

Faculté de Médecine  
Ecole de Sages-femmes

Diplôme d'Etat de Sage-femme

2014-2015

**« L'Alimentation pendant la grossesse : entre  
conseils médicaux, envies et croyances  
populaires »**

Présenté et soutenu publiquement le 5 mai 2015 par

**Hyvernaud Morgane**

Directeur : Dominique BLIGNY

Guidant : Marie-Noëlle VOIRON





## Remerciements

---

À ma guidante de mémoire, *Mme Marie-Noëlle Voiron*, directrice de l'école de sages-femmes de Limoges pour ses précieux conseils, sa disponibilité et ses encouragements.

À ma directrice de mémoire, *Mme Dominique Bligny*, médecin nutritionniste, pour avoir toujours cru en moi et m'avoir soutenu dans ce travail.

À toute l'équipe de l'Hôpital Mère et Enfant de Limoges, et particulièrement *Mme Chantal Barrière* pour m'avoir aidée dans la distribution de mes questionnaires.

À M. *François Dalmay*, pour son aide dans l'exploitation de mes résultats statistiques.

À ma famille et à mes amis, pour avoir supporté de m'entendre régulièrement parler d'alimentation et de croyances en tout genre pendant la grossesse.

Et pour finir, bien sûr, je tiens à remercier toutes les femmes qui ont porté de l'intérêt à mon étude et ont répondu à mon questionnaire.

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Table des matières

---

Introduction .....	8
Première partie : L'alimentation d'hier à aujourd'hui .....	9
1. Historique.....	10
1.1. Des croyances anciennes sur l'alimentation pendant la grossesse .....	10
1.1.1 Les règles de comportement alimentaire .....	10
1.1.2 Les envies alimentaires de la femme enceinte.....	11
1.1.3 Les prédictions sur l'enfant .....	12
2. De nos jours.....	13
2.1. Les déterminants des comportements alimentaires .....	13
2.2. La nutrition : un enjeu de santé publique .....	14
2.3. Recommandations alimentaires pendant la grossesse .....	15
2.3.1 Le poids pendant la grossesse .....	16
2.3.2 L'équilibre alimentaire de la grossesse .....	17
2.3.3 Recommandations contre les infections alimentaires.....	19
2.4. Les croyances actuelles.....	20
2.4.1 Régime alimentaire et grossesse .....	21
2.4.2 Les interdits alimentaires culturels .....	22
2.4.3 Tentatives d'explications des modifications gustatives pendant la grossesse .....	23
Deuxième partie : Méthodologie et résultats.....	26
1. Objectif et hypothèses de recherche .....	27
2. Schéma d'étude .....	27
2.1. Type et intérêt de l'étude .....	27
2.2. Variables.....	28
2.3. La population .....	28
2.4. Exploitations des données .....	29
2.5. Méthode statistique.....	29
3. Résultats de l'étude.....	30
3.1. Caractéristiques de la population.....	30
3.1.1 L'I.M.C initial .....	31
3.1.2 Les risques infectieux alimentaires .....	32

3.2. Hypothèse principale .....	33
3.2.1 Respect des règles hygiéno-diététiques pendant la grossesse .....	33
3.2.1.1. I.M.C initial et respect des règles hygiéno-diététiques .....	34
3.2.1.2. Prise de poids et respect des règles hygiéno-diététiques .....	34
3.2.2 Hypothèses secondaires.....	36
3.2.2.1. Première hypothèse secondaire .....	36
3.2.2.2. Deuxième hypothèse secondaire .....	37
3.2.2.3. Troisième hypothèse secondaire .....	38
3.2.3 Profil des femmes ne respectant pas les RHD .....	40
Troisième partie : Analyse et discussion.....	42
1. Confrontation aux hypothèses.....	43
1.1. Alimentation et respect des règles hygiéno-diététiques (RHD).....	43
1.2. Hypothèses secondaires.....	45
1.2.1 Restrictions alimentaires.....	45
1.2.2 Croyances et alimentation .....	46
1.2.3 Envies et dégoûts .....	46
2. Points forts et points faibles de l'étude .....	47
2.1. Points forts.....	47
2.2. Points faibles .....	47
3. Propositions d'actions .....	48
Conclusion .....	50
Références bibliographiques .....	51
ANNEXE I .....	53
ANNEXE II .....	54
ANNEXE III .....	55
ANNEXE IV .....	59



## Introduction

---

Lors de mes stages effectués en consultations, j'ai pu observer que la prise de poids pendant la grossesse était très variable selon les femmes et ce, malgré les recommandations médicales données pour le suivi mensuel de la grossesse. Or, il est important de tenir compte de cette prise de poids pour prévenir certaines complications obstétricales liées à l'alimentation (macrosomie, diabète gestationnel, etc).

Il m'a semblé que beaucoup de femmes avaient une manière différente de se nourrir avant et après l'annonce de la grossesse. J'ai pu entendre parler d'envies alimentaires, de dégoût de certains aliments, ou encore de modifications des habitudes alimentaires (notamment pour prévenir la toxoplasmose ou la listériose).

Comme il est facile de comparer une grossesse à celle d'une sœur, d'une mère ou d'un autre membre de la famille, la future mère peut être influencée par les conseils et anecdotes de son entourage proche. Profiter de l'expérience des autres peut permettre à la gestante de se rassurer et accepter les changements et désagréments qui peuvent être liés à cet état physiologique.

De plus, certaines idées reçues sur l'alimentation sont encore ancrées dans les mœurs populaires. Par exemple, « être enceinte c'est manger pour deux » ou encore « les envies laissent des tâches sur la peau de l'enfant ». Ces croyances, associées à de nombreux paramètres comme l'âge, le contexte socio-économique, le mode de vie, l'éducation ou encore la culture, peuvent être mis en corrélation avec les différences de prise de poids observées.

Suite à ce constat, la problématique que l'on peut émettre est : quel comportement alimentaire la femme enceinte adopte-t-elle face aux préconisations médicales, aux croyances populaires et à ses éventuelles envies ?

Dans une première partie je m'intéresserai à l'évolution de l'alimentation et des croyances associées. Puis dans une deuxième partie j'exposerai la méthodologie et les résultats de l'étude, et enfin je terminerai par l'analyse des résultats et la discussion dans une troisième et dernière partie.



**Première partie : L'alimentation d'hier à aujourd'hui**

# 1. Historique

## 1.1. Des croyances anciennes sur l'alimentation pendant la grossesse

Dans son livre « *Venir au monde, les rites de l'enfantement sur les cinq continents* », Lise Bartoli recueille les propos et témoignages de femmes qu'elle a rencontrées dans divers pays du monde pour connaître les rituels et croyances existants depuis des générations. Il en existe une très grande diversité tant les coutumes varient d'une population à l'autre, voire d'un village à l'autre. Bien souvent, les femmes ne se souviennent plus de l'origine de ces rites, mais elles continuent à les perpétuer, respectant la tradition ancestrale. Les croyances ont toujours existé pour tenter d'expliquer et de maîtriser les phénomènes a priori non-contrôlables comme par exemple le déroulement d'une grossesse, surtout quand les connaissances scientifiques étaient peu développées. Des interdits ainsi que des règles de comportement alimentaire avaient été instaurés pour la femme enceinte pour tenter de maîtriser et conjurer les menaces existantes sur la mère et son enfant. Tout ceci était mêlé à la superstition, la magie, la religion... [1]

### 1.1.1 Les règles de comportement alimentaire

Tous les pays rivalisaient d'imagination à propos des aliments recommandés pour la femme enceinte afin que l'enfant attendu soit beau et en bonne santé.

Autrefois en France, la femme enceinte devait avoir une hygiène alimentaire stricte : ne pas se sous-alimenter, ne pas connaître d'état d'ivresse et éviter certains aliments jugés nocifs comme les épices, les salaisons, les œufs durs, les escargots, le lapin ou encore le lièvre.

Aristote et Pline disaient « *si la femme grosse mange des viandes trop salées, son enfant viendra au monde sans ongles, qui est signe qu'il ne sera de longue vie* ». [2] L'œuf était fortement déconseillé de par sa forme, sa nature et son évolution, car il évoquait trop la procréation humaine, il pouvait donc nuire à la grossesse en cours.

Le lapin et le lièvre étaient réputés pour donner des divisions palatines, et les escargots pour donner des enfants baveux. Les fruits mûrs comme le coing ou la poire « fortifiaient le ventre de la femme enceinte », en revanche la consommation de menthe sauvage, de sésame ou encore de câpres entraînait des fausses-couches.

On pensait également que les grains de beauté, les naevi, étaient dus à la consommation de raisin noir ou encore de grains noirs de poivre pendant la grossesse. Par ailleurs, on croyait que l'eau-de-vie bue avant l'accouchement contribuait à « dégraisser l'enfant » pour l'aider à se débarrasser de l'enduit sébacé (en réalité le vernix) qui, dans l'opinion commune était formé par le sperme du père. Les boissons stimulantes comme le café, le thé ou le chocolat favorisaient les nouveau-nés sains et robustes. [3]

Au XIXème siècle, une croyance populaire chinoise disait que le thé bu habituellement avait tendance à colorer la peau en formation, donc si la mère en buvait pendant les premiers mois de grossesse, le futur enfant aurait un teint bronzé. En Turquie, consommer de la crème fraîche ou boire du lait pendant la grossesse donnait une peau blanche au futur enfant. Au Cameroun, manger du kaolin pendant la grossesse devait faciliter l'accouchement et faire un masque de beauté au futur bébé. Au Gabon, on pensait que la peau rugueuse de l'avocat donnait la gale à l'enfant, de même qu'au Mali, l'ananas (par sa texture), était connu pour couvrir l'enfant de plaies. [4]

### **1.1.2 Les envies alimentaires de la femme enceinte**

Souvent traitées avec humour, les envies alimentaires constituent encore aujourd'hui une manifestation connue de la grossesse. Elles s'expriment par un désir excessif et inhabituel d'un aliment hors saison, sans rapport avec le climat, à n'importe quel moment de la journée. [5]

Ces convoitises étaient réputées pour laisser des marques sur le corps de l'enfant, par exemple une envie de fruits rouges donnait une « tâche de vin », une

envie de café « une tâche café au lait », et les envies de fraises des angiomes. D'après une croyance populaire, pour éviter que l'enfant ne naisse avec la marque d'un désir de sa mère, source de malheur pour lui, l'entourage de la femme enceinte devait satisfaire ses désirs. On pensait qu'une frustration chez la mère pouvait également entraîner une fausse-couche. Dans les mœurs traditionnelles, les envies étaient dues au fait que le fœtus prenait possession du corps et de l'esprit de sa mère. Si les envies n'étaient pas satisfaites, le fœtus essayait de sortir du ventre de sa mère qui alors perdait celui-ci. [2]

### **1.1.3 Les prédictions sur l'enfant**

Depuis longtemps, des croyances existent sur les effets de la nutrition dans la détermination du sexe fœtal et de ses futures capacités.

Au Moyen-Âge, il fallait verser du sel sur la tête de la future mère et voir quel prénom masculin ou féminin elle citerait spontanément. Une autre version était de le verser sur les seins de la future mère : il fondait si l'enfant était un garçon. On pouvait également verser du lait dans les urines de la future mère, si le lait coulait cela annonçait un garçon, s'il surnageait une fille.

À la Renaissance, on pensait qu'une femme qui mangeait volontiers de la volaille et écoutait parler de tournois et de joutes avec plaisir portait un fils.

En 1892, Geddes et Thomson élaborent une théorie : une alimentation insuffisante ou anormale pendant la grossesse a tendance à produire des fœtus de sexe masculin, à l'inverse une nutrition abondante et succulente favorise le développement du sexe féminin. La disette lors des périodes de guerres serait ainsi responsable de la tendance au sexe masculin. [5]

Connaître l'histoire et l'évolution de l'alimentation permet de mieux comprendre certaines croyances et comportements alimentaires actuels.

## 2. De nos jours

### 2.1. Les déterminants des comportements alimentaires

Une expertise scientifique collective (ESCo) explique que les mécanismes physiologiques de régulation de la prise alimentaire (faim, satiété) dépendent d'un réseau de signaux internes situés dans l'appareil digestif et le système nerveux central. Plus on est à l'écoute de ces signaux, mieux se fait l'ajustement quantitatif des repas. Le corps humain s'autorégule grâce à une compensation énergétique qui corrige davantage les déficits que les excès, ce qui explique que la prise de poids se fait plus facilement. [6]

L'environnement dans lequel se déroulent les repas est important : par exemple manger devant la télévision perturbe l'attention du mangeur et induit une surconsommation. De plus, la consommation d'aliments provoque une sensation de plaisir qui est accentuée lorsque les aliments sont gras et/ou sucrés. Il est possible de jouer sur la composition des aliments pour déterminer leur pouvoir rassasiant (taux en fibres) et au contraire leur pouvoir attractif, (les boissons sucrées ou les gâteaux par exemple) qui empêche l'autorégulation physiologique. [7]

Les comportements alimentaires sont influencés par de nombreux paramètres :

- liés au produit en lui-même : sa qualité, son prix, sa disponibilité en magasin, son packaging<sup>1</sup> et sa publicité. L'image du consommateur souverain libre de ses choix est donc illusoire... [8]
- liés au consommateur : représentations de chacun, âge, sexe, catégorie sociale, appartenance culturelle, et même géographique : par exemple, le Nord de la France consomme comme matières grasses plutôt du beurre et de la margarine, tandis que le Sud consomme plus de l'huile. [7]

---

<sup>1</sup> Le packaging désigne l'emballage extérieur ou le conditionnement visible du produit. Les missions principales du packaging sont d'attirer l'attention du consommateur, déclencher l'achat, séduire après l'achat et faciliter son usage.

## 2.2. La nutrition : un enjeu de santé publique

Malgré l'essor de la consommation de masse et la démocratisation de la plupart des aliments, une inégalité alimentaire persiste. Les populations défavorisées consacrent jusqu'à 50% de leur budget dans l'alimentation (contre 17% en moyenne nationale) et ont des choix alimentaires moins conformes aux recommandations de santé que les catégories aisées. Cette inégalité se voit dans les circuits de distribution fréquentés, et dépend d'une multitude de facteurs comme la situation familiale (séparation, famille monoparentale...), la situation professionnelle (chômage, étudiants, temps partiels...), le niveau d'éducation, l'origine culturelle, ou encore l'isolement. [7]

En 2001, un Programme National Nutrition Santé (PNNS) est adopté en France. L'objectif principal de ce programme<sup>2</sup> est de faire évoluer les habitudes alimentaires des Français afin que la nourriture devienne un facteur de protection contre des pathologies répandues comme l'obésité ou le diabète de type 2. [9]

Les objectifs concernant les femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse sont les suivants :

- Corriger les éventuels déficits en acide folique aussi appelé vitamine B9 pour :
  - o diminuer les anomalies de fermeture du tube neural (spina-bifida, anencéphalie, encéphalocèle, craniorachisis...etc)
  - o diminuer le risque de prématurité
  - o diminuer le risque de retard de croissance intra-utérin fœtal
  - o diminuer les anomalies vasculaires gravidiques (placentation, circulation sanguine). [10]
- Sensibiliser aux bienfaits de l'allaitement maternel.
- Réduire les carences en vitamines et minéraux chez les femmes ayant une alimentation inadaptée en leur donnant de meilleures habitudes alimentaires.
- Diminuer la prévalence des anémies ferriprives c'est-à-dire liées à une carence des réserves en fer de l'organisme, chez les femmes en âge de procréer à moins de 3%.
- Faire attention aux allergies alimentaires. [9]

---

<sup>2</sup> Le PNNS a été prolongé en 2006 puis en 2011.

### 2.3. Recommandations alimentaires pendant la grossesse

La grossesse est une période favorable pour prendre ou reprendre de bonnes habitudes alimentaires. Les recommandations concernant l'alimentation diffèrent peu de celles données à tout adulte, car pendant la grossesse, des mécanismes d'adaptation se mettent en place : accroissement progressif de l'appétit, utilisation des réserves de l'organisme maternel, et adaptation du métabolisme maternel. [11]

Combinés à une alimentation variée et suffisante, ces mécanismes d'adaptation contribuent à mener favorablement la grossesse à terme. Par conséquent, il est important d'avoir de bons repères de consommation des aliments. (ANNEXE I)

Cependant, même avec une alimentation dite « équilibrée », une prévention et une surveillance doivent être mises en place pendant la grossesse pour :

- Prévenir les déficiences en folates, vitamine D, fer, iode... en favorisant la consommation de certains aliments ou si cela ne suffit pas, supplémenter par un traitement.
- Limiter les risques sanitaires liés à certains aliments (toxoplasmose, listéria...) notamment si la patiente n'est pas immunisée.
- Surveiller l'évolution du poids de la femme enceinte pour favoriser une grossesse et un accouchement sans complications (macrosomie, diabète gestationnel, atteintes cardiovasculaires...).
- Eviter voire proscrire certains comportements à risque (consommation d'alcool, de tabac, de drogues...).
- Lutter contre les petits désagréments de la grossesse (constipation, pyrosis...).
- Prévenir les allergies alimentaires.
- Avoir une activité physique adaptée. [12]

### 2.3.1 Le poids pendant la grossesse

Le suivi pondéral est important au cours de la grossesse, il se fait à chaque consultation mensuelle. Même s'il n'entraîne pas forcément la maîtrise de la prise de poids, il permet d'anticiper les éventuelles complications obstétricales maternelles et fœtales. Il est possible d'évaluer la prise de poids idéale pendant la grossesse chez la femme. Pour cela, il suffit de calculer l'indice de masse corporelle (IMC)<sup>3</sup> existant avant la gestation. [13]

IMC avant grossesse	Prise de poids idéale
IMC < 19,8	Entre 12,5 et 18 kg
19,8 ≤ IMC < 26	Entre 11,5 et 16 kg
26 ≤ IMC < 29	Entre 7 et 11,5 kg
IMC ≥ 29	Entre 6 et 10 kg

Tableau 1 : Prise de poids recommandée au cours de la grossesse en fonction de l'IMC de la mère au moment de la conception<sup>4</sup> [14]

Ce tableau montre que plus l'IMC initial de la gestante est élevé, plus le gain pondéral recommandé est faible. Il est donc nécessaire d'adapter les conseils diététiques selon le morphotype des patientes.

◆ Le surpoids et l'obésité (préexistants à la grossesse ou acquis au cours des neuf mois) majorent les risques :

- De complications vasculaires maternelles : pré-éclampsie, maladies thromboemboliques, hypertension artérielle gravidique, etc.
- De diabète gestationnel et par conséquent de macrosomie.
- D'allongement de la durée du travail.
- D'augmentation du taux d'extractions instrumentales (forceps, césariennes au cours du travail) et de prématurés.
- De surpoids ou d'obésité maternelle à long terme après l'accouchement. [15]

<sup>3</sup> L'IMC permet d'estimer l'excès de masse grasse dans le corps et de définir la corpulence. Plus l'IMC augmente, plus les risques liés à l'obésité sont importants. Pour le calculer, il faut diviser le poids (kg) par la taille (en mètres) au carré.  $IMC (kg/m^2) = \text{poids (kg)} / \text{taille (m)} \times \text{taille (m)}$ .

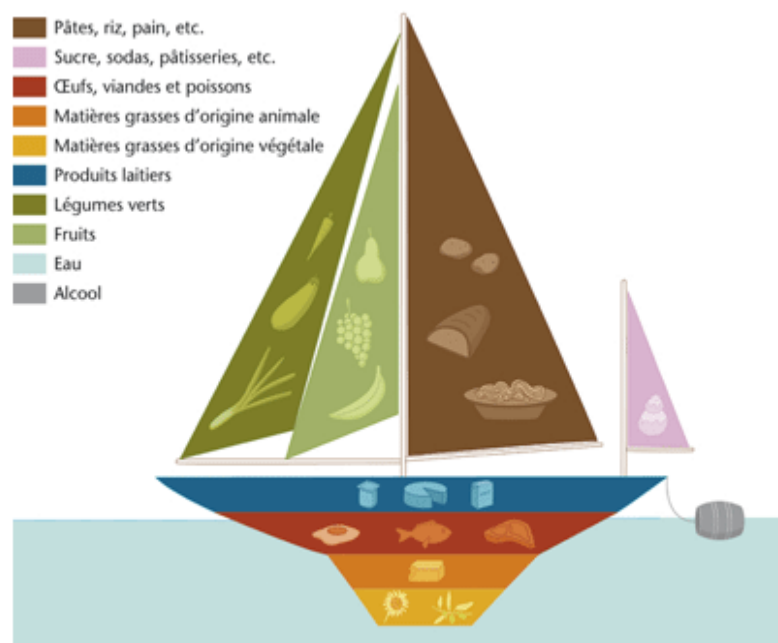
<sup>4</sup> D'après Abrams B. et al., Am. J. Clin. Nutr. 2000, 71 : 1233S - 1241S.



- ◆ Une prise de poids insuffisante pendant la grossesse augmente les risques :
  - de fausse couche,
  - d'asthénie maternelle,
  - d'accouchement prématuré,
  - d'hypotrophie foétale liée à un retard de croissance intra-utérin. [16] [17]

### 2.3.2 L'équilibre alimentaire de la grossesse

« Le bateau alimentaire » est une nouvelle représentation qui permet de bien visualiser la proportion des différents types d'aliments à consommer en une journée.



**Le bateau alimentaire de référence**

(Source : Afssa)

C'est un bateau à quatre voiles flottant sur l'eau, la seule boisson véritablement indispensable. Les différentes couleurs du bateau correspondent chacune à une famille d'aliments, dont la surface est proportionnelle à la part journalière recommandée. [18]

## Les situations particulières

Elles sont importantes à reconnaître afin d'adapter les conseils alimentaires.

◆ Les femmes en situation de précarité économique mangent peu de fruits, de légumes et de poisson. Les féculents et les produits sucrés constituent souvent la base de leur alimentation, ce qui les expose à un risque important de carences. Dans ce cas, il faut valoriser certains aliments peu chers (fruits secs, pois cassés, conserves de légumes, conserves de poissons gras, compotes...). [12]

◆ Les adolescentes n'ont pas terminé leur croissance, elles sont donc prédisposées à donner naissance à des enfants de petits poids ou à accoucher prématurément. Souvent dans des situations précaires, leur alimentation n'est pas toujours adaptée et elles ont un risque important de déficience en micro et macro nutriments. Leur prise de poids pendant la grossesse est aussi un élément important à surveiller. [12]

◆ Les régimes végétariens exposent également à des carences, notamment l'alimentation végétalienne (excluant tout aliment d'origine animale, y compris les œufs et le lait). La prescription de suppléments médicamenteux peut être utile dans ces situations. Il convient également de ne pas consommer plus d'un produit à base de soja par jour car une partie des phyto-oestrogènes qu'ils contiennent peuvent provoquer des anomalies de développement des organes génitaux. En effet, les phyto-oestrogènes ont une structure similaire à l'œstradiol ce qui fait qu'ils peuvent se lier aux récepteurs oestrogéniques. [12]

◆ Chez les grossesses gémellaires et rapprochées (délai inférieur à 6 mois depuis le dernier accouchement), les réserves maternelles sont rapidement épuisées. L'augmentation des besoins en vitamines et oligoéléments peut nécessiter une prescription précoce de suppléments médicamenteux si l'alimentation reste éloignée des repères du PNNS. (ANNEXE I) [12]

### 2.3.3 Recommandations contre les infections alimentaires

Les femmes enceintes font partie des personnes les plus vulnérables à l'infection. Il est utile de leur rappeler quelques règles d'hygiène alimentaire pour prévenir les risques bactériens et parasitaires comme la toxoplasmose, la salmonellose ou encore la listériose.

- La toxoplasmose est une maladie infectieuse due à un parasite nommé *Toxoplasma gondii*. On peut être touché par cette parasitose partout dans le monde, et en France près de 45% des adultes ont déjà été contaminés. Après contamination, les personnes touchées restent immunisées toute leur vie. Le plus souvent, cette maladie reste bénigne et asymptomatique, mais elle peut donner de graves complications selon le stade de la grossesse (mort fœtale in utero, accouchement prématuré, lésions neurologiques fœtales...). Pour prévenir cette maladie infectieuse, les professionnels de santé recommandent des règles hygiéno-diététiques aux femmes enceintes non immunisées qu'elles doivent respecter tout le long de la grossesse (ANNEXE II). Les professionnels de santé leur prescrivent également une sérologie à effectuer tous les mois pour vérifier si elles ne sont pas infectées. [19]

- La listériose est une maladie rare transmise à l'homme par voie alimentaire, due à une bactérie nommée *Listeria monocytogenes*. Cette dernière est sensible à la chaleur et est détruite après une cuisson de 30 minutes à 60°C. *Listeria monocytogenes* est une bactérie psychrophile c'est-à-dire qu'elle peut se développer à basse température dans les réfrigérateurs et résister à la congélation. Chez la femme enceinte, l'infection peut passer inaperçue ou se réduire à un épisode pseudo-grippal, mais les conséquences peuvent être gravissimes pour l'enfant : accouchement prématuré, formes septicémiques avec détresse respiratoire à la naissance voire mort fœtale in utero. Pour prévenir cette maladie, les professionnels de santé conseillent aux femmes enceintes d'éviter les fromages à pâte molle au lait cru ainsi que les croûtes de fromage, les poissons fumés et les graines germées crues. Pour les charcuteries telles que le pâté, les rillettes, les produits en gelée ou le

jambon, il est préférable de consommer des produits pré-emballés et de les consommer rapidement. [20]

- La salmonellose est une infection bactérienne due aux entérobactéries de type *Salmonella* à l'exception des *Salmonella Typhi* et *paratyphi*. Elles sont présentes dans l'intestin des animaux, en particulier ceux des oiseaux. Elles résistent au froid (réfrigérateur et congélateur inefficaces) mais sont tuées par la chaleur. Les symptômes de la salmonellose ressemblent à ceux de la gastro-entérite, mais des complications peuvent survenir chez les personnes fragiles (déshydratation, septicémie...). A titre préventif il convient de conserver les œufs au réfrigérateur et de ne pas les consommer crus ou mal cuits (le blanc et le jaune doivent être fermes). Il est préférable de préparer soi-même les produits à base d'œufs sans cuisson comme la mayonnaise, les crèmes, mousses, pâtisseries... et de les consommer le plus rapidement possible après leur préparation en les maintenant au frais. La bactérie étant détruite par la chaleur, il est essentiel de cuire ou réchauffer les aliments crus d'origine animale ou les plats prêts à consommer à plus de 65°C. [21]

De nos jours, les recommandations médicales sur l'alimentation tentent de répondre aux comportements alimentaires inadaptés. Cependant, il est parfois difficile de faire changer un comportement alimentaire basé sur une croyance.

#### **2.4. Les croyances actuelles**

Les croyances ou traditions sur l'alimentation pendant la grossesse sont différentes selon les cultures. Elles ont pour but de faire en sorte que la grossesse et l'accouchement se passent bien, et que le futur enfant soit beau et en bonne santé.

### 2.4.1 Régime alimentaire et grossesse

◆ Dans de nombreux pays développés, « Mange pour deux » est un conseil que beaucoup de grands-mères donnent encore à leur petite fille enceinte. Cette croyance est quasi universelle : la femme enceinte doit bien manger, ne pas se priver, et ses envies alimentaires doivent être assouvies au maximum. Qui ne connaît pas l'image du père allant chercher des fraises en plein hiver réclamées par leur compagne ? Beaucoup de femmes livrent sur les forums leurs expériences concernant les envies alimentaires, les modifications de leur alimentation ou les changements de perception des aliments. « *Les 4 premiers mois de grossesse je n'ai mangé que des biscottes avec de la confiture de mirabelles, et des clémentines. Je puis la clémentine à longueur de journée. [...] sinon je n'ai pas eu d'autres envies particulières, mais surtout le dégoût de tout ce que j'aimais : le coca avait le goût de fer, j'avais la nausée en passant devant macdo, l'odeur de la menthe me rendait folle, et les petits suisses à la framboise avaient le goût de cornichon.* » [22]

Il existe également des croyances pour déterminer le sexe du futur enfant. Par exemple, avoir envie de produits sucrés pendant la grossesse serait le signe que l'on attend une fille, à l'inverse avoir envie de produits salés serait le signe que l'on attend un garçon. [23]

Enfin, il existe également sur internet des menus élaborés mois par mois pour les femmes enceintes afin de prévenir les carences en micronutriments. [24]

◆ Dans les pays en développement, il est courant de penser que l'enfant aura une marque sur la peau si la mère a une envie alimentaire inassouvie. Par exemple, une marque rouge si la mère a eu une envie de fraises pendant sa grossesse. Chez les Yamis de Taïwan, la femme enceinte porte le nom de « celle qui choisit sa nourriture » : tous les aliments dont elle a envie doivent lui être donnés car ils sont considérés comme favorables pour sa grossesse. À Madagascar, on pense que le nouveau-né ressemblera à la personne qui aura le plus satisfait les envies alimentaires de sa mère. Au Gabon, on considère que dès que la femme enceinte vomit, c'est que l'enfant ne désire pas l'aliment ingéré.

En Chine, une croyance dit que le poulet, dégusté à n'importe quelle sauce, est excellent et donne beaucoup de forces à la mère pendant la grossesse. Au Kenya, les accoucheuses traditionnelles donnent du piment aux femmes enceintes lorsqu'elles sont à leur troisième trimestre pour éviter qu'elles ne donnent naissance à un trop gros bébé, car elles pensent que le fœtus ingère directement les aliments que mange sa mère. Ainsi, si la nourriture est trop épicée, il en mangera moins. [7]

Ces exemples sont loin d'être exhaustifs, il existe autant de croyances sur l'alimentation qu'il y a d'ethnies dans le monde.

#### **2.4.2 Les interdits alimentaires culturels**

Une analyse des croyances portant sur les interdits alimentaires permet de les classer en deux groupes :

◆ Dans les pays développés, peu de croyances perdurent sur les interdits alimentaires. Les aliments évités sont le plus souvent liés à des connaissances scientifiques, notamment pour prévenir les infections alimentaires (détaillées antérieurement) et les désagréments de la grossesse. Par exemple, il est conseillé de limiter le thé, le café ou les sodas afin d'éviter les effets indésirables de la caféine (insomnie, excitation, palpitations, tremblements) et permettre une bonne absorption du fer qui peut être diminuée par la consommation de thé. [25]

◆ Dans les pays en développement, les interdits alimentaires semblent être plus nombreux. Au Mali, une croyance dit que les femmes enceintes ne doivent rien manger au dîner, sinon le bébé sera trop gros et la descente dans le bassin sera difficile. Ainsi, une décoction de *kékéliba*, une plante séchée, permettrait au fœtus de ne pas prendre trop de poids et donc faciliterait l'accouchement.

Les aliments pouvant occasionner des défauts de comportement au futur enfant sont aussi à éviter. Par exemple, si on ne veut pas que son enfant marche de travers, il faut éviter de manger du canard en Corée, et éviter de manger du crabe en

Afrique. Dans la même optique, manger du phacochère donnerait un nouveau-né qui renifle, et manger de la mangouste ou de la biche rendraient le nourrisson hypotrophe et peu résistant aux maladies. À l'inverse, certaines tribus africaines pensent que pour avoir un bébé courageux, il faut manger des viscères de fauve, et que pour avoir un bébé potelé, il faut manger des grosses grenouilles. [4]

Les aliments pouvant gêner la descente de l'enfant dans le bassin maternel au moment de l'accouchement sont également à éviter pendant la grossesse (subsistances nouées ou accrochées). Ainsi, au Cameroun, la femme enceinte ne devra pas manger d'igname si ce tubercule est entouré d'une racine d'arbre. [4]

Beaucoup d'analogies sont encore faites entre l'aspect des aliments ingérés et leurs effets sur l'enfant en gestation. Dans un cas comme dans l'autre, force est de constater que la grande majorité des interdits quelle que soit la culture d'où ils sont issus, portent sur des gestes qui seraient ailleurs considérés comme parfaitement anodins et sans conséquences. [26]

### **2.4.3 Tentatives d'explications des modifications gustatives pendant la grossesse**

Les femmes enceintes sont réputées avoir des envies et/ou des dégoûts alimentaires plus ou moins marqués. Ces modifications gustatives et olfactives ont plusieurs interprétations :

- ◆ Les lubies alimentaires seraient l'expression de besoins physiologiques. Par exemple, avoir envie de viande rouge serait le signe d'un besoin en fer.

- ◆ Les envies pourraient être une façon inconsciente de s'offrir une dernière fois le luxe de redevenir une petite fille choyée avant la naissance de l'enfant, car être mère implique de renoncer à s'occuper uniquement de soi-même. De plus, on sait que devenir mère engage des mécanismes psychologiques inconscients de régression, d'ambivalence et de désirs. [27]

- ◆ L'exacerbation olfactive pendant la grossesse proviendrait de l'augmentation significative du taux d'hormones sexuelles (oestrogènes) chez la

femme. En effet, d'après le Dr Christian Jamin, gynécologue-endocrinologue, la perception des odeurs est dépendante des hormones et par conséquent, plus le taux d'hormones sexuelles est élevé, plus la perception des odeurs est forte. Ce phénomène vient du fait que les cellules de l'odorat et des ovaires ont la même origine embryologique : tout au long de la vie ces deux systèmes restent interconnectés. [28]

Depuis les années 1980, on sait comment les informations sensorielles nées dans la bouche se transforment en une représentation consciente de l'aliment dégusté. Cette représentation dépend de deux choses :

- Une perception innée : chaque individu reçoit à sa naissance un équipement en récepteurs olfactifs et gustatifs qui lui est propre. C'est avec cet équipement déterminé génétiquement que l'individu va capter les odeurs, les goûts, les textures des aliments. Le goût d'un aliment est donc une sensation subjective, une représentation mentale des stimulations que nous transmettent nos sens. Les seuils de détection et de sensibilité varient d'une personne à l'autre. [29]
- Une appréciation acquise : les goûts et dégoûts dépendent des expériences développées vis-à-vis des aliments. Si l'environnement ou le contexte au moment de la dégustation est agréable, l'aliment sera associé à une valeur hédonique positive<sup>5</sup> et il sera considéré comme « bon ». Ces mécanismes associatifs puissants (convivialité de dégustation, connaissance de l'effet bénéfique de l'aliment...) modèlent nos préférences dès notre naissance, voire pendant la vie fœtale. [29]

Le plus étonnant est que les vraies raisons des préférences ou aversions alimentaires échappent souvent aux personnes : les mécanismes associatifs sont totalement inconscients. Il est fréquent de penser aimer un dessert pour son caractère moelleux ou craquant alors qu'en réalité, il est apprécié parce qu'une

---

<sup>5</sup> L'aliment amène une sensation de plaisir.



personne proche avait la gentillesse de le préparer pour faire plaisir dans l'enfance. La qualité bonne ou mauvaise d'un aliment est attribuée différemment par chacun en fonction de son vécu. Le goût est issu d'une histoire personnelle fortement influencée par l'éducation, la culture et l'odorat. [30]

## **Deuxième partie : Méthodologie et résultats**

## **1. Objectif et hypothèses de recherche**

Mon objectif est de décrire les modifications du comportement alimentaire induites par la grossesse.

Pour répondre à ma problématique de départ, j'ai émis plusieurs hypothèses :

Mon hypothèse principale est que la majorité des gestantes (plus de 60%) adaptent leur alimentation en fonction de ce qu'elles ont envie de manger tout en respectant les règles hygiéno-diététiques liées au risque de séroconversion et d'infection alimentaire.

Mes hypothèses secondaires sont :

- Une minorité de femmes enceintes (moins de 30%) considèrent la grossesse comme un état où il n'existe pas de restrictions alimentaires: elles adaptent leur alimentation en fonction des envies liées à la grossesse.
- Une minorité de femmes enceintes (moins de 30%) s'alimentent selon des croyances issues de leur famille ou de leur culture.
- Une minorité de femmes enceintes (moins de 30%) ont des envies ou des dégoûts alimentaires spécifiques à leur état de grossesse.

## **2. Schéma d'étude**

### **2.1. Type et intérêt de l'étude**

Mon étude est transversale et descriptive.

Elle permet de repérer et de comprendre les changements de comportements alimentaires chez la femme enceinte, ce qui est un phénomène peu étudié. De cette façon, les professionnels de santé effectuant le suivi de grossesse pourraient adapter leurs préconisations médicales sur l'alimentation.

## 2.2. Variables

- Les variables qui caractérisent la population étudiée sont : l'âge, la parité, l'IMC initial (avant la grossesse), la prise de poids pendant la grossesse, l'activité professionnelle, la situation familiale, la présence ou l'absence d'une immunité ancienne contre la toxoplasmose, avoir bénéficié ou pas d'informations sur les risques infectieux alimentaires pendant la grossesse, et la présence ou l'absence d'un antécédent d'infection alimentaire lors d'une grossesse.
- Pour l'hypothèse principale, les variables sont : le respect ou non des règles hygiéno-diététiques afin de voir quels aliments « à risque » les gestantes ont consommé pendant la grossesse, et la poursuite ou le changement des habitudes alimentaires existantes avant la grossesse (ANNEXE III, questions 12 et 13).
- Pour les hypothèses secondaires, les variables sont : la représentation de l'alimentation pendant la grossesse parmi 3 propositions (ANNEXE III, question 18), l'existence ou l'absence dans la culture ou dans l'histoire familiale de croyances alimentaires pendant la grossesse, le respect ou non de ces croyances alimentaires pendant la grossesse, et l'existence ou l'absence d'envies et / ou de dégoûts alimentaires pendant la grossesse, avec leur nature et leur fréquence.

## 2.3. La population

La population de l'étude est l'ensemble des femmes majeures venant en consultation à partir de 37 semaines d'aménorrhée (SA) ainsi que les femmes ayant accouché après 37 SA à l'Hôpital Mère-Enfant de Limoges. Sont exclues les patientes ayant un régime alimentaire strict causé par une pathologie et celles ne pouvant pas répondre (déficience mentale, difficultés de compréhension).

## **2.4. Exploitations des données**

Les données recueillies ont été retranscrites sous forme d'un tableur dans le logiciel Excel Microsoft® puis elles seront exploitées grâce au logiciel Stat View®.

Mon hypothèse principale sera vérifiée si 60% et plus des patientes interrogées répondent avoir continué à satisfaire les envies alimentaires d'avant la grossesse tout en respectant les règles hygiéno-diététiques. Pour une vérification plus approfondie, je confronterai leur réponse avec leurs sélections d'aliments consommés pendant la grossesse où seules deux propositions respectent les règles hygiéno-diététiques.

Mes hypothèses secondaires seront vérifiées si moins de 30% des patientes répondent :

- qu'il n'existe pas de restrictions alimentaires pendant la grossesse,
- avoir toujours ou souvent respecté leurs croyances alimentaires pendant la grossesse,
- avoir eu des envies ou des dégoûts alimentaires pendant la grossesse.

## **2.5. Méthode statistique**

Les résultats des variables quantitatives sont présentés sous la forme moyenne  $\pm$  écart-type, étendue et médiane. Ceux des variables qualitatives sont exprimés en fréquences et pourcentages.

Les comparaisons de variables qualitatives entre les deux groupes considérés dans l'étude (respect des règles hygiéno-diététiques oui/non) ont été réalisées par des tests du Chi2 ou des tests exacts de Fisher en fonction des effectifs théoriques et du nombre de classes dans les variables considérées. [31]

Les distributions des variables quantitatives entre les deux groupes ont été comparées par des tests t de Student pour séries indépendantes dans le cas de distributions suivant une loi normale. Un modèle de régression logistique a été utilisé.

Une analyse univariée a été suivie par une analyse multivariée. Pour entrer dans le premier modèle multivarié, les variables devaient présenter en analyse univariée un degré de significativité  $\leq 0,20$ . Le modèle multivarié a été simplifié en utilisant la méthode pas à pas descendante pour aboutir au modèle final. Les interactions pertinentes entre variables présentes dans le modèle final ont été recherchées.

Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0,05. Le logiciel utilisé est SAS 9.1.3 (SAS Institute, Cary, USA). [32]

### **3. Résultats de l'étude**

Notre étude qui s'est déroulée de Mars 2014 à Octobre 2014 nous a permis de recueillir 264 questionnaires sur les 370 distribués, soit un taux de retour de 71,35%.

Sur les 264 questionnaires rendus, 259 ont pu être interprétés, les 5 restants n'étant pas remplis correctement. Parmi les 259 questionnaires, 8 patientes ont déclaré suivre un régime alimentaire particulier pendant leur grossesse, par exemple, pour cause de diabète ou de maladie de Crohn. Elles ont donc été exclues de l'étude, ce qui par conséquent ramène le nombre de patientes à 251.

#### **3.1. Caractéristiques de la population**

La moyenne d'âge est de 30 ans avec une étendue allant de 19 à 42 ans. L'écart type est de 4,71 ans. La majorité des patientes interrogées attendent leur premier ou second enfant et n'habitent pas seule.

Concernant l'activité professionnelle, 64,48 % des gestantes ont répondu avoir travaillé pendant la grossesse.

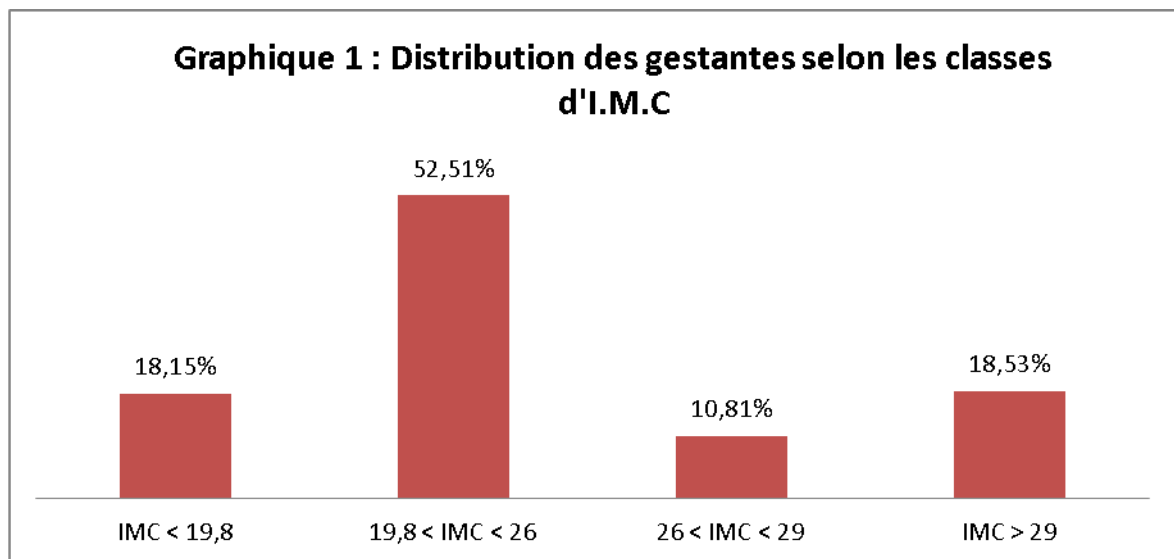
Parmi elles :

- 13,77% ont arrêté de travailler au premier trimestre.

- 38,35% au deuxième trimestre.
- 21,56% au troisième trimestre avant la date légale du congé de maternité.
- 27,25% au troisième trimestre à la date légale du congé de maternité.

### 3.1.1 L'I.M.C initial

La moyenne de l'I.M.C avant la grossesse des patientes interrogées est de 24,29 kg/m<sup>2</sup> avec une étendue allant de 15,4 à 45,6 kg/m<sup>2</sup>. L'écart type est de 5,15 kg/m<sup>2</sup>.



- La majorité des patientes interrogées (52,51%) ont un IMC compris entre 19,8 et 26 kg/m<sup>2</sup> avant la grossesse c'est à dire un poids normal par rapport à leur taille.
- 18,53 % ont un IMC avant la grossesse supérieur à 29 kg/m<sup>2</sup> c'est-à-dire une obésité.
- 18,15% ont un IMC avant la grossesse inférieur à 19,8 kg/m<sup>2</sup> c'est-à-dire une maigreur.

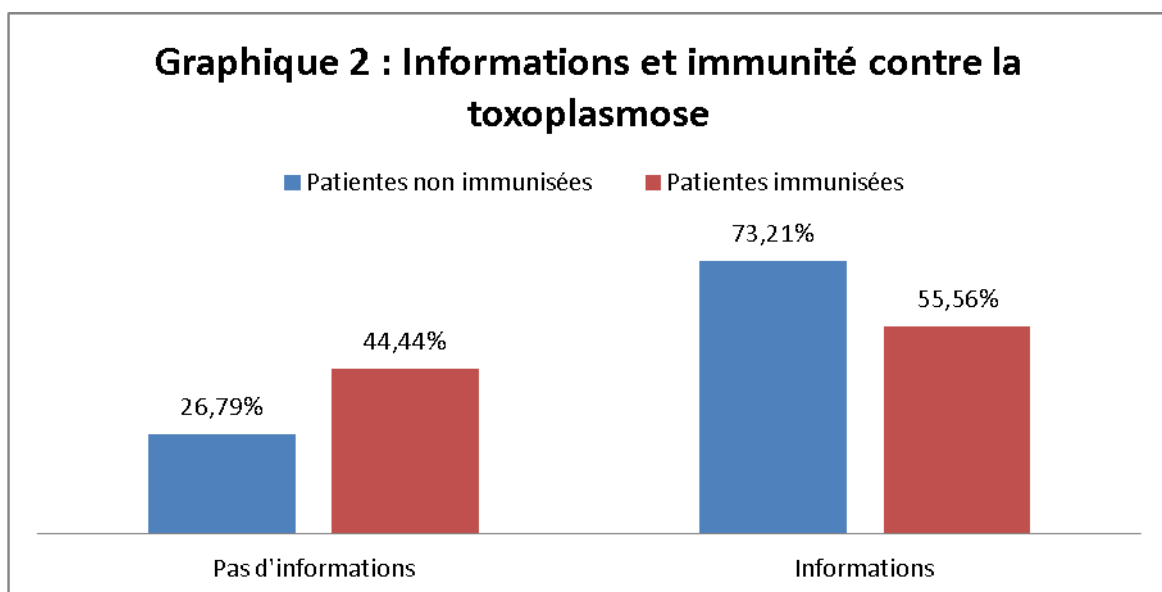
- 10,81% ont un IMC avant la grossesse compris entre 26 et 29 kg/m<sup>2</sup> c'est-à-dire un surpoids.

### 3.1.2 Les risques infectieux alimentaires

Aucune patiente ne déclare avoir déjà eu une infection alimentaire au cours d'une précédente grossesse.

L'analyse des questionnaires montre que **67,18%** des femmes interrogées déclarent avoir eu au cours de leur grossesse des informations sur les risques infectieux alimentaires liés à la toxoplasmose, la listériose et / ou la salmonellose.

Si l'on sépare les femmes immunisées contre la toxoplasmose et celles qui ne le sont pas, on constate que les patientes ayant eu des informations sur les risques infectieux alimentaires pendant la grossesse étaient pour la majorité (73,21%) non immunisées contre la toxoplasmose. A l'inverse, celles n'ayant pas eu d'informations sont plus nombreuses à être immunisées (44,44%). Cette différence est significative ( $p=0,004$ ).





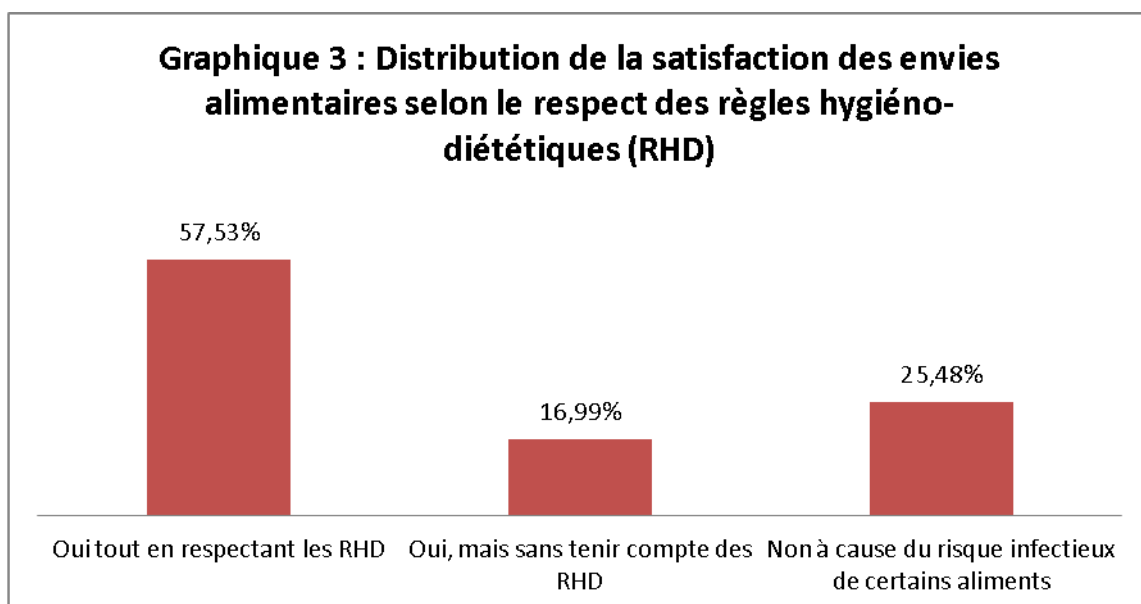
## 3.2. Hypothèse principale

### 3.2.1 Respect des règles hygiéno-diététiques pendant la grossesse

L'hypothèse principale était que la majorité des gestantes (plus de 60%) adapte leur alimentation en fonction de ce qu'elles ont envie de manger tout en respectant les règles hygiéno-diététiques liées au risque de séroconversion et d'infection alimentaire.

Après analyse de leurs réponses sur ce qu'elles déclarent avoir consommé pendant la grossesse, on s'aperçoit que seulement **13,9%** des gestantes respectent les règles hygiéno-diététiques pour la prévention de la toxoplasmose, de la listériose, et de la salmonellose. Les aliments non recommandés pendant la grossesse que l'on retrouve consommés le plus souvent sont les fruits de mer, les rillettes et les poissons fumés. Ces aliments exposent surtout au risque d'infection alimentaire par la listeria et la salmonelle.

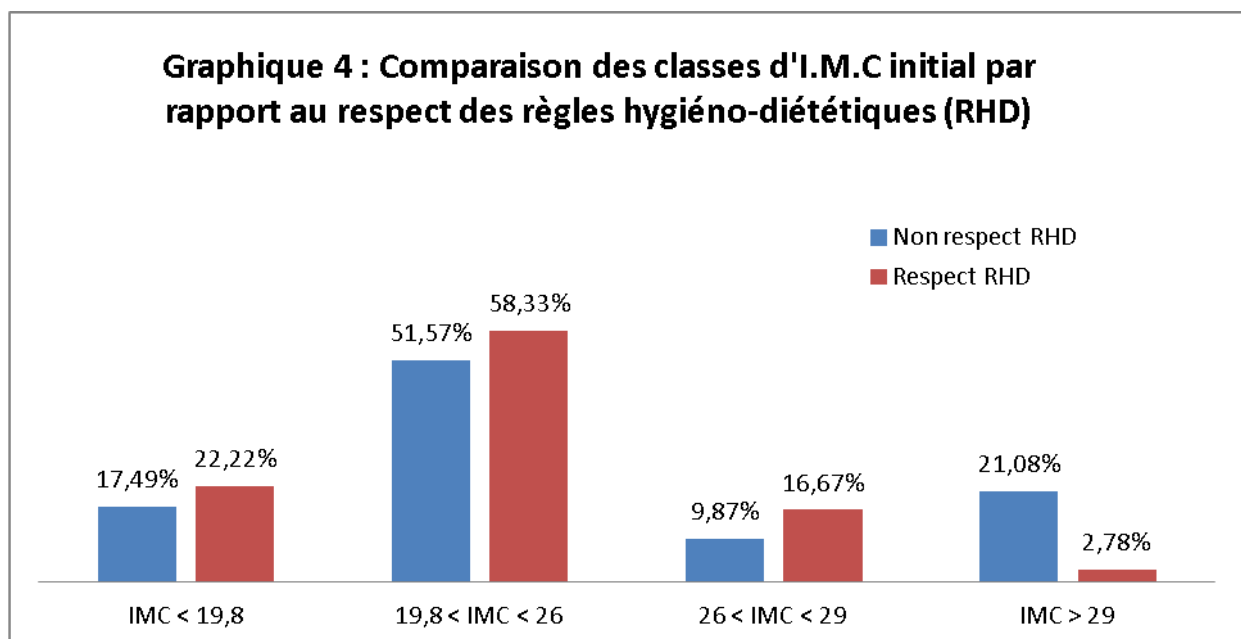
Si l'on regarde les réponses données à la question « avez-vous continué à satisfaire vos envies alimentaires d'avant la grossesse ? », on note que la majorité des patientes (57,53%) déclare avoir continué à les satisfaire tout en respectant les règles hygiéno-diététiques. Paradoxalement, cette réponse ne coïncide pas avec le résultat obtenu précédemment où seulement 13,9% respectent réellement les recommandations alimentaires.



### 3.2.1.1. I.M.C initial et respect des règles hygiéno-diététiques

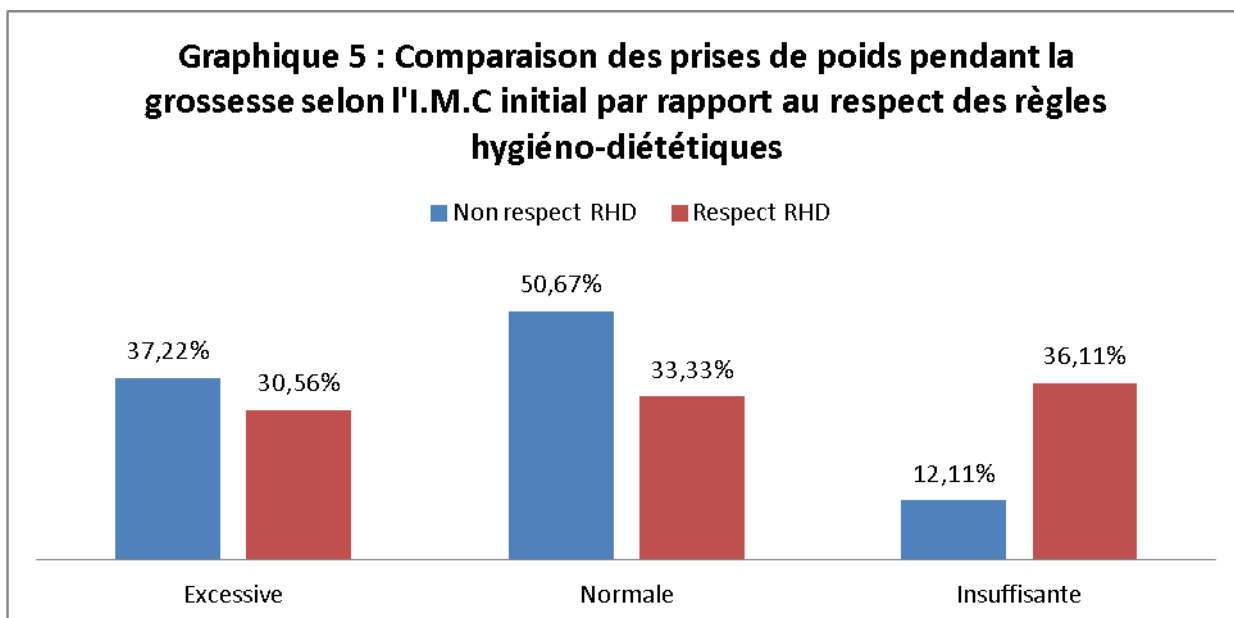
Après comparaison entre les différentes classes d'I.M.C initial effectuées (maigre, poids normal, surpoids, obésité) nous observons que les patientes ayant un I.M.C initial inférieur à 29 kg/m<sup>2</sup> sont plus nombreuses à avoir respecté les règles hygiéno-diététiques pendant la grossesse que celles qui ne les ont pas respectées. Ce résultat s'inverse pour les patientes ayant un I.M.C initial supérieur ou égal à 29 kg/m<sup>2</sup>, qui sont plus nombreuses à ne pas avoir respecté les règles hygiéno-diététiques.

L'I.M.C initial des patientes qui ne respectent pas les règles hygiéno-diététiques pendant la grossesse est significativement plus élevé que celui des patientes qui respectent ces règles ( $p = 0,0188$ ).



### 3.2.1.2. Prise de poids et respect des règles hygiéno-diététiques

À partir des recommandations sur la prise de poids au cours de la grossesse en fonction de l'I.M.C de la mère au moment de la conception, un classement a été effectué afin de voir si cette prise de poids était insuffisante, normale ou excessive.



On observe que :

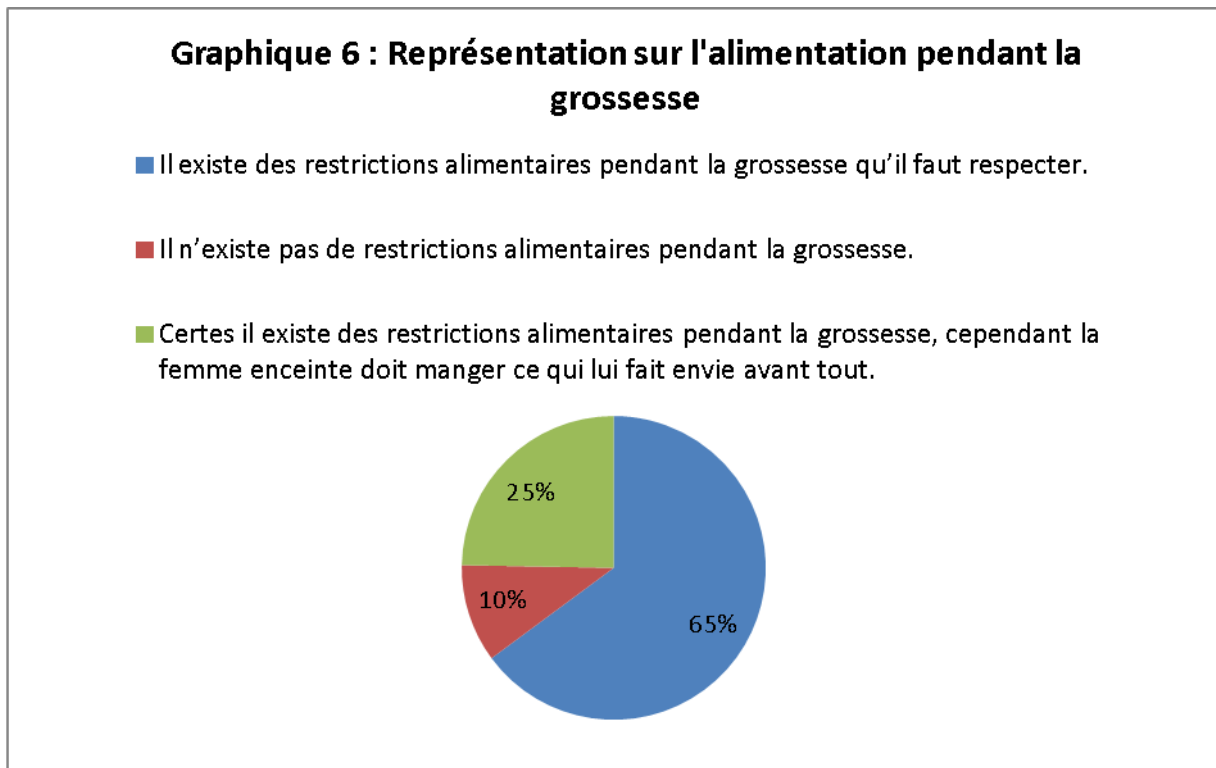
- Celles qui ont une prise de poids excessive ou normale par rapport à leur IMC initial sont plus nombreuses à ne pas avoir respecté les règles hygiéno-diététiques (37,22% et 50,67%).
- Celles qui ont une prise de poids insuffisante par rapport à leur IMC initial sont plus nombreuses à avoir respecté les règles hygiéno-diététiques pendant la grossesse (36,11%).

La prise de poids pendant la grossesse des femmes qui ne respectent pas les règles hygiéno-diététiques est significativement plus élevée que celle des femmes respectant les règles hygiéno-diététiques ( $p = 0,001$ ).

### 3.2.2 Hypothèses secondaires

#### 3.2.2.1. Première hypothèse secondaire

La première hypothèse secondaire était qu'une minorité de gestantes (moins de 30%) considère la grossesse comme un état où il n'existe pas de restrictions alimentaires.



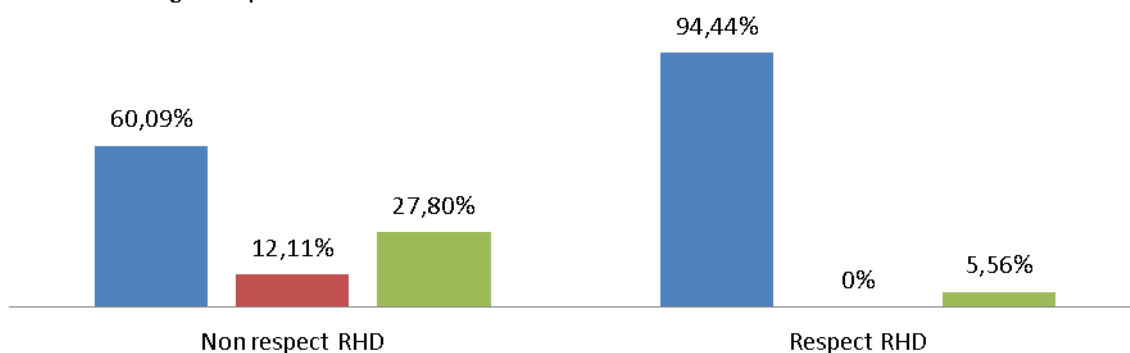
Les réponses montrent que seulement 10% des gestantes pensent qu'il n'existe pas de restrictions alimentaires pendant la grossesse.

La majorité des gestantes (65%) considère qu'il existe des restrictions alimentaires pendant la grossesse qu'il faut respecter, et 25% sont plus partagées et pensent que la femme enceinte doit manger ce qui lui fait envie avant tout, même s'il existe des restrictions alimentaires pendant la grossesse.

Si l'on croise ces résultats avec le respect ou non des règles hygiéno-diététiques, on obtient un résultat significatif ( $p=0,003$ ). Autrement dit, 95% des patientes ayant respecté les conseils alimentaires ont déclaré qu'il existait des restrictions alimentaires pendant la grossesse qu'il fallait respecter.

### Graphique 7 : Représentation sur l'alimentation pendant la grossesse selon le respect des RHD

- Il existe des restrictions alimentaires pendant la grossesse qu'il faut respecter.
- Il n'existe pas de restrictions alimentaires pendant la grossesse.
- Certes il existe des restrictions alimentaires pendant la grossesse, cependant la femme enceinte doit manger ce qui lui fait envie avant tout.



#### 3.2.2.2. Deuxième hypothèse secondaire

La deuxième hypothèse secondaire était que moins de 30% des gestantes s'alimentent selon des croyances issues de leur famille et / ou culture.

En fait, seulement **7,72%** des patientes déclarent avoir des croyances concernant l'alimentation pendant la grossesse. Parmi elles, 31,58% déclarent n'avoir jamais respecté ces croyances, et 68,42% les avoir toujours ou souvent respectées.

Les croyances les plus fréquemment retrouvées sont « être enceinte nécessite de manger pour deux personnes » et « il faut manger salé pour avoir un garçon, manger sucré pour avoir une fille ». D'autres croyances moins connues sont également amusantes à signaler comme « il ne faut pas manger d'ananas ni de pâté de porc pendant la grossesse car cela donne des boutons à l'enfant » ou « si une femme enceinte a envie de manger quelque chose de rosé, elle aura la marque de l'envie sur le corps généralement à l'endroit où elle l'a caché. »

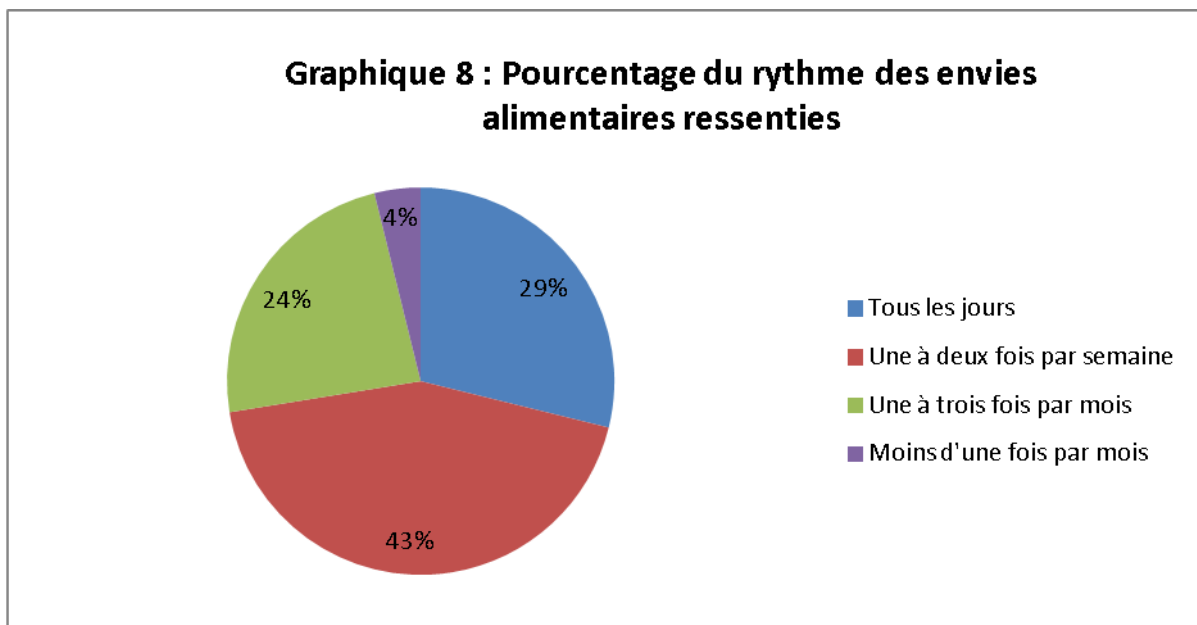
### 3.2.2.3. Troisième hypothèse secondaire

La troisième hypothèse secondaire était que moins de 30% des gestantes ont des envies ou des dégoûts alimentaires spécifiques liés à la grossesse.

60,23% des gestantes déclarent avoir ressenti des envies alimentaires inhabituelles et 61% déclarent avoir eu des dégoûts (odeur, goût) pendant la grossesse.

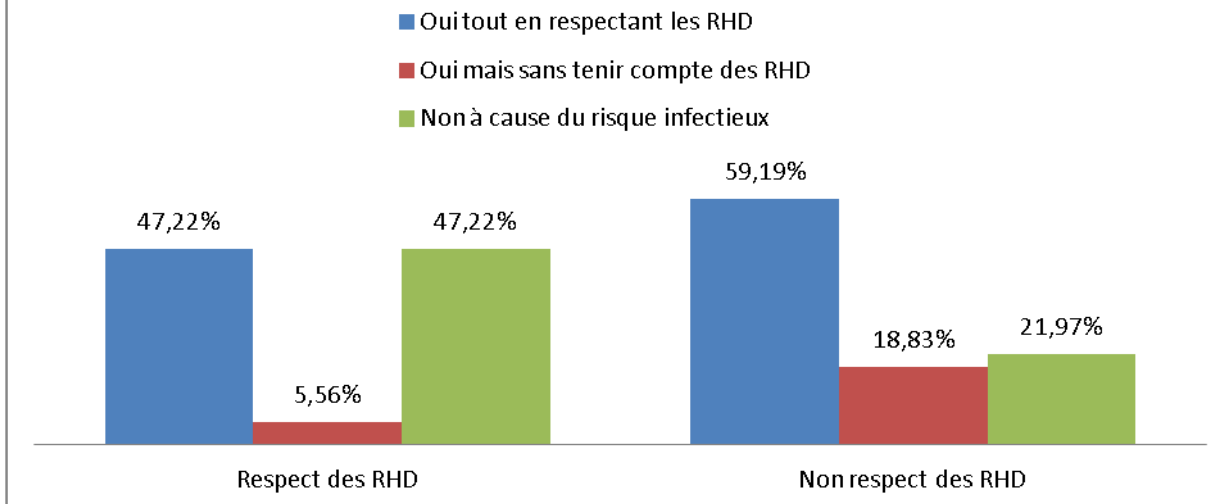
Les aliments qui reviennent le plus pour les envies sont le chocolat, les fruits, les bonbons et gâteaux. Concernant les dégoûts, les aliments qui reviennent le plus sont le poisson, la viande, le café, l'odeur du parfum et le fromage.

Le rythme des envies alimentaires ressenties est pour 43% des patientes une à deux fois par semaine.



Si l'on croise les réponses obtenues pour la satisfaction des envies alimentaires pendant la grossesse avec respect ou non des règles hygiéno-diététiques (RHD), on obtient le graphique suivant :

### Graphique 9 : Satisfaction des envies alimentaires selon le respect des RHD



Parmi les patientes qui respectent les RHD :

- 47,22% déclarent avoir satisfait leur envies alimentaires tout en respectant les RHD, ou ne pas les avoir satisfaites à cause du risque infectieux de certains aliments.
- 5,56% déclarent avoir satisfait leur envies alimentaires mais sans tenir compte des RHD.

De l'autre côté, parmi les patientes n'ayant pas respecté les RHD :

- 59,19% déclarent les avoir satisfaites mais tout en respectant les RHD
- 21,97% déclarent ne pas avoir satisfait leur envies alimentaires à cause du risque infectieux de certains aliments,
- 18,83% déclarent les avoir satisfait mais sans tenir compte des RHD.

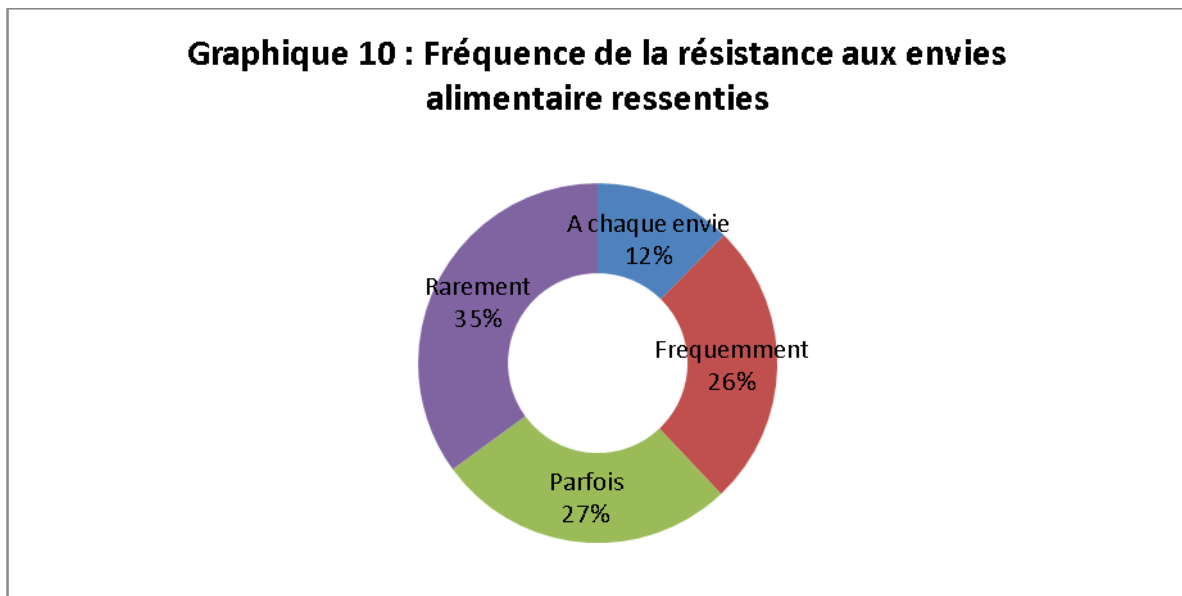
On remarque que :

- 59,19% des patientes n'ayant pas respecté les RHD pensaient pourtant les avoir respectées.
- Les femmes n'ayant pas respecté les RHD pendant la grossesse sont significativement plus nombreuses à avoir satisfait leurs envies alimentaires

que les femmes ayant respecté les recommandations alimentaires ( $p = 0,0028$ ).

- Le risque infectieux est statistiquement plus pris en compte par les femmes respectant les RHD que par celles ne les respectant pas ( $p=0,0186$ ).

De plus, les femmes enceintes déclarent résister rarement ou parfois à leurs envies alimentaires (62%).



### 3.2.3 Profil des femmes ne respectant pas les RHD

Si l'on compare les paramètres étudiés dans le questionnaire selon le respect ou non des règles hygiéno-diététiques, on obtient plusieurs résultats significatifs ( $p < 0,05$ ). On remarque que :

- le poids avant la grossesse,
- l'I.M.C initial,
- le poids en fin de grossesse
- et la prise de poids pendant la grossesse selon l'I.M.C initial

des femmes ne respectant pas les règles hygiéno-diététiques sont significativement plus élevés que celui des femmes les respectant pendant la grossesse.



Une régression logistique a permis de déterminer le profil des patientes qui risquent de ne pas respecter les règles hygiéno-diététiques.

<b>Patiente ne respectant pas les RHD</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>P</b>
I.M.C initial > 29	11,11	[1,20 – 100]	0,0331
Satisfaction des envies alimentaires pendant la grossesse	2,69	[1,2 – 6,0]	0,0158
Pense que « certes il existe des restrictions alimentaires pendant la grossesse, cependant la femme enceinte doit manger ce qui lui fait envie avant tout »	5,88	[1,35 – 25]	0,0183

Elle montre que les patientes ne respectant pas les RHD :

- Sont en état d'obésité, c'est-à-dire ont un I.M.C supérieur à 29 kg/m<sup>2</sup> avant la grossesse. L'odds ratio (OR) obtenu signifie qu'il y a 11,11 fois plus de chances que la patiente ayant un I.M.C > 29 kg/m<sup>2</sup> avant la grossesse ne respecte pas les règles hygiéno-diététiques. Ce résultat est significatif (p=0,0331) et l'intervalle de confiance à 95% est compris entre 1,2 et 100.
- Continuent à satisfaire leurs envies alimentaires pendant la grossesse. L'odds ratio obtenu signifie qu'il y a 2,69 fois plus de chances que les patientes qui comblent leurs envies alimentaires pendant la grossesse ne respectent pas les règles hygiéno-diététiques. Ce résultat est significatif (p = 0,0158) et l'intervalle de confiance à 95% est compris entre 1,2 et 6.
- Ont tendance à penser que la femme enceinte doit manger ce qui lui fait envie avant tout. L'odds ratio obtenu signifie qu'il y a 5,88 fois plus de chances que les gestantes ayant cette idée ne respectent pas les règles hygiéno-diététiques. Ce résultat est significatif (p=0,0183) et l'intervalle de confiance à 95% est compris entre 1,35 et 25.

## **Troisième partie : Analyse et discussion**

# 1. Confrontation aux hypothèses

## 1.1. Alimentation et respect des règles hygiéno-diététiques (RHD)

L'hypothèse principale n'a pas vérifié que plus de 60% des gestantes adaptent leur alimentation en fonction de ce qu'elles ont envie de manger tout en respectant les règles hygiéno-diététiques liées au risque de séroconversion et d'infection alimentaire. En effet, seulement 13,9% des gestantes respectent les règles hygiéno-diététiques pour la prévention de la toxoplasmose, de la listériose, et de la salmonellose.

Les aliments non recommandés pendant la grossesse que l'on retrouve consommés le plus souvent exposent surtout au risque d'infection alimentaire par la listeria et la salmonelle (fruits de mer, rillettes et poissons fumés).

Dans le même temps, le pourcentage de femmes déclarant avoir eu des informations sur les risques infectieux alimentaires pendant la grossesse est très proche du pourcentage de femmes non immunisées contre la toxoplasmose.

Face à ces résultats, plusieurs hypothèses d'interprétation peuvent être émises :

- Les règles hygiéno-diététiques concernant la prévention de la toxoplasmose semblent être mieux connues et appliquées par les gestantes que les recommandations concernant la prévention de la listériose et de la salmonellose.
- Cela s'expliquerait par le fait que les conseils alimentaires donnés par les professionnels de santé sont essentiellement portés sur le risque infectieux de la toxoplasmose et moins sur la listériose et la salmonellose.
- En effet, l'obligation d'effectuer une sérologie en début de grossesse pour rechercher si la patiente est immunisée contre ce parasite ainsi que la nécessité de réaliser une prise de sang tous les mois pour vérifier l'absence de séroconversion, incitent les professionnels de santé à informer les gestantes sur ce risque infectieux alimentaire. Par conséquent, peut-être que l'absence de dépistage pour la salmonellose et la listériose contribue à ne pas dispenser les conseils alimentaires les concernant.
- De plus, pour être efficaces, ces règles hygiéno-diététiques doivent être expliquées à la patiente au début de la grossesse afin qu'elle puisse les

appliquer jusqu'à l'accouchement. L'Entretien Périnatal Précoce (EPP) proposé au 4<sup>ème</sup> mois de grossesse serait le moment idéal pour informer les patientes sur ces risques. Cependant, il y a déjà beaucoup d'informations données lors de cet entretien et il est difficile pour les patientes de mémoriser tout ce qui a été dit oralement.

- Ce manque d'informations concernant la listériose et la salmonellose expliquerait que 53,57% des patientes interrogées pensent respecter les RHD alors qu'en réalité non.

Il a également été mis en évidence que l'I.M.C initial des patientes qui ne respectent pas les règles hygiéno-diététiques pendant la grossesse est significativement plus élevé que celui des patientes qui les respectent. Cela se voit notamment pour les patientes ayant un I.M.C initial supérieur ou égal à 29 kg/m<sup>2</sup>.

On peut supposer que pour ces patientes en état d'obésité, le risque de complications liées à la prise de poids et à leur I.M.C élevé (diabète gestationnel, macrosomie...) est perçu comme plus important que le risque infectieux alimentaire. Par conséquent, les conseils alimentaires donnés portent peut-être plus sur le risque lié à une prise de poids excessive pendant la grossesse et moins sur les risques infectieux alimentaires.

De plus, la prise de poids pendant la grossesse des femmes qui ne respectent pas les règles hygiéno-diététiques est plus élevée que celle des femmes les respectant.

Ici, on peut émettre l'hypothèse que les patientes qui arrivent à respecter les RHD font attention à leur alimentation et sont donc plus sensibles aux recommandations données par les professionnels sur ces mêmes règles et sur la prise de poids.

En revanche, celles ayant des difficultés pour équilibrer leur alimentation ont un IMC initial élevé ; elles sont sûrement moins demandeuses de conseils alimentaires et ont ainsi plus de difficultés à respecter les RHD.

## 1.2. Hypothèses secondaires

### 1.2.1 Restrictions alimentaires

La première hypothèse secondaire a vérifié que moins de 30% des gestantes considèrent la grossesse comme un état où il n'existe pas de restrictions alimentaires. En effet, seulement 10% des gestantes le pensent. Par conséquent, la majorité des femmes enceintes sont conscientes qu'il y a des règles hygiéno-diététiques à respecter.

Cependant, 25% des femmes interrogées sont plus partagées et pensent que la femme enceinte doit manger ce qui lui fait envie avant tout, même s'il existe des restrictions alimentaires pendant la grossesse. Ces 25% sont donc avec les 10% mentionnés précédemment également à risque de ne pas respecter les recommandations alimentaires pendant la grossesse. Au total, environ 35% des femmes enceintes seraient susceptibles de ne pas faire attention à leur alimentation.

Ce pourcentage élevé laisse supposer que les informations concernant les risques infectieux alimentaires pendant la grossesse ne sont pas assez diffusées au public ni assez mises en lumière par les professionnels de santé.

En effet, dans les objectifs du PNNS<sup>6</sup> concernant les femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse, rien n'est mentionné concernant les risques infectieux alimentaires [9]. En revanche, le livret d'accompagnement du guide « *la nutrition pendant et après la grossesse* » destiné aux professionnels de santé, (édité par l'INPES<sup>7</sup>), donne page 28 des recommandations pour la prévention des risques microbiens et parasitaires que les professionnels ne doivent pas hésiter à rappeler aux patientes : « *éviter de consommer certains produits de charcuterie consommés en l'état (sans cuisson ou re-cuisson avant consommation) notamment rillettes, pâtés, foie gras, produits en gelée, ainsi que les produits d'origine animale crus ou peu cuits* » etc. [12]

Des outils existent pour diffuser les RHD à adopter pendant la grossesse, en revanche, ils ne sont pas toujours connus par les professionnels ni toujours présents dans les établissements et / ou cabinets de santé.

---

<sup>6</sup> Programme National Nutrition Santé

<sup>7</sup> Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

### **1.2.2 Croyances et alimentation**

La deuxième hypothèse secondaire a vérifié que moins de 30% des gestantes s'alimentent selon des croyances issues de leur famille et / ou culture.

En effet, seulement 7,72% des patientes déclarent avoir des croyances concernant l'alimentation pendant la grossesse et parmi elles, 68,42% déclarent les avoir toujours ou souvent respectées. Cela montre que même si un petit pourcentage de femmes enceintes a des croyances, ces dernières sont souvent respectées pendant la grossesse.

Les croyances qui perdurent sont anciennes et impactent principalement sur la prise de poids pendant la grossesse et peu sur le risque infectieux alimentaire. En tant que professionnel de santé il est donc important de les connaître afin de repérer, comprendre et ajuster certains comportements alimentaires pour les patientes appliquant ces croyances, amusantes mais peu adaptées à la grossesse.

### **1.2.3 Envies et dégoûts**

La troisième hypothèse secondaire « moins de 30% des femmes enceintes ont des envies ou des dégoûts alimentaires » n'est pas vérifiée. 60,23% d'entre elles ont déclaré avoir ressenti des envies alimentaires inhabituelles, et 61% avoir eu des dégoûts (odeur, goût) pendant la grossesse.

Les envies concernent le plus souvent des aliments sucrés (chocolat, fruits, bonbons, gâteaux...) et les dégoûts plutôt le poisson, la viande, le café et le fromage qui ont des odeurs et des goûts assez prononcés.

La grossesse peut entraîner des mécanismes psychologiques inconscients de régression, d'ambivalence et de désirs. Ainsi, les envies de sucré pourraient être motivées par le fait que leur consommation provoque une sensation de plaisir permettant à la femme enceinte de redevenir une petite fille choyée avant la naissance de son enfant, qui impliquera de renoncer à s'occuper uniquement d'elle-même. [27]

Les envies de sucrés ne sont pas un problème pour le risque d'infection alimentaire pendant la grossesse. En revanche, elles risquent d'augmenter la prise de poids, d'autant plus que les femmes enceintes ont déclaré avoir rarement résisté à ces

envies. En conséquence, il est intéressant en tant que professionnel de santé de demander aux patientes si elles ont des envies alimentaires ainsi que leur fréquence, afin d'avoir un rôle éducationnel sur leur alimentation.

Les dégoûts et le changement de perception des aliments pourraient être dus à l'exacerbation olfactive liée à l'augmentation du taux d'hormones sexuelles pendant la grossesse [28].

Les dégoûts les plus fréquemment rencontrés auraient tendance à prévenir le risque infectieux alimentaire pendant la grossesse car ils touchent des aliments dits « à risque ». Cependant, leur non consommation expose à des risques de carences et à une diminution de la sensation de satiété, cette dernière étant provoquée notamment par l'apport en protéines. [33]

## **2. Points forts et points faibles de l'étude**

### **2.1. Points forts**

Pour cette étude, 370 questionnaires ont été distribués et 264 ont été récupérés, ce qui constitue un taux de retour global de **71,35%**.

Cette étude a aussi permis de décrire via plusieurs angles comment les femmes s'alimentent pendant la grossesse en étudiant les croyances, les envies, les dégoûts et le respect ou non des règles hygiéno-diététiques pour la prévention des infections alimentaires.

Elle a également permis de démontrer qu'une grande majorité des femmes enceintes se nourrissent sans tenir compte des règles hygiéno-diététiques, certainement à cause du manque de connaissances de ces risques.

### **2.2. Points faibles**

Les questionnaires ont été rédigés en français, par conséquent les personnes n'ayant pas une bonne maîtrise de cette langue n'ont pas pu y répondre. Cela a certainement été un biais concernant les croyances et les représentations de l'alimentation pendant la grossesse.

De plus, la population étudiée ne concernait que les femmes majeures, de ce fait les réponses des femmes mineures à propos de leur alimentation n'ont pas pu être recueillies.

### **3. Propositions d'actions**

Le problème soulevé par ce mémoire est le manque d'informations données par les professionnels de santé et/ou retenues par les patientes concernant les risques infectieux alimentaires pendant la grossesse.

Une des solutions possibles serait d'informer les professionnels de santé sur le profil des patientes susceptibles de ne pas respecter les règles hygiéno-diététiques en s'aidant de la régression logistique faite précédemment. Une fois ces patientes repérées, le professionnel de santé peut leur remettre des plaquettes ou brochures d'informations destinées à les informer sur les règles hygiéno-diététiques à adopter pendant la grossesse. Toutefois, ces documents n'ont d'intérêt que s'ils sont accompagnés d'une information orale claire et adaptée à la patiente afin d'ancrer les conseils notés sur les brochures.

Par exemple, le ministère de la santé a édité un « carnet de santé maternité » où il est expliqué sur la fiche numéro 2 les règles hygiéno-diététiques à connaître et à respecter pendant la grossesse [34]. Il existe également un guide nutrition pendant et après la grossesse pour les patientes et les professionnels de santé très bien illustré, ainsi qu'une brochure à destination de tous les consommateurs concernant des recommandations de bonnes pratiques d'hygiène. [11], [12], [35] Cependant, il faut faire attention car la plupart des conseils écrits portent sur la prévention de la toxoplasmose et de la listériose mais pas sur la salmonellose.

En parallèle à cela, quelques questions clés permettraient aux professionnels de santé de cibler d'éventuels défauts de comportement alimentaire impactant sur la prise de poids et sur le respect des RHD pendant la grossesse :

- Comment envisagez-vous votre alimentation pendant la grossesse ?



- Est-ce que la grossesse modifie vos habitudes alimentaires ?
- Avez-vous des envies ou dégoûts alimentaires qui sont apparus pendant la grossesse ?
- Si oui, à quelle fréquence ? Avez-vous toujours satisfait ces envies ?

## Conclusion

---

L'objectif de ce travail était d'étudier le comportement alimentaire de la femme enceinte face aux préconisations médicales, aux croyances populaires et à ses éventuelles envies. Cela a démontré qu'une grande majorité des femmes enceintes se nourrissent sans tenir compte des règles hygiéno-diététiques, ressentent des envies et dégoûts, et ont peu de croyances sur l'alimentation.

Cependant, les populations ne lisant pas le français dont les immigrés venant de pays du tiers-monde ont été exclues de cette étude. Or, ces populations pourraient être plus amenées à suivre leurs croyances sur l'alimentation du fait d'un moindre accès à l'instruction et d'un moindre suivi médical de grossesse. Il serait donc intéressant, pour être représentatif de l'ensemble de la population, de réaliser une enquête les incluant, mais la barrière linguistique reste la principale difficulté à franchir.

D'autre part, cette étude laisse supposer que les professionnels n'insistent pas assez sur les risques infectieux liés à l'alimentation. Les femmes non immunisées contre la toxoplasmose disent être plus souvent informées sur les RHD touchant aussi la listériose et la salmonellose. Il semble donc important de sensibiliser les professionnels pour que l'information en début de grossesse sur l'hygiène de vie en général soit plus systématique. Des brochures existent et sont des supports très intéressants qui permettent aux femmes de chercher des informations pertinentes à distance des consultations.

Enfin, après avoir fait le point sur l'alimentation des femmes enceintes, il pourrait être intéressant de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour évaluer ce que les professionnels disent réellement aux femmes enceintes. En fonction des résultats, des actions pourraient être mises en place pour améliorer les pratiques et ainsi permettre d'augmenter le pourcentage de femmes respectant les règles hygiéno-diététiques pendant la grossesse, et donc améliorer la qualité et la sécurité des soins.

## Références bibliographiques

---










- [1] L. Bartoli, *Venir au monde: les rites de l'enfantement sur les cinq continents*, vol. chapitre XI. Paris: Payot et Rivages, 2007.
- [2] L. SEGELLE, « Croyances et rituels du début de grossesse en France », Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine générale, Limoges, 2005.
- [3] L. Bartoli, *Venir au monde : les rites de l'enfantement sur les cinq continents*, Payot et Rivages., vol. chapitre X. Paris, 2007.
- [4] L. Bartoli, *Venir au monde: les rites de l'enfantement sur les cinq continents*, Payot et Rivages., vol. chapitre XII. Paris, 2007.
- [5] C. Humeau, *Procréer, histoire et représentations*, Odile Jacob. 1999.
- [6] S. Herberg et A. Tallec, « Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France. », juin 2000.
- [7] P. Inzerillo, « Les comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants? Quelles actions, pour quels effets? », juin-2010. [En ligne]. Disponible sur: [http://agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/esco-inra-comportements-alimentaires\\_resume\\_2010.pdf](http://agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/esco-inra-comportements-alimentaires_resume_2010.pdf). [Consulté le: 26-août-2013].
- [8] B. Barré et B. Heilbrunn, « Le packaging : histoire et définition - Cairn.info », févr-2012. [En ligne]. Disponible sur: [http://www.cairn.info/page.php?ID\\_ARTICLE=PUF\\_HEILB\\_2012\\_01\\_0007](http://www.cairn.info/page.php?ID_ARTICLE=PUF_HEILB_2012_01_0007). [Consulté le: 26-août-2013].
- [9] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, *Programme National Nutrition Santé 2011-2015*. 2011.
- [10] ANSES - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, « Vitamine B9 ou acide folique », 22-févr-2013. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.anses.fr/fr/content/vitamine-b9-ou-acide-folique>. [Consulté le: 21-févr-2014].
- [11] J.-P. Girardet, *Le guide nutrition pendant et après la grossesse*. Laurence Noirot (INPES), 2007.
- [12] J.-P. Girardet, *Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé du « guide nutrition pendant et après la grossesse »*. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), 2007.
- [13] Haute Autorité de Santé, « Table d'indice de masse corporelle (IMC) ». juill-2009.
- [14] M. Dr Pellaë, « Dossier: Poids et Grossesse. » [En ligne]. Disponible sur: <http://www.institutdanone.org/objectif-nutrition/poids-et-grossesse/dossier-poids-et-grossesse/>. [Consulté le: 29-nov-2014].
- [15] Delville et Deruelle, « Quels sont les effets d'une prise de poids maternelle excessive? », *Vocat. Sage Femme*, n° 26, déc. 2004.
- [16] C. Chaine, « Prise de poids au cours de la grossesse », *adhère à la charte de la HON code*, 11-avr-2010. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.docteurlic.com/encyclopedie/prise-de-poids-au-cours-de-la-grossesse.aspx#Que%20faire%20si%20vous%20ne%20prenez%20pas%20assez%20de%20poids?> [Consulté le: 16-nov-2013].
- [17] P. Horde, « Nutrition et grossesse (INPES) », *adhère à la charte de la HON code*, nov-2013. [En ligne]. Disponible sur: <http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/642-nutrition-et-grossesse-inpes>. [Consulté le: 16-nov-2013].

- [18] VIDAL, « Comment représente-t-on l'équilibre alimentaire ? », 23-nov-2009. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.eurekasante.fr/nutrition/equilibre-alimentaire-adulte/equilibrer-alimentation.html?pb=representation>. [Consulté le: 21-nov-2013].
- [19] Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, « Questions-Réponses Toxoplasmose : état des connaissances et évaluation du risque lié à l'alimentation - "Toxoplasma gondii". » janv-2007.
- [20] H. Allemand, « Listériose - Ministère des Affaires sociales et de la Santé - [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) », 09-févr-2009. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/listeriose.html>. [Consulté le: 14-sept-2013].
- [21] Ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt, « Les salmonelles - Portail public de l'alimentation », 06-avr-2012. [En ligne]. Disponible sur: <http://alimentation.gouv.fr/les-salmonelles>. [Consulté le: 14-sept-2013].
- [22] Alexandra 1460, « Vos envies de femme enceinte ! - Alimentation et grossesse - FORUM Grossesse & bébé », 19-déc-2011. [En ligne]. Disponible sur: [http://forum.doctissimo.fr/grossesse-bebe/alimentation-grossesse/envies-femme-enceinte-sujet\\_152551\\_1.htm](http://forum.doctissimo.fr/grossesse-bebe/alimentation-grossesse/envies-femme-enceinte-sujet_152551_1.htm). [Consulté le: 12-sept-2013].
- [23] « Article : Fille ou garçon : la réponse dans l'assiette ? - Page 2 - Etreenceinte.com », 19-avr-2013. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.etreenceinte.com/mon-mag/article/fille-ou-garcon-la-reponse-dans-l-assiette/2>. [Consulté le: 02-oct-2013].
- [24] « Dossier : Les menus de la grossesse : étape par étape - Etreenceinte.com », 01-mars-2013. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.etreenceinte.com/mon-mag/dossier/les-menus-de-la-grossesse-etape-par-etape>. [Consulté le: 02-oct-2013].
- [25] VIDAL, « Les aliments à éviter lorsqu'on est enceinte », 25-juill-2013. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.eurekasante.fr/nutrition/equilibre-alimentaire-femme-enceinte/alimentation-grossesse-allaitement.html?pb=aliments-eviter>. [Consulté le: 13-juin-2014].
- [26] P. SMITH et C. RABANT, « INTERDIT », *Universalis*. p. 10.
- [27] Mme Orliaguet, « Cours sur "La psychologie de la grossesse". » Cours élèves sages femmes L3, 2013.
- [28] E=m6, « Femmes enceintes : de véritables superhéros ! », *Vue, mémoire, odorat : révélations sur ces hommes et ces femmes aux superpouvoirs ! Témoignage du Dr Christian Jamin, gynécologue-endocrinologue.*, 6 play, 23-févr-2014.
- [29] N. Politzer, « L'Apprentissage du goût ». Institut de goût, 2005.
- [30] P. Mac Leod et N. Politzer, « Propositions pour une pédagogie du goût ». Institut du goût, 2005.
- [31] P. . Preux, M. Druet-Cabanac, F. Dalmay, et A. Vergnenègre, « Qu'est-ce qu'un test paramétrique ? », *Rev Mal Respir*, n° 20, p. 952-954, 2003.
- [32] P. . Preux, M. Druet-Cabanac, F. Dalmay, et A. Vergnenègre, « Qu'est-ce qu'une régression logistique ? », *Rev Mal Respir*, n° 22, p. 159-162, 2005.
- [33] SARL Live & Work, « Satiété : Définition donnée par le Lexique de l'Alimentation et de la Santé », 2015. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.lexique-alimentation-sante.com/Definition/Satiete>. [Consulté le: 19-mars-2015].
- [34] Ministère de la Santé et des Solidarités, « Carnet de santé maternité », déc-2006. [En ligne]. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Carnet\\_maternite.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Carnet_maternite.pdf). [Consulté le: 24-mars-2015].
- [35] Association Léo Lagrange pour la défense des consommateurs, Confédérations syndicale des familles, et Familles Rurales, « Recueil de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène à destination des consommateurs », août-2014. [En ligne]. Disponible sur: [http://alimentation.gouv.fr/IMG/pdf/GBPH-CONSO-26082014-BD\\_cle089e71.pdf](http://alimentation.gouv.fr/IMG/pdf/GBPH-CONSO-26082014-BD_cle089e71.pdf).

## ANNEXE I

Repères de consommation pour les femmes enceintes et les femmes qui allaitent.

*Source : livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé du PNNS, page 50.*

<p><b>Fruits et/ou légumes</b></p> 	<p>Au moins 5 par jour</p>
<p><b>Pain et autres aliments céréaliers, pommes de terre et légumes secs</b></p> 	<p>À chaque repas et selon l'appétit</p>
<p><b>Lait et produits laitiers</b></p> 	<p>3 par jour</p>
<p><b>Viandes Poissons et produits de la pêche Œufs</b></p> 	<p>1 ou 2 fois par jour</p>
<p><b>Matières grasses ajoutées</b></p> 	<p>Limiter la consommation</p>
<p><b>Produits sucrés</b></p> 	<p>Limiter la consommation</p>
<p><b>Boissons</b></p> 	<p>De l'eau à volonté</p>
<p><b>Sel</b></p> 	<p>Limiter la consommation</p>
<p><b>Activité physique</b></p> 	<p>L'équivalent d'au moins une demi-heure de marche chaque jour</p>

## ANNEXE II

Synthèse actualisée des recommandations de la prévention de la toxoplasmose chez la femme enceinte.

*Source : AFSSA, extrait de « questions-réponses Toxoplasmose : état des connaissances et évaluation du risque lié à l'alimentation ». Janvier 2007.*

Hygiène personnelle	Se laver les mains après avoir manipulé des la viande crue, des crudités souillés par de la terre ou après avoir jardiné, et avant chaque repas. Le brossage des ongles est recommandé.
Hygiène domestique	Porter des gants pour jardiner ou pour tout contact avec de la terre. Faire laver chaque jour par une autre personne le bac à litière du chat avec de l'eau bouillante, ou porter des gants.
Hygiène alimentaire	Bien cuire tout type de viande, c'est-à-dire une température à cœur comprise entre 68 et 72°C. Eviter la cuisson au four à micro-ondes. La viande doit être « beige à cœur » et ne pas laisser échapper du jus rosé. Lors de la préparation des repas, laver à grande eau les légumes et plantes aromatiques surtout s'ils sont consommés crus. Penser également à bien laver les ustensiles de cuisine et les plans de travail afin d'éviter les contaminations croisées. Faire attention aux repas pris en dehors du domicile.
Congélation	La congélation à des températures inférieures à moins de 18°C permet la destruction des kystes.
Aliments déconseillés	Lait de chèvre cru, les viandes marinées ou fumées, les huîtres, moules et autres mollusques consommés crus.

## ANNEXE III

---

Questionnaire distribué aux patientes dans le cadre de l'étude.

*Madame,*

*Je suis étudiante sage-femme à Limoges. Pour obtenir mon diplôme d'état, je réalise un mémoire sur l'alimentation des femmes pendant leur grossesse afin d'étudier les envies et les croyances existantes sur l'alimentation. Ce mémoire a pour but de répondre à un phénomène peu étudié auparavant : repérer et comprendre les modifications alimentaires chez la femme enceinte. Pour cela, je vous propose de remplir ce questionnaire anonyme afin de partager votre vécu. Cela ne vous prendra que quelques minutes.*

*Je vous remercie pour votre collaboration à ce travail de recherche qui me sera très précieuse.*

*Morgane HYVERNAUD*

1. Quel âge avez-vous ? .....
2. Quelle est approximativement votre taille ? .....
3. Quel était votre poids avant la grossesse ? .....
4. Quel est votre poids actuel ? .....
  
5. Votre activité professionnelle :
  - a. Quel métier exercez-vous ?  
.....
  - b. Avez-vous travaillé pendant votre grossesse ?  oui  non
  - c. Si oui, vous avez arrêté de travailler :
    - Pendant le premier trimestre
    - Pendant le deuxième trimestre
    - Pendant le troisième trimestre à la date légale du congé de maternité
    - Pendant le troisième trimestre avant la date légale du congé de maternité



6. Vous habitez (cochez votre réponse) :
- Seule
  - En famille / en colocation
7. Combien d'enfants avez-vous ? .....
8. Suivez-vous un régime alimentaire particulier (par exemple si vous êtes diabétique ou atteinte par la maladie de Crohn) ?  oui  non
9. Avez-vous eu au cours de votre (ou vos) grossesse(s) des informations sur les risques infectieux alimentaires ?  oui  non
10. Êtes-vous immunisée contre la toxoplasmose ?  oui  non
11. Avez-vous déjà eu des infections alimentaires au cours de votre (ou vos) grossesse(s) ?  
 oui  non
12. Au sujet de votre alimentation pendant la grossesse (cochez ce que vous avez fait):
- vous avez mangé une ou plusieurs fois des fruits de mer
  - vous avez fait cuire les viandes à point
  - vous avez mangé du fromage non pasteurisé au lait cru (rocamadour, crottin de chavignol, certains camemberts, roquefort...)
  - vous avez consommé des rillettes, viandes ou poissons fumés
  - vous avez consommé des œufs frais à la coque
  - vous avez lavé à grande eau les aliments souillés par de la terre
  - vous avez mangé de la viande ou du poisson crus (steak tartare, sushis...)
  - vous avez mangé du tarama ou du surimi
  - vous avez consommé du foie gras
  - vous avez mangé la croûte des fromages
13. De façon globale, avez-vous continué à satisfaire vos envies alimentaires d'avant la grossesse (par exemple si vous aviez l'habitude de consommer beaucoup de chocolat) ?
- Oui, tout en respectant les règles hygiéno-diététiques
  - Oui, mais sans tenir compte des règles hygiéno-diététiques
  - Non à cause du risque infectieux de certains aliments





14. Avez-vous ressenti des envies alimentaires inhabituelles pendant votre grossesse (chocolat, fruits exotiques, gâteaux, viande, etc.) ?  oui  non

15. Si vous avez répondu oui à la question précédente :

a. Quelles étaient ces envies ?

.....  
.....

b. A quel rythme vous souvenez-vous les avoir ressenties (cochez votre réponse) ?

- Tous les jours
- De une à six fois par semaine
- De une à trois fois par mois
- Moins d'une fois par mois

c. Avez-vous toujours satisfait ces envies ?  oui  non

d. Si vous y avez résisté, vous l'avez fait :

- A chaque envie
- Fréquemment
- Parfois
- Rarement

16. Avez-vous eu des dégouts alimentaires (odeur, goût) pendant votre grossesse ?  
 oui  non

17. Si oui, lesquels ?

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



18. Parmi ces trois représentations sur l'alimentation pendant la grossesse, cochez celle qui vous correspond le plus :

- Il existe des restrictions alimentaires pendant la grossesse qu'il faut respecter.
- Il n'existe pas de restrictions alimentaires pendant la grossesse : c'est un état particulier où « tout est permis », la future mère décide de ce qui est bon pour elle et son fœtus. De plus, la sécurité alimentaire en France permet de consommer la plupart des aliments sans crainte.
- Certes il existe des restrictions alimentaires pendant la grossesse, cependant la femme enceinte doit manger ce qui lui fait envie avant tout.

19. Existe-il dans votre culture ou dans votre histoire familiale des croyances alimentaires pendant la grossesse ? (par exemple être enceinte nécessite de manger deux fois plus que d'habitude, surtout en fin de grossesse)  oui  non

20. S'il existe des croyances, quelles sont-elles ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

21. Avez-vous respecté ces croyances alimentaires pendant votre grossesse ?

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais



## **ANNEXE IV**

---

4<sup>ème</sup> de couverture

**HYVERNAUD Morgane**

**L'alimentation pendant la grossesse : entre conseils médicaux, envies et croyances populaires.**

**60 pages**

**Mémoire de fin d'études – école de sages-femmes de LIMOGES – Année 2015**

### **RESUME**

L'objectif principal de ce travail était d'étudier l'influence des préconisations médicales, des croyances populaires et des potentiels envies ou dégoûts sur le comportement alimentaire de la femme enceinte afin de prévenir certaines complications infectieuses et obstétricales liées à sa nutrition. L'étude de type transversale et descriptive a été basée sur la distribution de questionnaires anonymes à l'HME de Limoges entre mars et octobre 2014. Il ressort qu'une grande majorité des femmes enceintes se nourrissent sans tenir compte des règles hygiéno-diététiques, ressentent des envies et dégoûts, et ont peu de croyances sur l'alimentation.

### **MOTS-CLES**

Alimentation

Grossesse

Envies

Recommandations

Croyances



