

L'alimentation de la femme pendant la grossesse

Comprendre pour agir

Pas de régime alimentaire spécifique...

L'alimentation à recommander pendant la grossesse diffère peu de celle qui est conseillée de manière générale à tout adulte (cf. recommandations du PNNS). En effet, un ensemble de mécanismes se met en place au cours de la grossesse pour couvrir les besoins en énergie, protéines, vitamines, minéraux et oligoéléments liés à la croissance du fœtus et aux modifications de l'organisme maternel, notamment :

- un accroissement progressif de l'appétit, donc de la consommation alimentaire spontanée ;
- une adaptation très précoce du métabolisme de nombreux nutriments à la grossesse (azote, calcium, fer notamment) ;
- une mobilisation des réserves de l'organisme maternel pour les besoins du fœtus ;
- des modifications du métabolisme placentaire.

... mais quelques précautions à prendre

Certains points sont en effet spécifiques au projet de grossesse et à la grossesse. Il s'agit notamment de :

- prévenir certaines déficiences ou carences (prescription d'acide folique) ;
- limiter les risques sanitaires liés à certains aliments (prévention de la listériose, de la toxoplasmose) ;
- proscrire certains comportements (consommation d'alcool), en limiter d'autres (consommation de café) ;
- surveiller la prise de poids (notamment pour les femmes en surpoids ou obèses) ;
- prévenir l'allergie (en cas d'antécédent familial).

Les changements à apporter à l'alimentation peuvent être mineurs à très importants, en fonction des habitudes alimentaires de la femme. Il lui faudra peut-être, par exemple, réduire pour un temps sa consommation de produits sucrés (du fait d'un diabète gestationnel, d'une prise de poids trop importante) ou de fromage (prévention des infections), augmenter sa consommation de légumes (troubles digestifs), manger moins épicé, etc. Parfois le rythme alimentaire devra également être modifié : repas fractionnés, collations plus fréquentes par exemple.

Tous ces changements sont loin d'être anodins. Et, parce que les comportements alimentaires sont complexes et fortement déterminés par des facteurs socioculturels et psychologiques, faire exclusivement appel à la raison en apportant une information sur les aliments « conseillés » ou « à proscrire » ne suffit pas à modifier les habitudes : « De multiples travaux en sciences sociales montrent comment des comportements à risque peuvent s'avérer parfaitement

rationnels pour les individus et profondément enracinés dans leur environnement social et culturel. »⁽¹⁾ Chacun a en effet pu constater, ou expérimenter lui-même, combien il est difficile de transformer des habitudes alimentaires, profondément ancrées dans le quotidien et vecteurs de plaisir et de sécurité affective.

Surpoids, obésité et grossesse

Les effets du surpoids ($25 \leq \text{IMC} < 30$) sur le déroulement de la grossesse et les risques materno-fœtaux sont peu documentés. Il est en revanche bien établi que l'obésité ($\text{IMC} \geq 30$), qu'elle préexiste à la grossesse ou apparaisse au cours des neuf mois, est un facteur de risques maternels (infertilité, diabète gestationnel, hypertension artérielle, difficultés lors de la délivrance) et fœtaux (macrosomie, mort *in utero*, fausse couche) ; elle augmente les taux de césariennes et d'admissions en unité intensive néonatale⁽²⁾.

Prévenir l'excès pondéral des femmes en âge de procréer et limiter la prise de poids excessive pendant la grossesse constituent donc des enjeux majeurs de santé publique. Un régime amaigrissant, parallèlement à la pratique d'activités physiques, pourra être envisagé à distance de la grossesse, mais en aucun cas pendant, en raison des effets délétères pour le fœtus de restrictions caloriques et alimentaires⁽³⁾.

Le diabète gestationnel (DG)

Il concernerait 6 % des grossesses en France. Le résultat défavorable le plus commun associé au DG est la macrosomie fœtale et ses conséquences sur l'accouchement (césarienne) et en période néonatale (hypoglycémie sévère et hyperinsulinisme). Un diagnostic de DG doit amener à une prise en charge rapide, associant surveillance diabétologique, prescription diététique et éventuellement insulinothérapie (si aucun résultat n'est observé après une semaine).

Il n'y a pas encore de consensus international en matière de stratégie de dépistage et de diagnostic du DG : méthode en deux temps ou en un temps ? Dépistage systématique ou ciblé ?

En France, le Cngof (1997) et l'Alfediam (1996) recommandent le dépistage systématique de toutes les femmes (et pas seulement celles à risque) entre 24 et 28 SA selon la méthode en deux temps. Mais pour certains auteurs, il n'y a aucune preuve que le traitement des femmes ayant une intolérance anormale au glucose réduise la mortalité périnatale ni la morbidité ; en conséquence, rien ne justifierait de dépister systématiquement un DG. La parution de recommandations internationales est donc vivement attendue.

Le vécu des femmes et des couples, leurs besoins

Vécu de la prise de poids : les mères vivent généralement mal la forte pression concernant leur poids⁽⁴⁾, d'autant qu'elle n'est pas toujours justifiée ni cohérente. La crainte de « faire un gros bébé » ou de prendre trop de poids pendant la grossesse peut générer des comportements caloriques restrictifs à risque pour le bébé et nuire à l'équilibre psychique de la femme du fait de privations et frustrations multiples. Après la grossesse, les femmes qui ne parviennent pas à perdre le poids pris pendant la grossesse peuvent souffrir du regard des autres et avoir du mal à s'accepter. Leur qualité de vie et leurs relations de couple s'en trouvent parfois dégradées.

Besoin d'une information cohérente en matière de recommandations nutritionnelles : il est important que les discours des professionnels puissent être cohérents sur ce sujet (suppléments vitaminiques et minéraux à proposer, prise de poids conseillée, etc.). Les femmes attendent également des conseils précis, argumentés et pratiques en cas de régime alimentaire, qu'il s'agisse d'un choix personnel (végétarisme, végétalisme) ou déterminé par une pathologie préexistante ou liée à la grossesse (diabète, hypertension).

Prise en compte des croyances et des représentations des femmes sur l'alimentation en général et sur les liens plus spécifiques entre alimentation durant la grossesse et ses effets sur le bébé.

Fixation d'objectifs raisonnables : ils peuvent concerner le choix des aliments à consommer (diversité, qualité et quantité), les modes de préparation, un changement du rythme alimentaire. La grossesse est un moment privilégié pour revoir l'alimentation car la femme enceinte est réceptive aux conseils donnés. Une démarche centrée sur la personne consistera à faire le point sur ses habitudes alimentaires (un bilan par une diététicienne à l'hôpital ou en libéral peut être utile), ainsi que sur ce qu'elle « est, sait, croit, redoute et espère »⁽⁵⁾. Le professionnel pourra, à partir de là, reprendre des informations utiles pour la patiente, et discuter d'un plan d'action avec des objectifs pratiques et atteignables que la femme aura si possible fixés elle-même.

Les bonnes pratiques, les recommandations

« Comment mieux informer les femmes enceintes ? » (HAS, mai 2005)

■ Prescription de compléments nutritionnels pendant la grossesse

- Seul l'acide folique est à conseiller systématiquement. En complément nutritionnel, 28 jours avant la conception et jusqu'à 12 semaines de gestation, il réduit le risque de malformation du tube neural (anencéphalie, spina-bifida). La dose recommandée est de 400 µg par jour.
- En cas de carence, de la vitamine D, du fer, de l'iode ou du calcium peuvent être prescrits. La vitamine D est prescrite systématiquement aux femmes qui s'exposent peu au soleil ou en cas de port de vêtements couvrants ou de faible apport alimentaire et pour les grossesses qui se développent en hiver. Dans ces cas, une dose unique de 100 000 UI administrée au début du 6^e ou 7^e mois est recommandée lorsque la supplémentation n'a pas été entreprise dès le début de la grossesse.

■ Prise de poids pendant la grossesse

- La prise de poids est en moyenne de 1 kg par mois et de 1,5 kg les deux derniers mois. Cette prise de poids idéale dépend de l'IMC de départ.

■ Prévention des risques infectieux

- Prévention de la toxoplasmose :
 - . laver soigneusement les fruits et légumes, surtout s'ils sont destinés à être consommés crus ;
 - . bien cuire la viande et le poisson ;
 - . éviter les contacts directs avec les objets qui pourraient être contaminés par les excréments de chats ;
 - . éviter le contact avec la terre.
- Prévention de la salmonellose : en plus des mesures précédentes :
 - . éviter de consommer des œufs crus ou mal cuits ;
 - . réaliser les préparations à base d'œufs sans cuisson le plus près possible du moment de la consommation et les conserver au frais.
- Prévention de la listériose :
 - . éviter de consommer des fromages à pâte molle au lait cru ;
 - . pour les charcuteries, préférer les produits préemballés et les consommer rapidement après leur achat.
- Et de façon plus générale : nettoyer régulièrement le réfrigérateur, ne pas conserver les aliments trop longtemps, se laver souvent les mains.

Ce que le professionnel peut faire

La démarche éducative peut porter sur :

- l'aide à l'adoption de comportements alimentaires favorables à la santé et à l'état de grossesse ;
- en particulier, l'aide au changement des habitudes de vie en cas de prescription ou d'observance d'un régime alimentaire particulier (suite à un diabète gestationnel, un surpoids ou une obésité préexistante à la grossesse, en cas de végétarisme, etc.) ;
- la façon dont la femme vit sa prise de poids et la pression de l'entourage (médical ou personnel) sur ce sujet.

Voici des exemples de propos autour de **l'aide à l'adoption de comportements alimentaires favorables à la santé et à l'état de grossesse.**

Axes d'intervention possibles

Exemples

Favoriser l'expression/ proposer une écoute

Encourager l'expression de la femme sur son rapport à l'alimentation avant la grossesse (troubles du comportement alimentaire, tentatives de régimes, etc.) et pendant la grossesse (aversions, restrictions, changements de rythme, etc.).

*Comment ça se passe avec votre alimentation depuis que vous êtes enceinte ?
Des choses ont-elles changé ?*

Favoriser l'expression de la femme sur ses représentations et ses connaissances du lien entre alimentation et santé du bébé.

Encourager l'expression de la femme sur la façon dont elle vit sa prise de poids.

Aborder/évaluer une situation

Repérer un régime alimentaire inadéquat (qualité et/ou quantité).

*Si vous voulez bien, nous allons faire un point sur vos habitudes alimentaires.
Pourriez-vous me décrire par exemple ce que vous avez mangé hier ?*

Identifier des difficultés financières ou matérielles (manque de place, éloignement des lieux d'achat), des compétences culinaires limitées.

Repérer des difficultés à s'alimenter/à faire la cuisine du fait des nausées, vomissements, remontées acides...

Informier/expliquer

En fonction de ce qu'aura dit la femme, privilégier la ou les informations qui lui seront les plus utiles. La nutrition est un domaine tellement vaste qu'il ne peut pas être abordé en une consultation/visite.

Si la femme est concernée, informer sur les pathologies (surpoids, diabète, hypertension) et les régimes (végétarisme, végétalisme) qui nécessitent une prise en charge alimentaire particulière.

Accompagner la réflexion

À partir des habitudes alimentaires qu'a décrites la femme, identifier avec elle les points à améliorer (si nécessaire) et discuter les obstacles éventuels au changement.

D'après vous, quels seraient les points à changer dans votre alimentation ?

Identifier ce qui la motive, la volonté d'agir.

*Qu'est-ce qui fait que vous avez envie de modifier vos habitudes alimentaires ?
Quels bénéfices pensez-vous en retirer ?*

Fixer des objectifs, mettre en place un « plan d'action ».

S'engager

Faire le point, lors des visites suivantes, sur les améliorations et les efforts consentis.

*Depuis votre dernière visite, quels changements avez-vous apportés à votre alimentation ?
Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?*

En cas de difficultés, soutenir en évitant le jugement.

Si un bilan alimentaire a été fait par un diététicien, demander, avec l'accord de la patiente, à en prendre connaissance.

Faire le lien avec les autres acteurs (professionnels, entourage)

Faire appel au soutien de toute la famille.

Proposer une consultation avec un diététicien.

Pour les femmes en grandes difficultés financières, envisager le recours à une assistante sociale, mentionner l'existence des banques alimentaires, des épiceries sociales. Donner leurs coordonnées, préciser les démarches.

Brochure, guide

- « Le guide nutrition pendant et après la grossesse ». Guide d'informations et de conseils sur l'alimentation et l'activité physique, destiné aux femmes enceintes et qui allaitent. Édité par l'Inpes (septembre 2007).
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1059.pdf> [dernière consultation le 18/06/09].
- « Vous avez un projet de bébé ? Pensez dès maintenant à la vitamine B9 ». Dépliant d'information destiné à toutes les femmes en âge de procréer. Édité par l'Inpes (à paraître).

Site Internet

- Rubrique « femmes enceintes » de l'espace grand public du site du PNNS (Programme national nutrition santé) : <http://www.mangerbouger.fr/menu-principal/femmes-enceintes/>

Ressources pour approfondir le sujet

Guide

- « Livret d'accompagnement du *Guide nutrition pendant et après la grossesse* destiné aux professionnels de santé ». Édité par l'Inpes (septembre 2007).
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detailEspaces.asp?numfiche=1060&order=support&public=PS> [dernière consultation le 19/06/09].

Site Internet

- Rubrique « professionnels de santé » du site du PNNS (Programme national nutrition santé) : <http://www.mangerbouger.fr/professionnels/>

- ^[1] Peretti-Watel P., Obadia Y., Arwidson P., Moatti J.-P. Un risque, ça va ! Trois risques, bonjour les dégâts. Les difficultés de l'éducation pour la santé à prévenir des risques comportementaux multiples. *Promotion & Éducation*, 2008, vol. 15, n° 1 : pp. 40-45.
- ^[2] Arendas K., Qiu Q., Gruslin A. Obesity in pregnancy: pre-conceptional to postpartum consequences. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, juin 2008, vol. 30, n° 6 : pp. 477-488. En ligne : www.sogc.org/jogc/abstracts/full/200806_Obstetrics_1.pdf [dernière consultation le 15/05/09].
- ^[3] Roseboom T.-J., Van der Meulen J.-H., Ravelli A.-C., Osmond C., Barker D.-J., Bleker O.-P. Effects of prenatal exposure to the Dutch famine on adult disease in later life: An overview. *Molecular and Cellular Endocrinologie*, 20 décembre 2001 ; vol. 185, n° 1-2 : pp. 93-98.
- ^[4] Dipietro J.-A., Millet S., Costigan K.-A., Gurewitsch E., Caulfield L.-E. Psychosocial influences on weight gain attitudes and behaviors during pregnancy. *Journal of the American Dietetic Association*, octobre 2003, vol. 103, n° 10 : pp. 1314-1319.
- ^[5] Sandrin-Berthon B. Pourquoi parler d'éducation dans le champ de la médecine ? In : Sandrin-Berthon B. dir. *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Paris : Presses Universitaires de France, 2000 : pp. 7-39.