

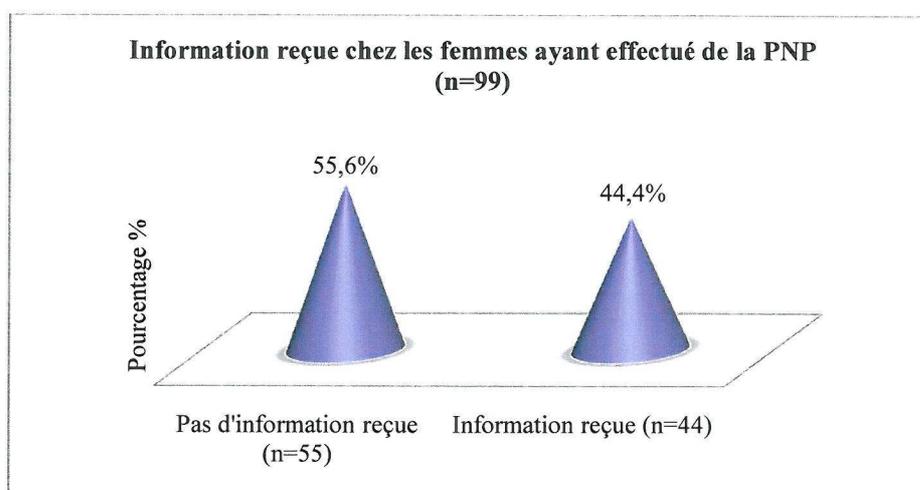
	Je m'estime heureuse	Je suis satisfaite	Je n'ai pas d'idée particulière	Je n'apprécie pas mais je peux le supporter	Je ne supporte pas
Qualité des cheveux	32,1%	34,6%	7,7%	20,5%	5,1%
Teint du visage	22,0%	37,3%	18,6%	17,0%	5,1%
Seins	20,0%	32%	17,6%	23,2%	7,2%
Grosseur du ventre	34,3%	42%	9,2%	10,7%	3,8%
Ligne brune abdominale	16,2%	19,8%	47,7%	12,8%	3,5%
Pilosité	16,1%	17,7%	17,7%	42,0%	6,5%
Qualité des ongles	31,2%	42,6%	9,8%	13,1%	3,3%
Vergetures	14,7%	16,2%	5,9%	26,4%	36,8%
Varices	15,2%	21,2%	9,1%	33,3%	21,2%
Œdème jambes/chevilles	11,5%	5,8%	13,5%	48,1%	21,1%

Les modifications les moins bien vécues sont l'apparition d'œdème des membres inférieurs, de vergetures et une pilosité plus abondante.

2.3. Adaptation à la grossesse

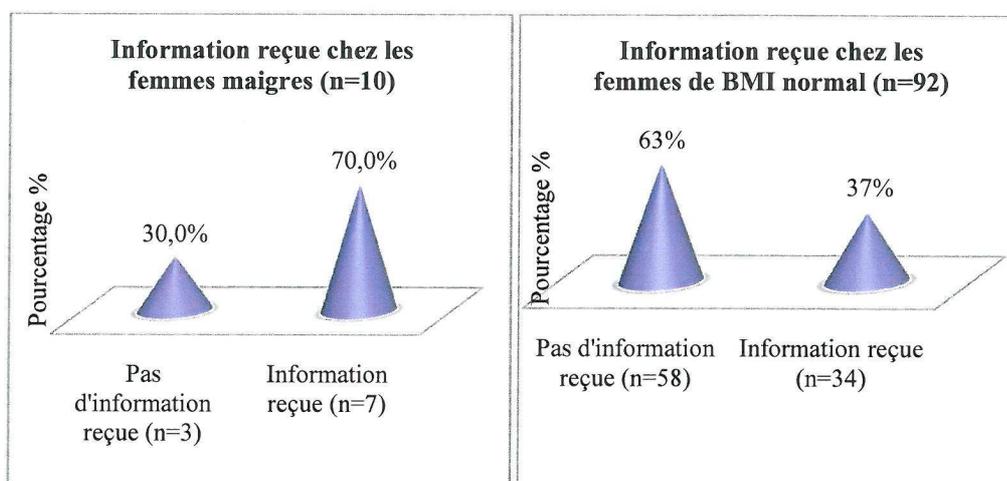
2.3.1. Information délivrée par un professionnel sur les modifications corporelles et le vécu.

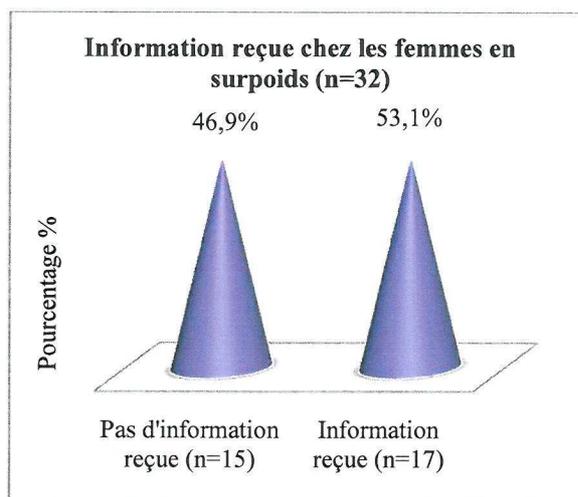
44% des patientes soit 59 femmes ont reçu une information sur les modifications corporelles apparaissant pendant la grossesse.



Le taux de femmes informées en PNP est semblable 44,4%, « p » étant supérieur à 0,05 la différence n'est pas significative.

La répartition de l'information reçue en fonction de l'IMC est la suivante :





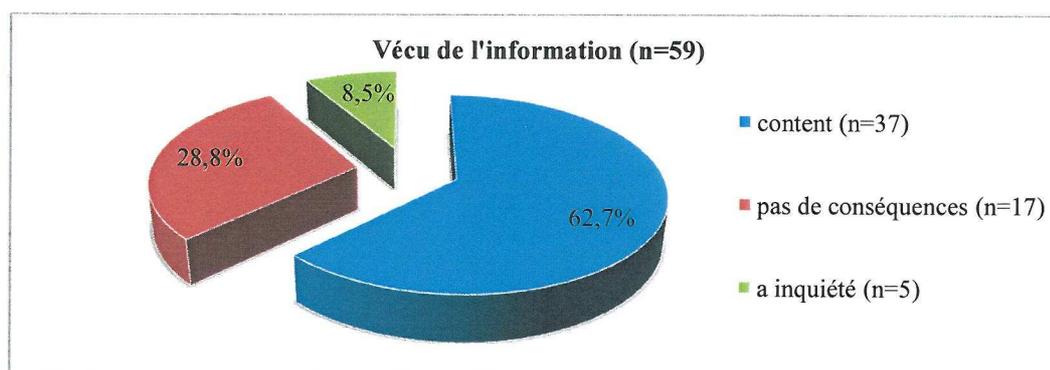
Les patientes ayant été le plus informées sont celles qui étaient « maigres » avant la grossesse, en effet, 70% ont reçu une information.

53% l'ont été chez les femmes « en surpoids ».

Le pourcentage le plus bas concerne les patientes « d'IMC normal », elles n'ont été que 37% à avoir reçu une information.

Cependant, il n'existe pas de différence significative entre les femmes maigres et en surpoids, « p » étant supérieur à 0,05. En revanche, les femmes d'IMC normal ont reçu significativement moins d'informations. En effet, « p = 0,039 ».

Cette information peut être perçue de différentes manières. En voici la répartition:

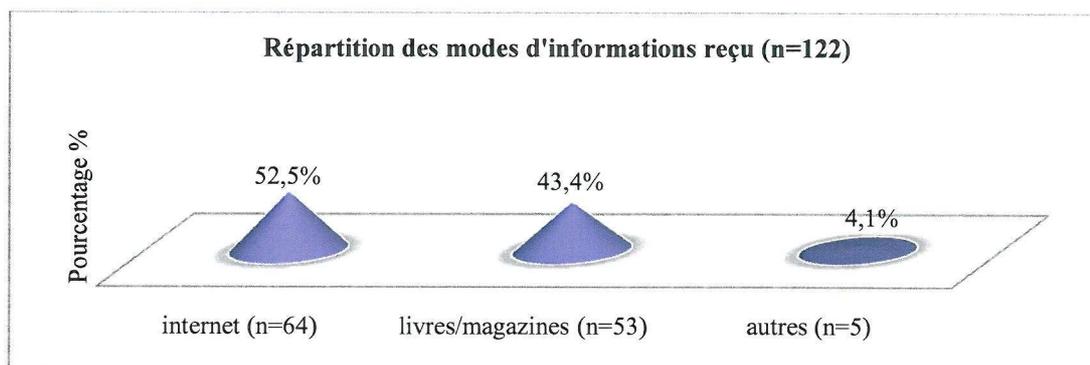


La majorité des femmes interrogées ayant reçu les informations, soit 37 femmes sur 59, en ont été satisfaites.

2.3.2. Recherche d'informations sur les modifications corporelles

86 des patientes interrogées sur l'ensemble de la population, soit 64%, ont recherché des informations par elles-mêmes sur les modifications corporelles.

Les ressources utilisées pour les recherches sont les suivantes :

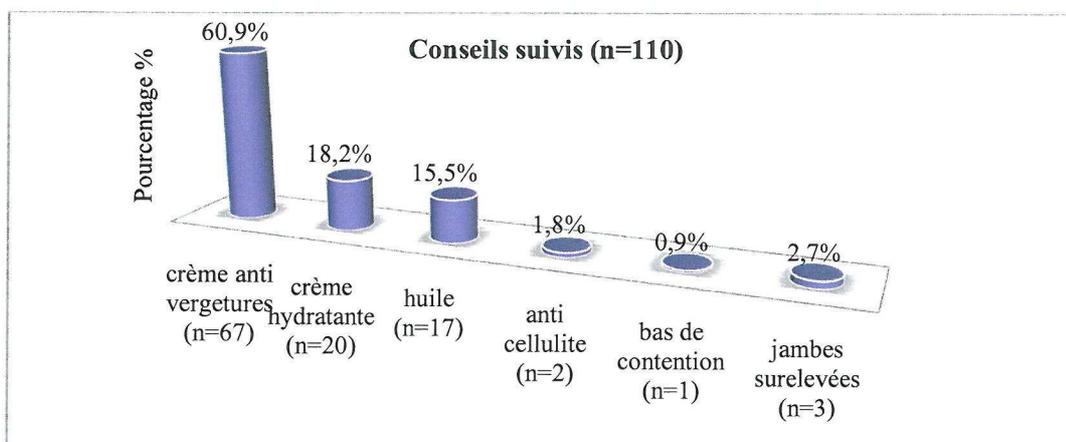


Le principal mode d'information est Internet. Les autres ressources citées, après les livres et magazines sont la télévision, la famille et les amis.

2.3.3. Conseils suivis pour pallier ces modifications et raisons

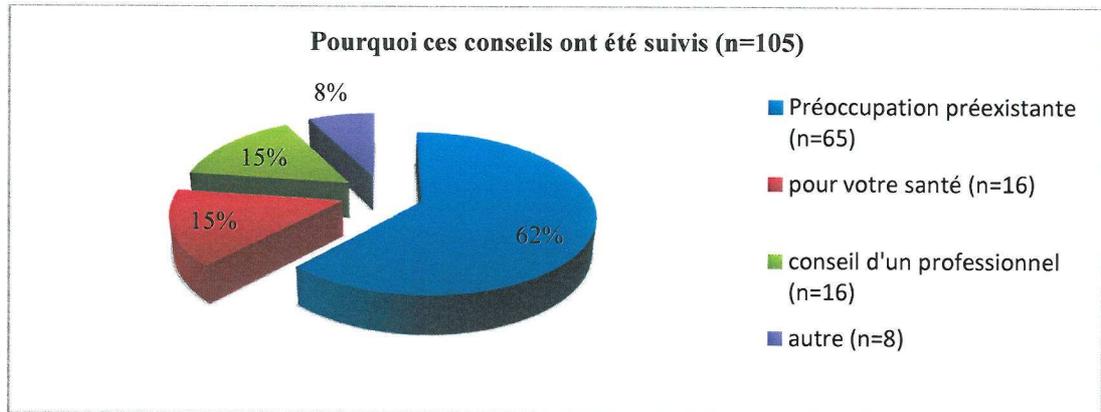
Dans notre population de 134 patientes, 110 ont suivi différents conseils ce qui représente 71%.

Les différents conseils suivis sont les suivants :



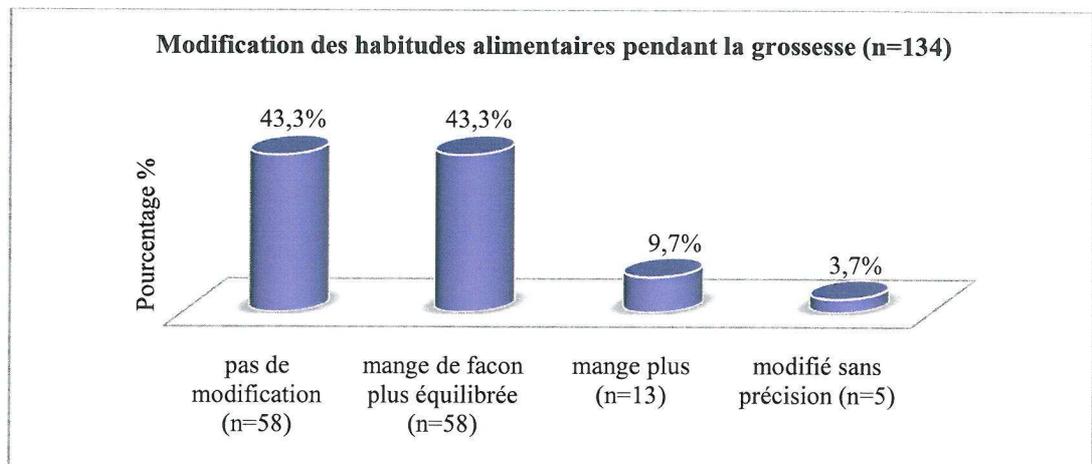
Les principaux conseils suivis sont destinés à la peau. La crème anti-vergeture est utilisée pour 60,9% des femmes soit 67, sur 110.

La répartition des raisons qui ont poussé ces femmes à suivre ces conseils est la suivante :



Ces conseils ont été suivis par 62% des patientes, car ce type de modification les préoccupait déjà avant la grossesse.

2.3.4. Habitudes alimentaires pendant la grossesse



76 patientes sur les 134 interrogées ont modifié leur comportement alimentaire au cours de la grossesse.

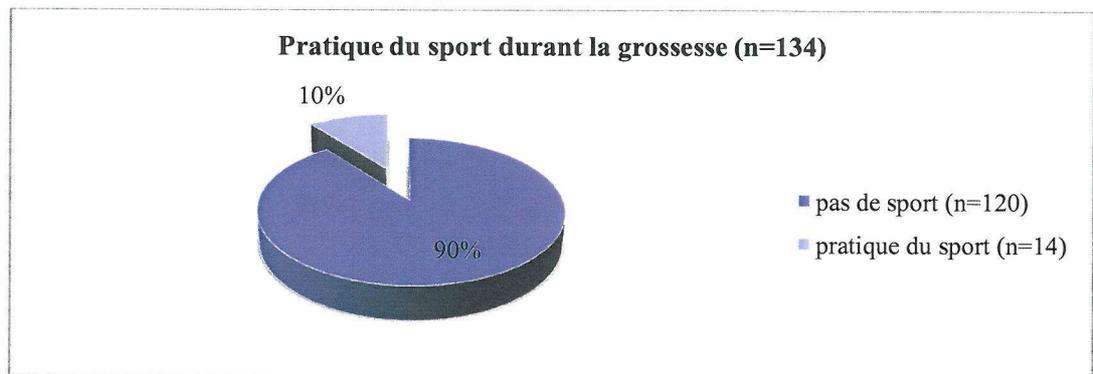
58 patientes sur les 76 qui ont modifié leur alimentation pensent manger de façon plus équilibrée.

2.3.5. Attrait vers les vêtements de grossesse



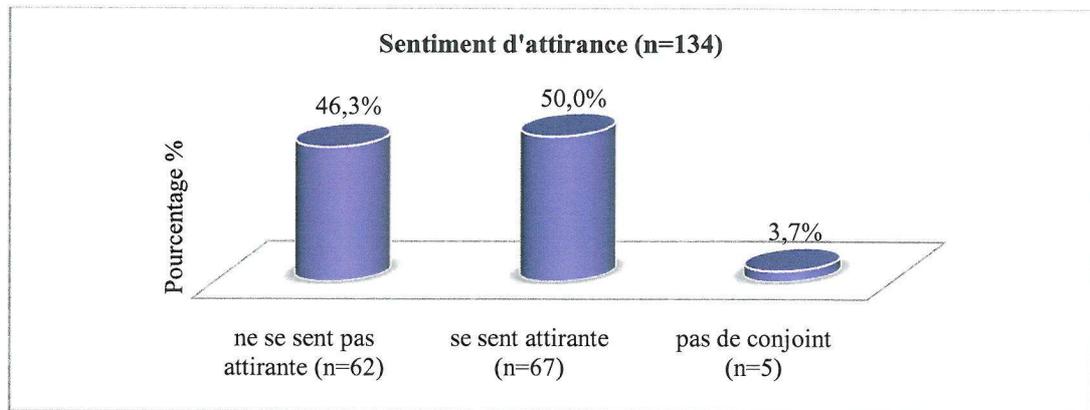
La majorité des femmes soit 63%, ne ressent pas d'attrait pour les vêtements de grossesse.

2.3.6. Pratique d'un sport durant la grossesse



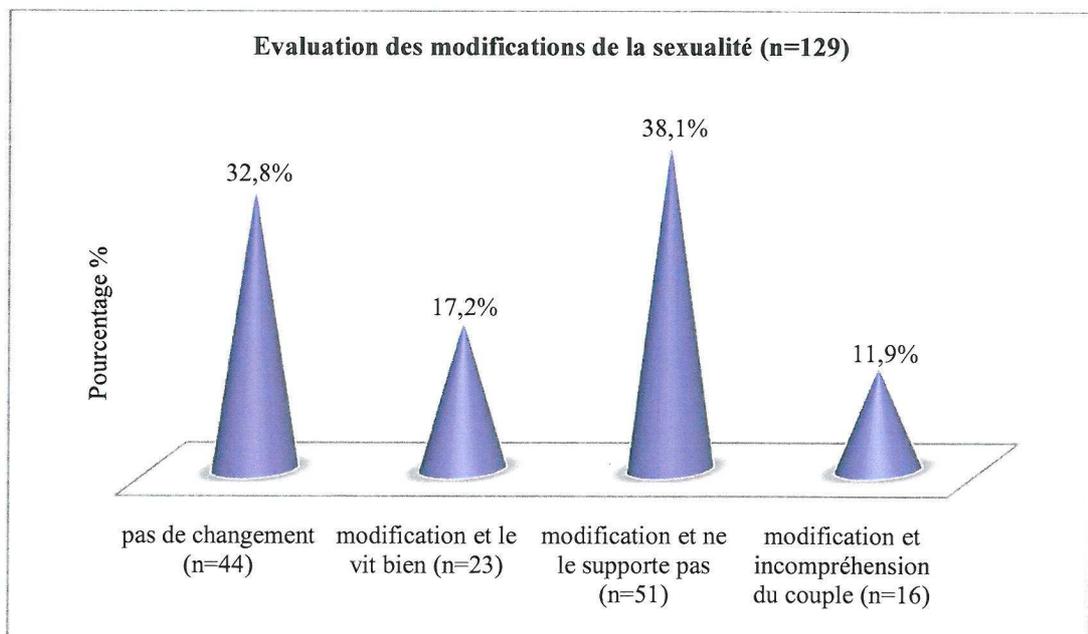
La pratique d'un sport est rare dans notre population. En effet, seulement 14 patientes effectuent un sport pendant la grossesse.

2.3.7. Ressenti des femmes sur le sentiment d'attirance de leur conjoint à leur égard.



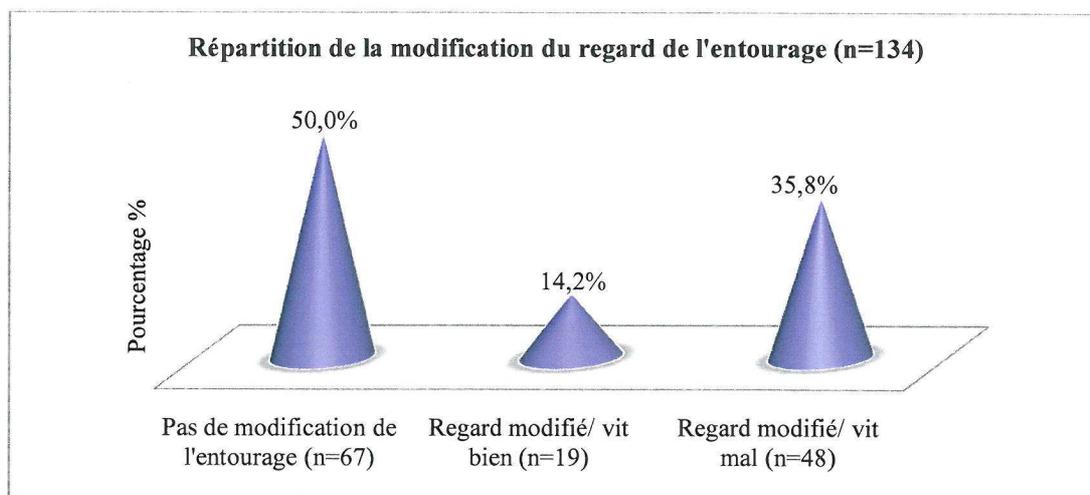
Le sentiment d'attirance chez les femmes interrogées est présent pour 50% des patientes.

2.3.8. Modifications de la sexualité et son vécu



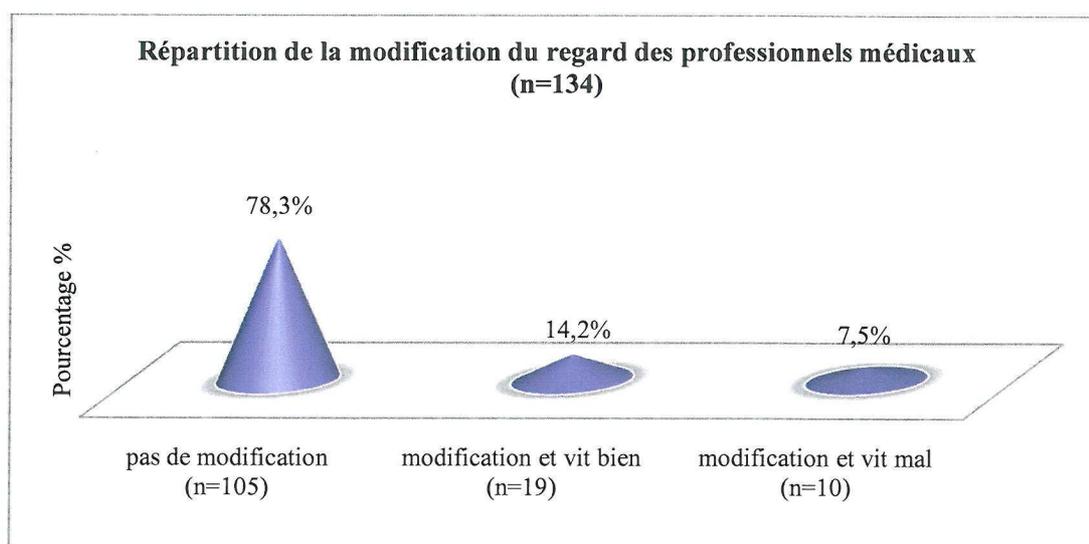
Une modification de la sexualité est ressentie par 67,2% des patientes. Dans la majorité des cas, ce changement n'est pas bien vécu ou entraîne une incompréhension au sein du couple.

2.3.9. Modification du regard de l'entourage et vécu



Dans notre population de 134 patientes, 67 femmes ont observé des modifications du regard de l'entourage depuis le début de la grossesse. Parmi ces femmes, 48 le vivent mal.

2.3.10. Modification du regard des professionnels médicaux durant la grossesse et vécu

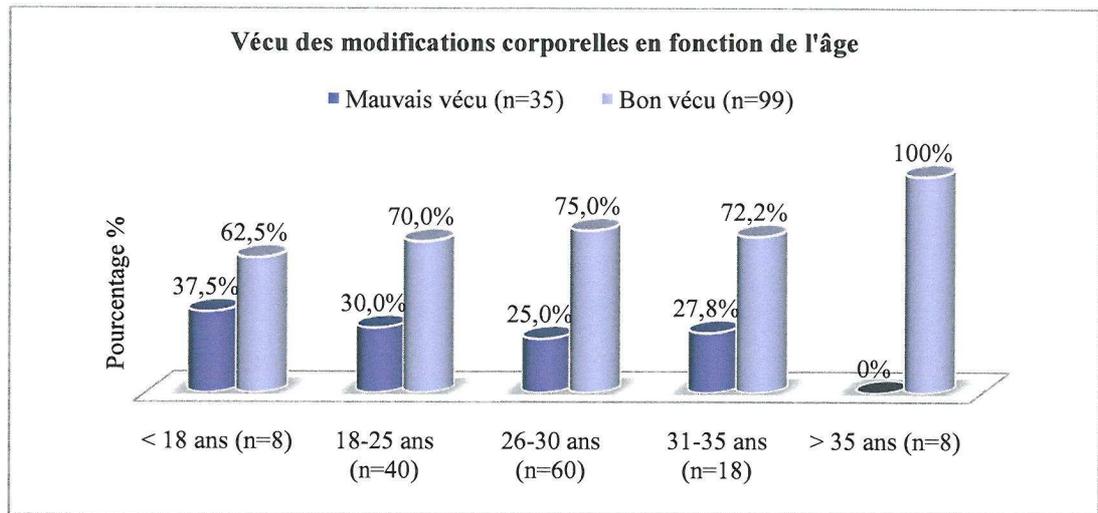


Dans cette même population, 29 femmes ont observé des modifications dans le regard des professionnels médicaux depuis le début de leur grossesse.

2.3.11. Vécu du corps de femme enceinte

Au cours de leur grossesse, 35 femmes sur 134 interrogées n'aiment pas leur corps modifié, soit 26% d'entre elles.

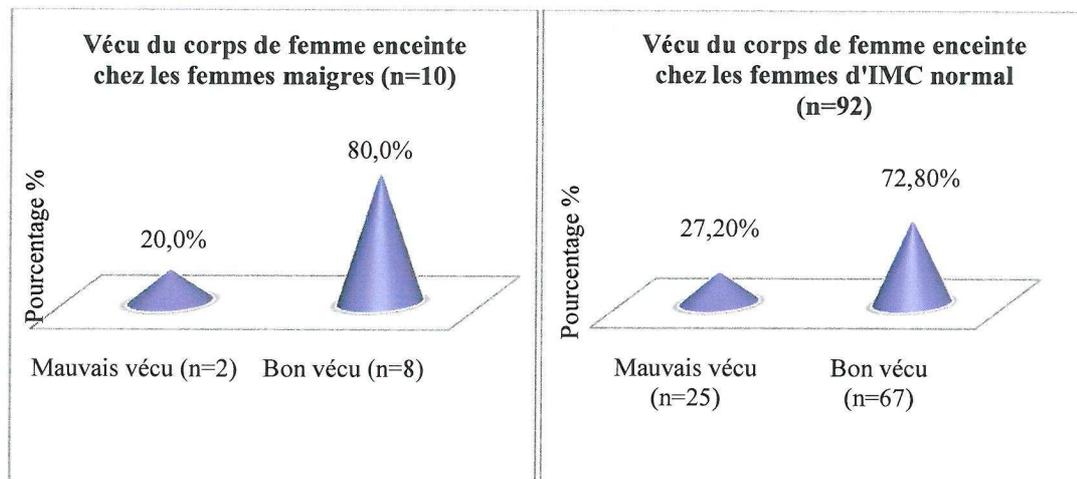
La répartition du vécu en fonction de l'âge est la suivante :

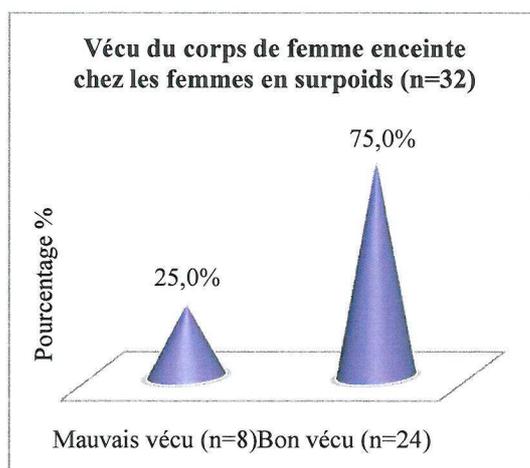


Nous pouvons remarquer qu'à partir de 35 ans, toutes les femmes vivent bien ces modifications corporelles. En revanche, le taux de femmes qui vivent mal ces bouleversements physiques est plus important chez les femmes de moins de 18 ans.

« p » étant supérieur à 0,05, la différence n'est pas significative.

Vécu du corps de femme enceinte en fonction des trois classes d'IMC :





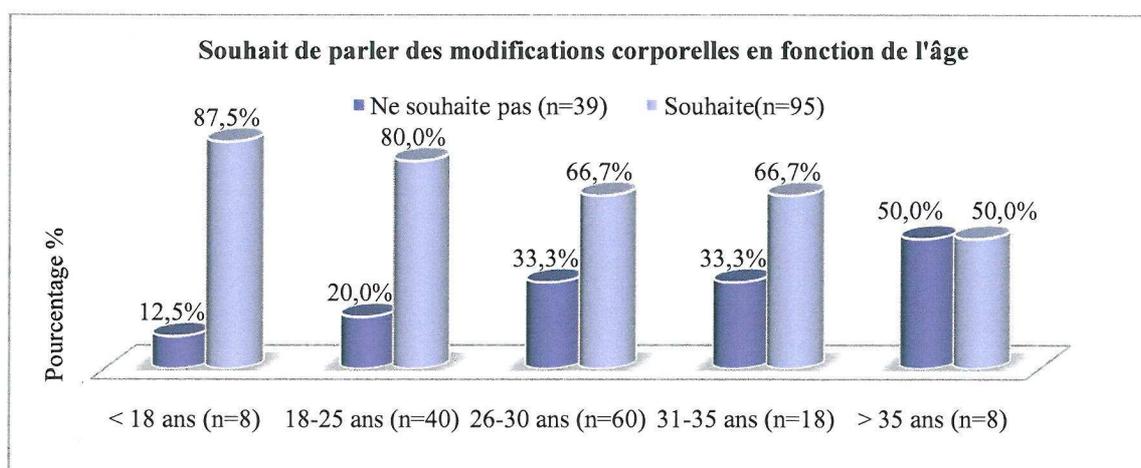
Cette répartition reste homogène selon les différents IMC. « p » étant supérieur à 0,05 pour chacun des groupes de BMI, il n'existe pas de différence significative.

Parmi ces femmes n'appréciant pas leur corps, 80%, n'en ont pas parlé soit 28 femmes sur les 35.

2.3.12. Souhait des patientes d'en parler, et à quel moment

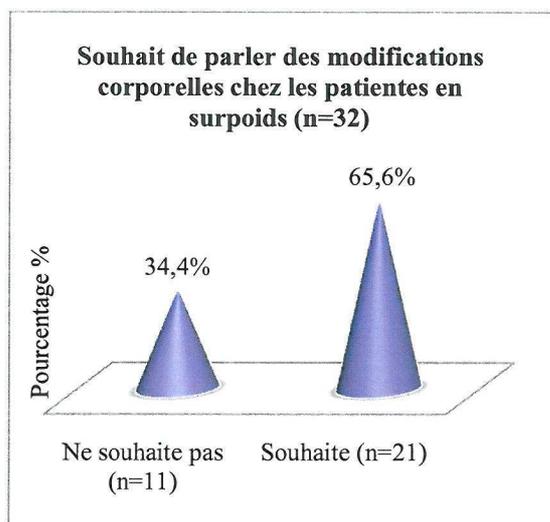
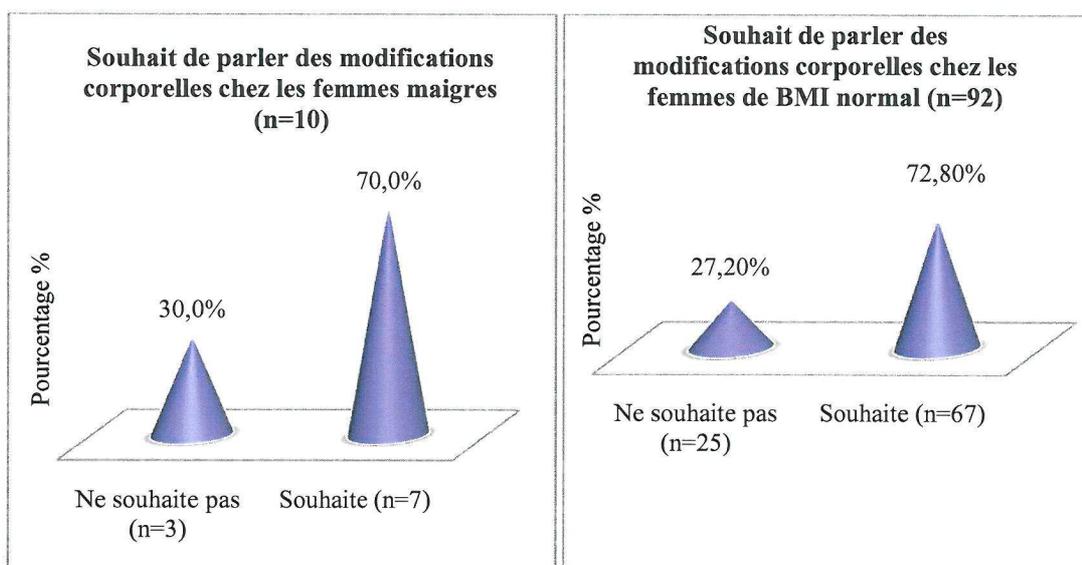
95 des femmes interrogées sur les 134 souhaiteraient que le thème des modifications corporelles durant la grossesse soit étudié par un professionnel.

La répartition du souhait d'en parler en fonction de l'âge est la suivante :



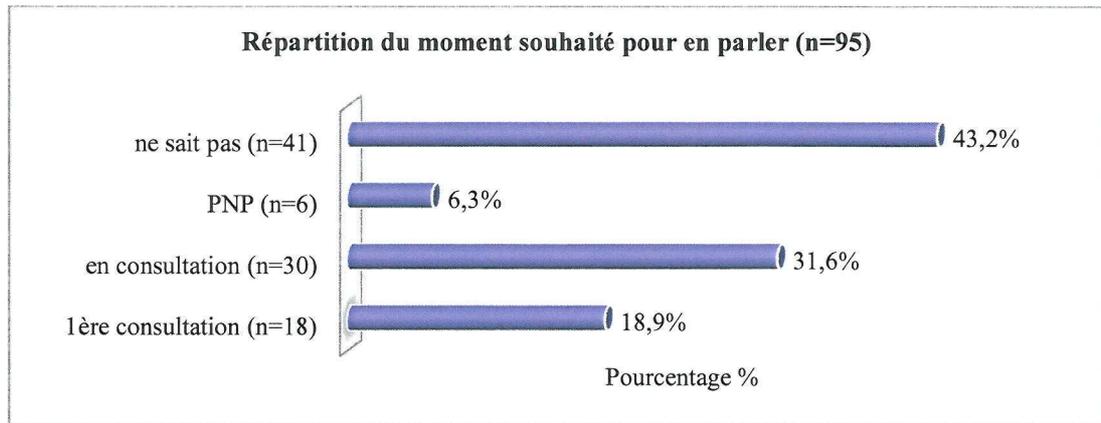
Nous pouvons constater que le pourcentage de femmes qui souhaitent que les modifications corporelles soient évoquées diminue en même temps que l'âge augmente. « p » étant supérieur à 0,05 la différence n'est pas significative.

La répartition du souhait d'aborder le sujet en fonction des 3 classes d'IMC :



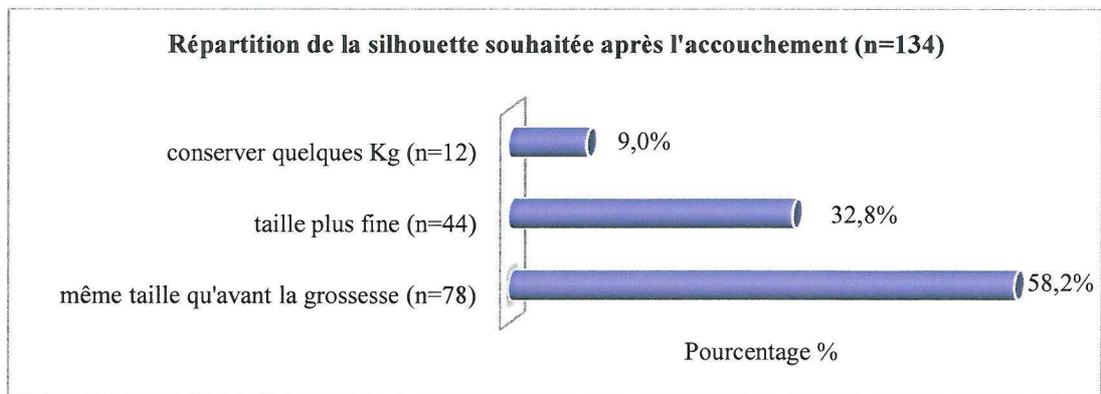
Cette répartition reste homogène entre les 3 classes. « p » étant supérieur à 0,05, la différence n'est pas significative.

La répartition du moment souhaité pour en discuter est la suivante :



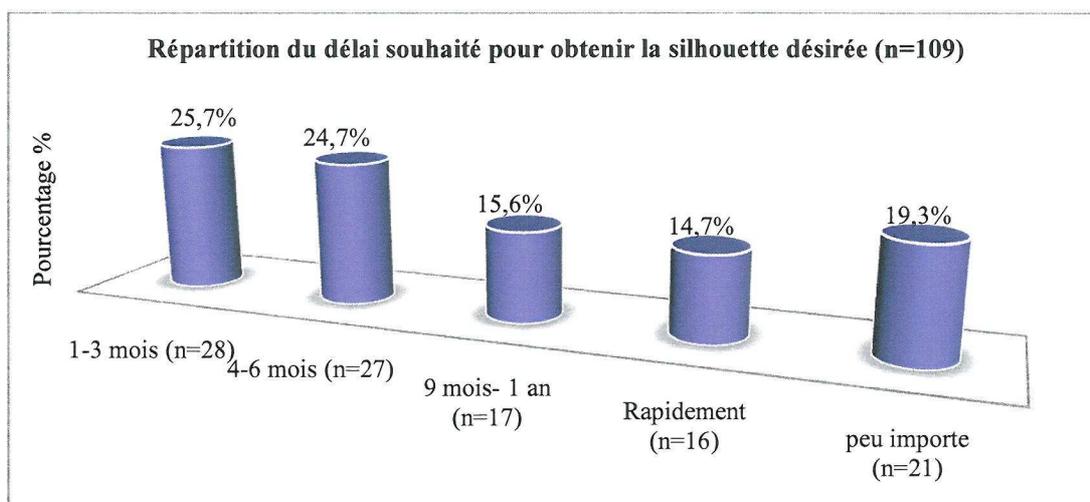
Parmi les femmes souhaitant en parler, 41 ne savent pas préciser quand serait ce moment idéal. 48 patientes aimeraient que ce soit abordé en consultation durant la grossesse, et 18 d'entre elles ont précisé lors de la 1^{ère} consultation.

2.3.13. Morphologie souhaitée après l'accouchement, et délai



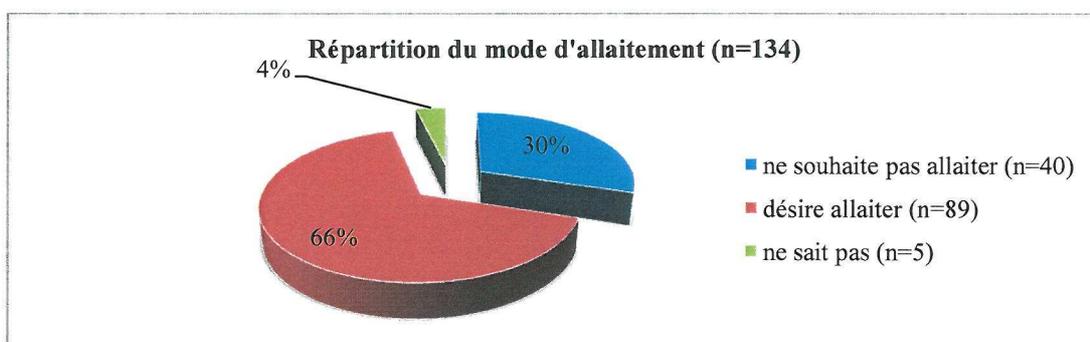
Après l'accouchement, la majorité de notre population, soit 78 femmes sur les 134 interrogées, souhaiteraient retrouver la silhouette préalable à cette grossesse. 32 des femmes aimeraient obtenir une taille plus fine.

La répartition du délai souhaité pour obtenir la silhouette désirée est la suivante :



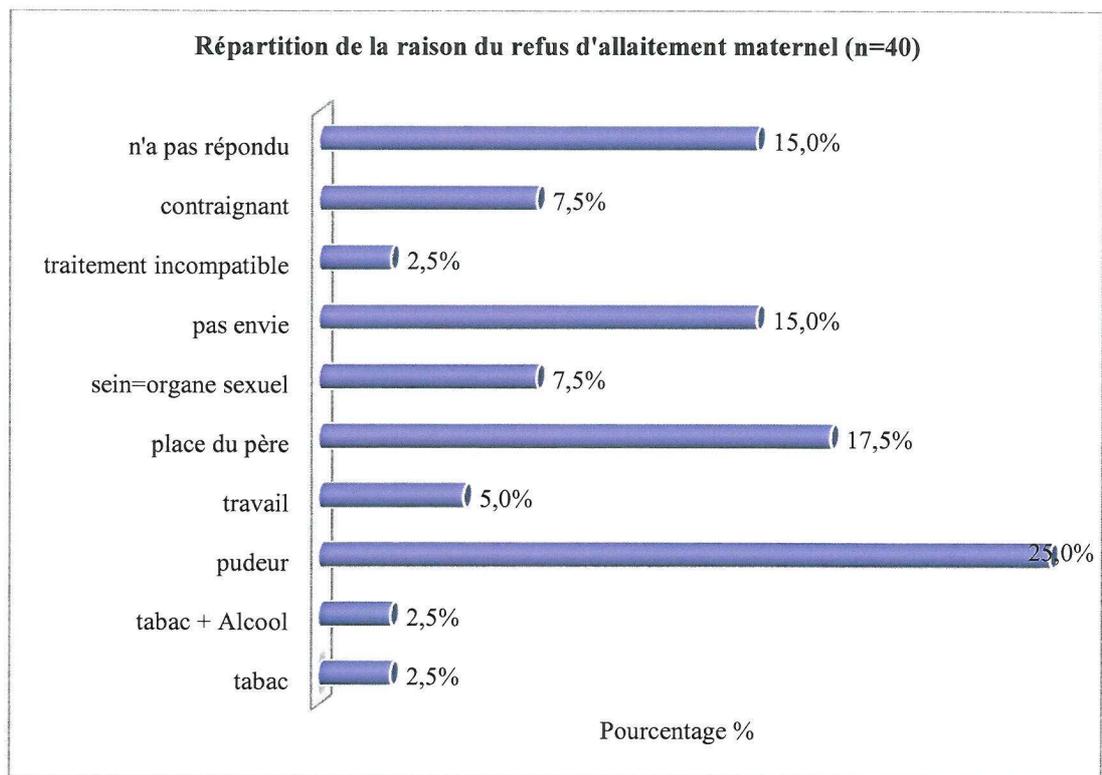
Le délai désiré afin d'obtenir la silhouette souhaitée chez les 55 femmes sur 109 désirant perdre leurs kilogrammes de grossesse et davantage éventuellement, est inférieur à 6 mois.

2.3.14. Type d'allaitement choisi et la raison



Dans notre population de 134 femmes, 89 désirent allaiter. 5 femmes n'ont pas encore choisi de mode d'allaitement.

La répartition du choix du refus d'allaitement maternel est la suivante :



La pudeur apparaît comme la première raison pour ne pas allaiter. En effet, 29% ont répondu qu'elles ne souhaitaient pas allaiter car elles ne souhaitaient pas exposer leurs seins en public. 7,5% ont répondu qu'elles ne souhaitaient pas allaiter car le sein représentait un organe sexuel.

Troisième partie

DISCUSSION ET PROPOSITIONS

I. Discussion

1.1. Profil de notre population

Le profil global de notre population d'étude se dessine de la manière suivante :

- La moyenne d'âge de la population est de 26,5 ans. L'INED, dans une enquête nationale datant de 2009, décrit que l'âge moyen des primipares est de 28,5 ans (36). Notre population est donc légèrement plus jeune que la moyenne nationale.
- La plupart des patientes sont d'origine familiale française. Ce pourcentage n'est pas le reflet de la population réelle, car un certain nombre de femmes ne parlaient pas, ne comprenaient pas suffisamment bien le français ou ne savaient pas l'écrire. Il leur était alors impossible de répondre à notre enquête. Nous voulions connaître l'origine familiale, de nos patientes car les habitudes alimentaires ne sont pas les mêmes. En effet, nous pensions étudier le vécu et le comportement alimentaire en fonction des origines. Cela n'a pas pu être réalisé compte tenu du faible pourcentage de femmes de culture étrangère parlant français dans notre étude.
- La majorité de notre population a un indice de masse corporelle normal se situant entre 18 et 25, et la moyenne de cet indice dans notre population est de 22,7. Sur le plan national, une étude de l'INSEE montre que l'IMC moyen des femmes est de 23,9 (37). Notre population a un IMC légèrement plus bas que la moyenne nationale
- L'idée que ces femmes se font de leur corps par rapport à cet indice de masse corporelle est en accord. Et, pour 76,1% de notre population l'apparence est importante.
- 40% de notre population pratiquent un sport.
- 47% des femmes ont déjà suivi un régime avant cette grossesse et pour la plupart, ceux-ci sont entrepris spontanément sans aide, en modifiant leurs habitudes alimentaires. L'IPSOS qui est un organisme de sondage avait établi en 1999 grâce à une étude que 46% des femmes de moins de 35 ans avaient déjà suivi un régime (38). Cette enquête est ancienne, mais il n'en existe pas de plus récente. Notre population a une moyenne identique à celle décrite par cet organisme.

- Seulement 3 femmes ont un antécédent notable lié à l'image du corps : deux femmes ont souffert d'anorexie et une femme a subi une liposuccion. La moyenne nationale de femmes ayant souffert d'anorexie est de 1%, ce qui correspond au nombre de femmes de notre étude (40).
- 86% de notre population ont une prise de poids actuelle inférieure à 15kg quel que soit le terme au cours du troisième trimestre. 46% des femmes enceintes au 7^{ème} mois ont une prise de poids supérieure à 11Kg. Nous pouvons alors nous interroger sur la prise de poids atteinte à la fin de leur grossesse et qui risque d'être élevé.
- Près de 22% ont effectué un régime pendant cette grossesse. Pour la plupart c'était sur prescription médicale afin de limiter la prise de poids.
- 74% de notre population ont effectué une préparation à la naissance et à la parentalité. L'enquête de périnatalité de 2003 avait estimé que 66,6% des primipares effectuaient une préparation à la naissance et à la parentalité. Il n'existe pas une grande différence avec notre population.

1.2. Les objectifs

1.2.1. Premier objectif : « évaluer les modifications corporelles fréquentes durant la grossesse et les moins bien supportées »

Modifications classées selon les plus fréquemment citées :

- Parmi les différentes modifications corporelles pouvant survenir au cours de la grossesse, deux modifications sont très largement observées dans notre population comme cela pouvait être supposé :

- la grosseur du ventre
- la modification des seins

En effet, respectivement 98% et 93% ont pu constater ces changements. Seulement 14% de notre population n'apprécie pas ou ne peut pas supporter ce ventre qui s'arrondit. Nous pouvons nous interroger sur le lien avec la prise de poids.

Les recommandations actuelles sont une prise de poids de 1 Kg par mois, n'excédant pas 12 Kg pour les femmes ayant un indice de masse corporelle normal. Dans notre population, 15% ont une prise de poids supérieure à 15kg, ce qui correspond au pourcentage de femmes n'aimant pas ce ventre. Nous pouvons penser qu'une prise de poids importante va être assimilée à une augmentation de la taille du ventre. Un gros ventre peut également susciter plus de regards, entraînant l'attention, or, dans notre enquête, nous constatons que 48 femmes n'apprécient pas que tous les regards soient tournés sur ce ventre. Une contradiction apparaît : les femmes ne désirent pas prendre beaucoup de poids or, nous observons que la prise de poids est souvent supérieure aux recommandations. La question qui se pose alors est : quel accompagnement peut-on proposer à ces femmes ? Est-ce que le fait d'en parler permettrait aux femmes d'éviter cette prise de poids parfois excessive ?

Parallèlement, nous pouvons constater que 30% des femmes n'apprécient pas et/ou ne supportent pas l'augmentation du volume de leur poitrine.

- Les modifications de pigmentation qui sont, d'après la littérature, très fréquentes, surtout en ce qui concerne la ligne brune abdominale et qui concernent 75% des femmes, sont retrouvées chez 64% de notre population (22). Ces modifications qui apparaissent relativement tôt, à la fin du premier trimestre, induisent que l'ensemble de notre population ont pu la constater. Cet écart de 10% peut s'expliquer par notre faible échantillon de 134 femmes. Cette hyperpigmentation semble rendre notre population indifférente. En effet, 48% précisent ne pas avoir d'idée particulière concernant ce bouleversement. Nous pouvons penser que, si cette modification ne gêne pas davantage, c'est qu'il est possible de la cacher. Nous pouvons également supposer que cette modification est déjà intégrée. En effet, elle apparaît relativement tôt durant la grossesse, et il s'agit d'un phénomène largement médiatisé dans les magazines. Elle est socialement ancrée.

L'autre modification concernant la pigmentation est le masque de grossesse. Il est habituellement présent chez 50 à 75% des femmes (22). Dans notre étude il apparaît que 44% des femmes ont perçu un changement concernant l'aspect cutané de leur visage. Ce constat montre une légère différence avec les chiffres de la littérature. Ce changement physique visible n'est pas apprécié et/ou supporté par 1 femme sur 5 de notre population.

- Les vergetures sont des modifications définitives. Dans la littérature, elles sont présentes chez 90% des femmes (21). Dans cette étude, il apparaît que 51% de notre population sont concernées par ce phénomène. Cette discordance entre l'enquête et la littérature peut s'expliquer par le fait que les vergetures apparaissent au fur et à mesure que la grossesse avance et que la prise de poids augmente. Or, notre population touchait l'ensemble des femmes enceintes au troisième trimestre. L'hypothèse serait que ces vergetures n'étaient pas encore apparues au moment où les femmes ont été interrogées.

Ce type de modification n'est pas apprécié et/ou supporté par 63% des femmes interrogées soit plus de 3 femmes sur 5. Il est important de souligner qu'il n'existe pas de traitement préventif ou curatif, et qu'une fois présentes, les vergetures ne disparaissent jamais. En effet, elles sont dues à une rupture des fibres de collagène et élastiques. Ces modifications sont en général très visibles lorsqu'elles sont présentes. C'est pourquoi nous pensons que ces vergetures font partie des modifications corporelles les plus redoutées, car le souhait du ventre plat, lisse sans imperfection n'est plus réalisable.

- Une modification des phanères peut survenir dès le deuxième trimestre. Dans notre population, près de 58% ont observé un changement de qualité de leurs cheveux. Trois femmes sur cinq en moyenne sont satisfaites de leur nouvelle chevelure. Ce sentiment concorde avec nos connaissances actuelles, car nous savons que les cheveux sont en général plus brillants pendant la grossesse.

En ce qui concerne les ongles, près de 45% des femmes ont observé un changement qui est apprécié par un peu moins de 74% d'entre elles. Ce résultat n'est pas étonnant, car les ongles sont décrits comme étant plus brillants durant la grossesse. Ils peuvent être également plus cassants ce qui explique qu'une partie de notre population n'apprécie pas ce changement.

- L'augmentation de la pilosité a été observée par 46% de notre population. La moitié d'entre-elles ne l'apprécie pas et/ou ne le supporte pas. Elle est théoriquement davantage présente chez les femmes ayant une pilosité brune et déjà abondante. Dans notre questionnaire la pilosité préexistante à la grossesse n'était pas mentionnée, ce qui ne nous permet pas d'établir un lien par rapport à cette hypertrichose pouvant survenir et à son vécu.

- Nous avons également évoqué les éventuelles modifications d'ordre vasculaire. Notre étude fait apparaître que presque 39% de notre population souffrent d'œdème des membres inférieurs. Il s'agit en réalité d'un phénomène courant touchant 50 à 70% des femmes selon les chiffres retrouvés (21). Cette différence entre la littérature et notre enquête peut s'expliquer par le fait que 34% des femmes étaient au septième mois de grossesse et 35% au 8^{ème} mois. Un bon nombre de patientes n'avait peut-être pas pu constater la présence d'œdème, car leur apparition peut se faire plus tardivement. L'œdème est le plus souvent mal toléré. Près de 69% des femmes ayant de l'œdème ne l'apprécient pas ou ne le supportent pas.

Les varices font également partie des modifications non appréciées ou supportées par près de 54% des femmes ayant constaté leur apparition. Il est possible que ce vécu soit lié à l'image du corps féminin « idéal » avec de jolies jambes. Les femmes qui ont des varices peuvent se sentir moins féminines et séductrice du fait de ces jambes qui ne sont plus « parfaites ».

1.2.2. Deuxième objectif : « évaluer l'information reçue et connaître les attentes de ces femmes en matière d'information »

- Les professionnels de santé n'ont délivré une information sur les modifications corporelles que pour 44%, des patientes interrogées soit 2 patientes sur 5.

Nous voulions savoir si le fait d'avoir participé à des séances de préparation, à la naissance et à la parentalité avait favorisé la réception de cette information. Nous avons ainsi créé un groupe de femmes effectuant cette préparation et nous avons relevé le taux d'information délivré. Il était de 44%, soit un taux semblable. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative, « p » étant supérieur à 0,05.

Nous voulions également vérifier s'il existait un lien entre la morphologie de la patiente avant la grossesse et l'information reçue. Nous avons donc créé trois groupes de population en nous fondant sur l'indice de masse corporelle avant la grossesse :

- le groupe des femmes « maigres » avec un indice de masse corporelle inférieur à 18,

- le groupe de femmes de « morphologie normale » avec un indice compris entre 18 et 25,
- et enfin le groupe de femmes présentant « un surpoids » avec un indice de masse corporelle supérieur à 25.

Il nous est alors apparu que l'information était fournie pour 7 femmes sur 10 dans le groupe de femmes maigres et pour 5 femmes sur 10 dans le groupe de femmes en surpoids. Pour ces deux groupes, il n'existe pas de différence significative, « p » étant supérieur à 0,05 mais nous pouvons voir apparaître une tendance.

Les femmes ayant un indice de masse corporelle normal ont eu significativement moins d'information, « p » étant égal à 0,039. Elles sont 37% à avoir reçu une information.

Le fait que l'information soit plus facilement délivrée aux femmes maigres puis aux femmes en surpoids, nous interroge. Est-ce le reflet de ce que peuvent penser les professionnels de santé, à savoir : que ces modifications peuvent avoir une influence importante chez des personnes dont la morphologie n'est pas « normale » ? En revanche, cette information reste faible chez les femmes « normales » puisque seulement 37% en ont reçue. Pensez-ils également que les femmes qui ne sont ni grosses ni maigres, vivent mieux les modifications de leurs corps ?

Il nous paraît intéressant de préciser qu'au fur et à mesure que les questionnaires ont été distribués, le taux d'information reçu a augmenté. Les professionnels étaient informés de notre étude. Peut-être se sont-ils mobilisés davantage pour délivrer une information plus importante au fur et à mesure de l'avancement de l'enquête.

Parallèlement à cette information reçue, nous voulions savoir comment celle-ci était ressentie et vécue. La majorité des patientes a été satisfaite de recevoir ces informations. Seulement 5 patientes sur l'ensemble des 58 femmes ont manifesté une certaine inquiétude.

Nous souhaitons évaluer l'importance que revêtent ces modifications du corps en posant la question de savoir si elles s'étaient renseignées pendant leur grossesse. Nous avons relevé que 64% de notre population ont recherché des informations par le biais d'internet, de livres, de magazines, de la télévision, d'amis ou de la famille. Beaucoup de femmes ont suivi des conseils pas toujours utiles. Citons, par exemple, l'emploi de la crème anti-vergeture utilisée par 67 femmes sur 134. Or nous savons que

son efficacité semble limitée. En revanche, les conseils utiles et efficaces visant à éviter l'œdème qui est assez mal vécu et qui est présent chez un bon nombre de femmes, ont été très peu suivis. Seulement 1 femme a porté des bas de contention, et 3 ont surélevé leurs jambes. Nous nous posons la question : est-ce par un manque d'information de la part des praticiens, ou cela est-il lié à la femme elle-même qui ne tient pas compte des conseils donnés ?

C'est pour répondre à cette question que nous avons interrogé les femmes sur les raisons qui les poussent à suivre ces divers conseils, 16 patientes disent avoir suivi des conseils car ils avaient été délivrés par un professionnel, que ce soit par un médecin ou par une sage-femme.

- Nous avons souhaité demander aux femmes si elles aimeraient que ces modifications corporelles soient évoquées durant la grossesse. Il s'est avéré que 95 femmes se sont montrées désireuses d'aborder le sujet. Pour ajuster l'information et mettre en place un accompagnement, il aurait été intéressant de savoir plus précisément ce qu'elles souhaitent aborder. Nous nous interrogeons également sur l'effet qu'aurait cette information. Vont-elles tenir compte des conseils donnés tel que le port des bas de contention ?

Nous voulions savoir si le souhait d'aborder ce sujet pouvait être influencé par l'âge des patientes. Nous avons pu constater que le souhait d'en parler est plus fort chez la femme jeune, alors que chez la femme plus âgée le souhait est moindre. En revanche, la différence n'est pas significative « p » étant supérieur à 0,05. Nous pouvons alors parler de tendance. Et ce résultat est-il lié au fait qu'il s'agit d'une première grossesse chez des femmes « âgées » de plus de 35 ans et qu'elles auraient pu en parler avec plus d'amies ? Ou alors, sont-elles davantage prêtes à constater et à accepter ces modifications ?

Nous nous sommes également interrogées sur un rapport éventuel avec l'indice de masse corporelle. Nous avons comparé nos trois groupes de population de femmes :

- maigre
- normal
- en surpoids.

La différence n'était significative pour aucun de ces groupes, « p » étant supérieur à 0,05.

- La question qui se posait ensuite était : quel est le bon moment pour en parler ? 41 femmes de notre population n'avaient pas d'idée sur le moment qui serait le plus propice. 48 patientes souhaiteraient aborder ces points en consultation. Parmi ces dernières, 18 ont précisé qu'elles le souhaiteraient lors de la première consultation. Seulement 6 femmes aimeraient aborder ces questions en préparation à la naissance et à la parentalité.

Nous pouvons donc supposer que, si les femmes souhaitent en parler lors d'une consultation plutôt qu'en préparation à la naissance, c'est peut-être pour que cette information soit adaptée à chacune dans le respect de la confidentialité. Il peut s'agir également d'une question de pudeur. Exposer ses angoisses concernant son physique à la vue d'un groupe peut entraîner la peur du regard de l'autre. Le fait de constater en public une modification observable va attirer le regard des autres sur ce changement. Cela peut renforcer le mal être.

1.2.3. Troisième objectif : « évaluer le nombre de femmes ne se sentant pas bien dans leur corps modifié et établir un profil »

Selon une enquête datant de 2003, 9,1% de la population des femmes enceintes s'étaient senties mal durant leur grossesse (39). Une femme sur quatre dans notre étude ne se sent pas bien dans son corps de femme enceinte. Notre étude relève alors un nombre plus important de femmes se sentant mal pendant leur grossesse. Cela nous a conduit à nous interroger sur un éventuel profil de ces femmes.

Nous avons voulu comparer ce vécu en fonction de l'âge. Pour cela, nous avons créé 5 groupes d'âges :

- celui des moins de 18 ans,
- des 18-25ans,
- 26-30ans,
- 31-35ans
- les femmes âgées de plus de 35 ans.

Nous avons étudié le vécu de ces femmes dans chaque groupe. Nous nous sommes alors rendu compte que le groupe de femmes les plus jeunes était celui qui

avait le plus grand nombre de « mauvais vécu ». Plus le groupe est âgé, meilleur est le vécu. Il faut cependant relever le fait, que cette différence n'est pas significative, « p » est supérieur à 0,05.

Nous avons également souhaité comparer le vécu de ce corps en fonction de l'indice de masse corporel. Nous avons comparé nos trois groupes de femmes « maigre », « normal » et « en surpoids ». Notre pouvons remarquer que le vécu n'est pas influencé par l'IMC. Le pourcentage de « mauvais vécu » reste homogène, quel que soit l'indice de masse corporelle. Il n'existe pas de différence significative, « p » étant supérieur à 0,05.

Ces comparaisons peuvent nous laisser entrevoir la possibilité de faire une étude approfondie sur l'incidence de l'âge de la population et son vécu. En effet nous avons déjà relevé, le fait que les femmes jeunes désiraient plus obtenir des informations sur les modifications corporelles que les femmes plus âgées.

Dans notre étude, nous nous sommes intéressés à divers signes pouvant laisser suggérer que ces femmes aimaient leur nouveau corps. Nous avons posé une question sur l'attrait des vêtements de grossesse. Près de 3 femmes sur 5 ne sont pas satisfaites de devoir en porter.

Une autre question portait sur le sentiment d'attrance qu'elles avaient l'impression de dégager. 46% d'entre elles ont répondu qu'elles ne se sentaient pas attirantes.

Une troisième question s'intéressait à la sexualité durant la grossesse. 67 femmes ont signalé avoir une sexualité différente et le vivent mal. Pour certaines d'entre elle, cela crée des tensions au sein du couple.

Or nous savons que la sexualité et le sentiment d'attrance que l'on a l'impression de dégager sont des notions importantes dans le vécu de la grossesse. Nous pouvons alors nous interroger sur ce nombre de 1 femme sur 4 qui ne se sent pas bien durant la grossesse. Est-il vraiment représentatif ? Certaines femmes n'ont-elles pas eu peur d'exprimer que la grossesse n'était pas le moment idyllique décrit par l'entourage ?

Par rapport à ce nombre de femmes qui n'avaient pas un bon vécu de leur grossesse, nous nous sommes interrogés sur leur possibilité d'en parler avec un professionnel. Dans l'étude de 2003, seulement 12,4% des femmes se sentant mal en

avaient parlé à un professionnel. Dans notre étude 80% des femmes n'en ont pas parlé. Le pourcentage de femmes qui en ont parlé est alors un peu plus élevé dans notre enquête. La question qui aurait pu être soulevée lors de notre étude est : pourquoi n'en ont-elles pas parlé à un professionnel ? Un autre regret apparaît dans notre enquête : celui de ne pas avoir demandé les raisons de cette abstention. Le choix du questionnaire ne nous permettait pas d'approfondir, c'est pourquoi l'entretien aurait peut-être permis d'aller plus loin dans notre recherche et notre compréhension.

II. Propositions d'action :

2.1. Le corps médical

Les informations fournies lors du cadre des consultations prénatales entrent dans le cadre d'une médecine préventive. Le corps médical, a donc le devoir de surveiller médicalement la grossesse mais également d'accompagner les femmes, et de les rassurer.

Obstétriciens, médecins traitants, et sages-femmes doivent entrer dans une démarche explicative et d'accompagnement. En plus de toutes les informations déjà données, il serait intéressant d'informer les patientes sur les différentes modifications pouvant apparaître durant la grossesse pour les aider à traverser cette nouvelle étape.

Délivrer certaines informations pourrait également aider pour le diagnostic et la prise en charge de certaines pathologies. Par exemple, si l'œdème des membres inférieurs est expliqué au cours de la grossesse et si l'on évoque la différence avec l'œdème brutal, diffus, caractéristique des symptômes de la pré-éclampsie, la patiente pourra éventuellement venir consulter précocement, dès l'apparition de ce symptôme.

Au-delà de cette aide médicale, discuter avec les patientes de leurs difficultés à traverser cette étape que sont la grossesse et ces modifications corporelles, peut contribuer à créer un meilleur climat de confiance entre le praticien et la patiente. Nous pensons que cette confiance est importante pour un bon suivi de grossesse, ainsi que pour l'accouchement. En effet, pendant l'accouchement, les angoisses et le stress sont souvent présents. Ils peuvent être iatrogènes. Inclure dans le suivi de grossesse le ressenti des patientes pourrait aider ces dernières à vivre pleinement et plus sereinement

ce moment. En effet, être à l'écoute pourrait favoriser la coopération entre la patiente et le professionnel de santé.

Si les modifications corporelles ont été évoquées tout au long de la grossesse, c'est également en suites de couches, que l'inquiétude pourra à nouveau resurgir. Nous pensons que si cette information a été délivrée pendant la grossesse, la femme pourra peut-être plus facilement évoquer ces nouveaux changements avec le personnel médical. Ce dialogue pourrait aider à traverser ce « baby blues » parfois très important. Le baby blues est un état psychique et physiologique après l'accouchement. Il ne concerne pas seulement les modifications corporelles, mais le fait de parler avec la patiente peut contribuer à traverser cet état peut-être plus facilement.

La question se pose alors de savoir quel est le moment idéal pour en parler. Les patientes interrogées souhaiteraient en parler en consultation, et plus précisément lors de la première consultation. Il nous paraît toutefois difficile d'évoquer ce sujet lors de cet entretien qui a pour but de créer le dossier médical. En effet, cette consultation est déjà longue et il semble difficile de la prolonger davantage.

Lors de la préparation à la naissance et à la parentalité, les modifications pouvant survenir au cours de la grossesse pourraient être évoquées. Cependant, oseront-elles en parler ? La présence des maris pourrait peut-être les gêner. La préparation étant effectuée assez tardivement durant la grossesse, cela permettrait de rappeler plutôt que de prévenir.

L'entretien du quatrième mois nous paraît être un temps plus judicieux pour en parler. Il s'agit d'une consultation adaptée à chaque patiente. Il serait plus aisé de discuter avec elles de leurs éventuelles angoisses et de leur expliquer les différentes modifications corporelles auxquelles elles devront peut-être faire face durant la grossesse. Il s'agit également d'un moment clé dans la construction de la grossesse. Nous pourrions ainsi les responsabiliser et les faire participer. Leur parler des modifications corporelles dans leur globalité pourrait nous permettre d'insister sur certains points importants tels que la prise de poids sans les culpabiliser. Elles pourraient peut-être se rendre compte des conséquences d'une prise de poids excessive, et faire attention.

Dans notre enquête, nous n'avons pas demandé si elles avaient pu participer à un entretien du quatrième mois. Cependant, nous supposons que très peu de femmes se

rendent à cet entretien car seule une partie des femmes en bénéficie actuellement mais nous n'avons pas pu trouver de chiffre. C'est pourquoi il serait intéressant que ce sujet soit soulevé aussi lors des autres consultations de grossesse afin de laisser aux femmes qui le souhaitent, l'opportunité de s'exprimer.

Dans notre étude, il est apparu que les professionnels de santé parlent très peu de ce sujet. L'hypothèse que nous pouvons établir est : les professionnels connaissent les modifications corporelles intervenant durant la grossesse, mais cette préoccupation et son importance sont secondaires. Il pourrait être intéressant d'effectuer une sensibilisation auprès des professionnels. Pour cela, la pluridisciplinarité (psychologues, diététiciens...) est importante, afin que chacun de ces acteurs puisse trouver sa place. Le vécu de ces modifications corporelles est perçu différemment par chaque femme. C'est le rôle de la sage-femme d'intervenir dans ce cadre préventif et d'accompagnement ; néanmoins, lorsque ce vécu devient trop douloureux l'orientation vers un spécialiste est alors possible.

2.2. Support d'information écrit

D'autres moyens d'information pourraient être créés. Par exemple, la mise en place de dépliants laissés à disposition dans les salles d'attente en consultation. Nous savons qu'il existe déjà de nombreux supports en salle d'attente, c'est pourquoi ce document pourrait également être remis à chaque femme lors de sa première visite à la maternité. L'autre solution serait de le remettre à chaque femme en même temps que le carnet de maternité. L'information serait ainsi précoce, et permettrait à ces femmes de se préparer et d'en parler avec les différents professionnels.

Les supports pourraient mentionner les différentes modifications du corps pouvant intervenir durant la grossesse, en insistant sur le fait que toutes ne vont pas systématiquement apparaître. Quelques conseils utiles pourraient être précisés afin d'aider à supporter certaines modifications désagréables tel que l'œdème.

Il serait très important de préciser qu'elles pourront en parler tout au long de la grossesse au praticien qu'elles rencontreront ou lors de la préparation à la naissance et à la parentalité.

CONCLUSION

L'importance donnée à l'apparence de la femme a évolué au cours des siècles. La maternité a toujours été présentée comme un moment « beau » et « épanouissant ». Les modifications corporelles ont toujours existé, mais ont été peu mentionnées. Il s'agit pourtant d'un phénomène inévitable. Il existe différentes manifestations sous des apparences variées. Le vécu de ces modifications corporelles peut être plus ou moins bien ressenti.

Notre étude auprès de 134 patientes a permis de constater qu'une sur quatre estimait se « sentir mal » dans son corps de femme enceinte. Ce chiffre ne peut pas être négligé. Il nous montre la nécessité du dialogue, voire de l'accompagnement, auprès des patientes dans le vécu de leur grossesse. Le chiffre le plus surprenant fut que seulement 20 % d'entre elles en avaient discuté avec un professionnel quel qu'il soit, et pour 64%, celles-ci ont recherché des informations complémentaires sur les modifications corporelles.

Ce constat doit nous conduire à vouloir améliorer une des composantes de notre travail en tant que futur professionnel : le rôle de prévention et d'information de la sage-femme. En effet, il apparaît important, que ce sujet soit évoqué ou renforcé au cours de la grossesse. D'autant plus que près de 71% de notre population signalent qu'elles souhaiteraient avoir une information. Actuellement, presque 56% des femmes questionnées ont relevé n'avoir reçu aucune information.

Le « mal être » de la grossesse est un sujet tabou dans notre société qui décrit la grossesse comme étant un phénomène épanouissant. Ce sentiment peut engendrer d'autres conséquences tout aussi importantes qu'il ne faut pas négliger. Par exemple, une modification de la sexualité a été constatée par 67,2% de notre population et parmi ces femmes, 50% la vivent mal. C'est pourquoi, il est nécessaire d'informer les patientes qu'au cours de la grossesse une écoute par des spécialistes, psychiatre ou psychologue, est possible, et peut être utile en complémentarité des autres professionnels.

Notre rôle de prévention passe également par l'information sur les modifications corporelles ainsi que sur les conséquences qu'elles peuvent engendrer. En tant que sage-femme, il nous appartient de ne pas négliger d'autres champs de compétence dans notre rôle de prévention.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

1. ANDRIEU B. - Le dictionnaire du corps : en sciences humaines et sociales - Paris - CNRS - 2006 - 545 pages - collection dictionnaire
2. APFELDORFER G. - Je mange donc je suis - Paris - Payot - 2002 - 384 pages - collection petites bibliothèques Payot
3. ASSOUN PL. - Freud et la femme - Paris - Payot - 2003 - 300 pages - Petites bibliothèques Payot
4. CIRARU VIGNERON A. - la Bible de la grossesse - Paris - Leduc - 2007 - 450 pages - collection guide pratique
5. DELASSUS JM. - Le corps du désir : psychanalyse de la grossesse - Paris - Dunod - 2008 - 344 pages - collection psychismes
6. DEUTSH H. - La psychologie des femmes : T2 la maternité - Paris - éditions PUF - 1987 - pages
7. GUILLERAULT G. - L'image du corps selon Françoise DOLTO : une philosophie clinique - Paris - synthelabo - 1999 - 180 pages - collection psychanalyse et psychiatrie
8. GUILLERAULT G. - Le corps psychique : essai sur l'image du corps selon Françoise DOLTO - Paris - L'Harmattan - 2000 - 223 pages
9. LAPLANCHE J. - PONTALIS JB. - Vocabulaire de la psychanalyse - Paris - PUF - 3^{ème} édition - 2002 - 544 pages
10. MERGER R. - LEVY J. - MELCHIOR J. - Précis d'obstétrique - Paris - Masson - 6^{ème} édition - 2003 - 597 pages

11. PIERRE F. - BERTRAND J. - Mémento Obstétrique - Paris - Maloine - 2^{ème} édition - 2009 - 609 pages
12. QUENIART A. - Le corps paradoxal, regard de femmes sur la maternité - Montréal - éditions saint martin - 1988 - 249 pages
13. TARDIEU N. - Grossesse et sexualité à travers l'histoire - Connaissance et savoir - 2004 - 92 pages
14. SJEZER M. - STEWART R. - ces neuf mois là-une approche psychanalytique de la grossesse et de l'accouchement - Robert Laffont - 2002- 307 pages

Articles :

15. BOSCAGLIA N. - SKOUTERIS H. - WERTHEIM EH. - Changes in body image satisfaction during pregnancy : comparaison of high exercising and low exercising women - "The Journal of obstetrics and gynaecology of Australia" - Février 2003 - N°43- pages 41 à 46
16. BUVAT-HERBAUT M. - BUVAT J. - HEBBINCKUYS P. - LEMAIRE A. - Attitude toward weight, body, mensuration, pregnancy, and sexuality in 81 cases of anorexia compared with 288 normal control school girls - Journal of eating disorders - 1983 - Volume 2 - N°4 - pages 45 à 59
17. CAULFIELD L. - COSTIGAN K. - DIPIETRO J. - GUREWITSCH E. - MILLET S. - Psychosocial influences on weight gain attitudes and behaviors during pregnancy - Journal of the American dietetic association - Octobre 2003 - volume 103 - N°10 - pages 1314 à 1318
18. GOLDMAN L. - The naked truth - Health - May 2006 - Volume 20 - pages 126 - 130

19. MAMY C. - Rôle de la sage-femme dans l'évolution psychologique de la femme Durant la grossesse - Les dossiers de l'obstétrique -Janvier 2005 - vol 32 - N°334 - pages 22 à 23
20. MOGUL SL. - Sexuality, pregnancy, and parenting in anorexia nervosa - "The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic psychiatry" - printemps 1989 - N°17- pages 65 à 153
21. REGNIER S. - ARACTINGI S. - Dermatoses de la grossesse - EMC (Elsevier Masson SAS Paris) - Traité de Médecine Akos - 2-0770 - 2009.
22. ROGER D. - BOUDRIE JL. - VAILLANT L. - LORETTE G. - Peau et grossesse - Encyclopédie Médicale et Chirurgicale - Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS - Paris - Gynécologie/Obstétrique - 5-038-A-10 - Dermatologie - 98-858-A-10 - 2001 - 10 p.

Documents non publiés :

23. GOUZENES CANEL (Florence) - L'image du corps chez la femme enceinte - Thèse en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine - Toulouse - 1992
24. HABIBOU-JEANSEN (Valérie) - L'image du corps chez la femme enceinte - Thèse en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine - Nantes - 1995
25. LECOMTE (Serge) - Anorexie Mentale et grossesse - Thèse en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine - Bordeaux - 1990
26. BERGER (Stéphanie) - Excès de poids pendant la grossesse : quel accompagnement ? - Mémoire en vue du Diplôme d'Etat de Sage-Femme - Metz - 2006
27. SARDAN A. - Les représentations des jeunes vis-à-vis de la grossesse - Mémoire présentée en vue du Diplôme d'Etat de sage-femme - Bordeaux - 2007

Sites internet :

28. http://fr.encarta.msn.com/encyclopedia_941585642/nu.html#461517441

Consulté en septembre 2009

29. http://fr.encarta.msn.com/media_461517441_761578676_-1_1/Vénus_de_Willendorf.html

Consulté en septembre 2009

30. http://cartelfr.louvre.fr/cartelfr/visite?srv=car_not_frame&idNotice=14200

Consulté en septembre 2009

31. http://abardel.free.fr/recueil_de_douai/venus/images.htm

Consulté en septembre 2009

32. http://www.cafe-geo.net/article.php3?id_article=323

Consulté le 10 mars 2009

33. <http://www.med.univ-angers.fr/services/AARP/2003/thoret2003.htm>

Consulté en mars 2009

34. <http://www.psy-desir.com/biblio/spip.php?article1276>

Consulté en mars 2009

35. <http://hedatuz.euskomedia.org/3813/1/27187191.pdf>

Consulté en mars 2009

36. http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_actualite/baisse_fertilite_age

Consulté le 19 février 2010

37. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=1954#inter6

Consulté le 19 février 2010

38. <http://www.ipsos.fr/CanalIpsos/articles/533.asp>

Consulté le 19 février 2010

39. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_rap.pdf
Consulté le 19 février 2010
40. <http://www.lousonna.ch/psycho/anorexie/index.html>
Consulté le 26 février 2010

Sommaire des annexes

ANNEXE I Notre questionnaire

ANNEXE II L'indice de masse corporelle : classification et formule de calcul

Annexe I

Notre questionnaire distribué aux femmes en consultation

Bonjour,

Je suis actuellement étudiante sage-femme en 4ème année du département des études de sages-femmes de Rouen et, dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire de fin d'étude ayant pour thème « le vécu des femmes face aux modifications corporelles intervenant durant la grossesse ».

Je réalise donc une enquête s'adressant à des femmes attendant leur premier enfant et qui sont au 7^{ème}, 8^{ème} ou 9^{ème} mois de leur grossesse.

Ce questionnaire est divisé en 3 parties. La première consiste à vous connaître ainsi que vos antécédents. Puis, nous nous intéresserons aux modifications corporelles que vous avez pu observer. Et enfin dans une dernière partie nous essayerons de comprendre la façon dont vous vous êtes adaptée à ces changements.

Je sollicite votre aide en vous demandant de remplir ce questionnaire qui restera anonyme.

Je vous remercie de votre participation.

Eve-Marie DEMAREST

QUESTIONNAIRE

1^{ère} partie : IDENTIFICATION ET ANTECEDENTS .

- 1) Quel âge avez-vous ?.....
- 2) Quelle est le pays d'origine de votre famille ?
- 3) Si vous n'êtes pas d'origine française, depuis combien de temps habitez-vous en France ?
 - Depuis toujours
 - Depuis plus de 20 ans
 - Entre 10 et 20 ans
 - Entre 5 et 10 ans
 - Depuis moins de 5 ans
- 4) Quelle est votre taille ?cm
- 5) Quel était votre poids avant la grossesse ?kg
- 6) Avant votre grossesse vous considérez que vous étiez :
 - De poids normal
 - Trop grosse
 - Trop maigre
 - Vous n'aviez pas d'avis
- 7) Quelle importance accordiez-vous à votre corps avant la grossesse ?
 - Très grande importance /primordial
 - Une grande importance sans en faire une priorité
 - C'est important
 - Moyennement important
 - Pas important
 - Vous n'y prêtiez pas attention
- 8) Faisiez-vous du sport avant votre grossesse ?
 - Oui
 - Non

Si oui, à quelle fréquence ?

- 1 fois par mois
- Moins d'une fois par semaine
- 1 fois par semaine
- Plusieurs fois par semaine

9) Avez-vous déjà effectué un régime pour perdre du poids avant la grossesse ?

- Oui
- Non

➤ Si oui :

- De façon spontanée
- Sur prescription médicale

À quelle fréquence ?

- 1 fois
- Plusieurs fois
- Une fois par an
- Régulièrement, plusieurs fois par an

Par quel moyen ?

- En modifiant votre alimentation
- En augmentant votre activité physique
- Avec des substituts de repas protéinés
- Avec des compléments alimentaires ou médicaments
- Autres

Avez-vous eu recours à un professionnel ?

- Oui
- Non

Si oui, quelle catégorie de professionnel êtes-vous allée voir ?

10) Êtes-vous atteinte d'une maladie ? laquelle et depuis combien de temps ?

.....

Prenez vous un traitement régulièrement ? Si oui lequel et depuis combien de temps ?.....

.....

11) Avez-vous déjà été suivie par un thérapeute (psychologue, psychiatre...)

Oui Non

➤ Si oui, pour quelle raison ?

.....
.....

12) Avez-vous déjà eu recours à un acte chirurgical ayant entraîné des modifications corporelles ?

Oui Non

➤ Si oui laquelle et quel était le motif de cette chirurgie ?

.....
.....
.....

13) Cette grossesse est elle la première ?

Oui Non

Si non : combien de fois avez-vous été enceinte?

14) Quelle est la date d'accouchement prévue pour cette grossesse?

15) Quel est votre poids actuellement ?Kg

16) Actuellement, durant votre grossesse suivez-vous un régime alimentaire particulier ?

Oui Non

➤ Si oui :

- De façon spontanée
- Sur prescription médicale

Et pour quelle raison ?

- Pour cause médicale
- Pour perdre du poids
- Pour limiter la prise de poids
- Pour ne pas prendre de poids

17) Suivez-vous ou allez vous suivre des cours de préparation à la naissance ?

Oui Non

2^{ème} partie : MODIFICATIONS CORPORELLES POUVANT APPARAÎTRE DURANT LA GROSSESSE.

A chaque item, veuillez cocher « oui » ou « non » afin d'apprécier si cette partie de votre corps s'est modifiée durant la grossesse.

Si vous cochez « oui » veuillez entourer le chiffre correspondant le mieux à ce que vous pensez de votre corps, tel que vous le vivez actuellement pendant votre grossesse, en vous rapportant à l'échelle suivante :

1 : je m'estime heureuse

2 : je suis satisfaite

3 : je n'ai pas d'idée particulière

4 : je n'apprécie pas mais je peux le supporter

5 : je ne supporte pas

- Qualité des Cheveux : oui non

Si oui :

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Teint visage : oui non

Si oui :

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Seins : oui non

Si oui :

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Grosseur du ventre : oui non

Si oui :

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Ligne brune abdominale : oui non

Si oui :

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

• Pilosité : oui non

Si oui :

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

• Qualité des ongles : oui non

Si oui :

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

• Vergetures : oui non

Si oui :

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

• Varices : oui non

Si oui :

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

• Œdème jambes/chevilles : oui non

Si oui :

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3^{ème} partie : ADAPTATION A LA GROSSESSE

1) Un professionnel vous a-t-il informé des modifications corporelles pouvant intervenir durant la grossesse ?

- Oui Non

➤ Si oui : comment l'avez-vous vécu ?

- Vous avez été contente que l'on vous informe
 Ça n'a eu aucune conséquence
 Cela vous a inquiété
 Autre :

2) Avez-vous recherché des informations durant votre grossesse sur les différentes modifications corporelles pouvant intervenir?

- Oui Non

➤ Si oui : auprès de qui ? (magazines, internet...)

.....

3) Avez-vous suivi des conseils pour palier à ces modifications ? (crème anti vergeture, huile de massages, crèmes hydratantes...)

- Oui Non

➤ Si oui :

Quels conseils avez-vous suivis ?

.....
.....
.....

Et pourquoi ?

Car ce type de modifications corporelles vous préoccupait avant la grossesse

Pour votre santé

Car un professionnel vous l'a conseillé

Autres.....

4) Avez-vous modifié vos habitudes alimentaires durant la grossesse ?

Oui

Non

➤ Si oui de quelle manière ?

.....
.....

5) Est-ce que l'idée de porter des vêtements de grossesse vous a paru attrayante ?

Oui

Non

6) Faites vous du sport actuellement ?

Oui

Non

7) Vous sentez vous attirante pour votre conjoint/mari ?

Oui

Non

8) Votre sexualité a-t-elle changé depuis le début de votre grossesse ?

Oui

Non

➤ Si oui, comment le vivez-vous ?

.....
.....

9) Est-ce que le regard de votre entourage s'est modifié ?

Oui

Non

➤ Si oui, comment le vivez-vous ?

10) Avez-vous l'impression d'être regardée différemment de la part des professionnels médicaux ?

Oui Non

➤ Si oui, comment le vivez-vous ?

11) Vous sentez vous bien dans votre corps lorsque vous êtes enceinte ?

Oui Non

➤ Si Non, En avez-vous parlé à un professionnel que vous avez rencontré (sage-femme, médecin...) ?

Oui Non

12) Souhaiteriez-vous, que les modifications corporelles apparaissant durant la grossesse soient abordées par un professionnel ? Si « oui » dans quel contexte ?

13) Après l'accouchement, vous souhaiteriez :

- Retrouver la même taille qu'avant votre grossesse
- Obtenir une taille plus fine qu'avant votre grossesse

Et en combien de temps ?

Ou, souhaiteriez-vous conserver quelque Kg pris durant la grossesse ?

Oui Non

14) Souhaitez vous allaiter ?

Oui Non

Pour quel(s) motif(s) ?

Annexe II

L'OMS classe l'indice de masse corporelle de la façon suivante :

< 18,5	Maigreur
18,5-24,9	Normal
25-29,9	Surpoids
30-34,9	Obésité modérée
35-39,9	Obésité sévère
≥ 40	Obésité morbide

L'Indice de masse corporelle se calcule de la manière suivante :

$$\text{IMC} = \frac{\text{Poids (en Kg)}}{\text{Taille (en m)}^2}$$