

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 109 (2011)
Heft: 2

Artikel: 5e Journée scientifique : obésité, troubles du comportement alimentaire et maternité
Autor: Bodart Senn, Josianne
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949912>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 30.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

5^e Journée scientifique

Obésité, troubles du comportement alimentaire et maternité

Cette année, l'attention de la Journée scientifique¹ s'est portée sur ces écarts par rapport aux normes corporelles qui sont si sévèrement sanctionnés dans notre société. Le dialogue est bien difficile entre le personnel médical qui considère que toute accumulation anormale ou excessive de tissus adipeux représente un danger pour la santé et les femmes qui jugent leur situation par rapport à une image idéale tendant actuellement vers la minceur, voire la maigreur. Entre «danger» et «image idéale», comment se faire entendre et comprendre dans les consultations prénatales ou postnatales?



Barbara Soldera Kaiser

Josianne Bodart Senn

Aujourd'hui, une femme sur dix porte une attention exagérée à l'alimentation et une part non négligeable des femmes en âge de procréer (4,5–9%) présente des troubles du comportement alimentaire. «Ce sont des patientes secrètes», précise Barbara Soldera Kaiser, sage-femme, professeure (HEdS Genève). Elles ont honte de leur pathologie. Elles font tout pour se conformer à la norme et cachent leurs troubles du comportement alimentaire. Or,

la grossesse est justement un moment critique parce qu'elles éprouvent un sentiment d'inconfort, qu'elles perdent soudain le contrôle sur leur poids – ce qui est primordial pour elles – mais aussi sur leur corps et sur leur vie. Les sages-femmes sont donc aux premières loges et il serait bien que chaque femme enceinte présentant des troubles du comportement alimentaire n'ait qu'une seule sage-femme référente.

Connaître les signes et les symptômes

Comment dépister les troubles du comportement alimentaire? 45% des femmes concernées demandent elles-mêmes un traitement, mais les autres restent dans un déni total. Il faut aussi savoir que 70% sont en amélioration durant la grossesse: diminution du déni, responsabilisation vis-à-vis de l'enfant, réceptivité des conseils, amélioration de l'image de soi.

Il existe des signes d'alerte: IMC bas en début de grossesse (< 18), prise de poids insuffisante au 2^e trimestre, perte de poids durant la grossesse, vomissements incoercibles, puberté tardive, règles irrégulières.

Le profil des femmes souffrant de troubles du comportement alimentaire est le suivant:

- 19–21 ans,
- Européenne,
- perfectionniste, obsédée, anxieuse, impulsive,
- perd facilement le contrôle de soi,
- a une faible estime de soi,
- adopte une posture «effondrée»,
- se présente toujours en retrait,
- a le regard fuyant,
- a des antécédents familiaux (troubles du comportement alimentaire et/ou dépression),

- a connu des abus sexuels ou des abus de substances

Pour pouvoir amorcer un dialogue, la sage-femme devrait utiliser des questions très ouvertes: Faites-vous un régime en ce moment? Utilisez-vous des laxatifs? Faites-vous des exercices physiques? Le moment venu, elle expliquera tous les examens médicaux et indiquera ce que signifient leurs résultats, parce que ces femmes ont un tel manque d'estime d'elles-mêmes que tout acte médical est perçu comme une intrusion et, de ce fait, est souvent très mal vécu.

Se centrer sur la santé du fœtus puis du nouveau-né

Lors des pesées, la sage-femme doit être prudente, parce que cet acte, qui semble très banal pour les autres, est vécu par ces femmes hypersensibles comme très anxio-gène. Il faut donc procéder toujours de la même manière (nue, sur la même balance), demander à la femme si elle désire connaître son poids, garder un faciès neutre, assurer la confidentialité, se centrer uniquement sur la santé du fœtus.

Lors des consultations prénatales, la sage-femme devrait parler

- des signes de la dépression post-partum (trois fois plus de risque pour les femmes souffrant de troubles du comportement alimentaire);
- des possibilités de l'allaitement (qui est généralement moins fréquent et moins long, avec une préoccupation exagérée du poids de l'enfant);

Obésité et surpoids

Quelques chiffres

- En Suisse, 37% de la population est en surpoids et 8% en état d'obésité
- C'est l'indice de masse corporelle (IMC) **AVANT** la conception qui est le plus important
- La prise de poids idéale durant la grossesse était de 6,8 kg dans les années 30 aux Etats-Unis. Elle était de 10 kg dans les années 50 en Suisse. En 1990, l'Institut américain de médecine (IOM) préconisait 9,1 kg.
- Les chiffres réels sont bien différents:
 - En 2004, 44,9% des femmes prenaient plus de 15 kg et 14,2% plus de 20 kg
 - En 1986, 18,1% des femmes prenaient plus de 15 kg et 2,1% plus de 20 kg
 - De 1986 à 2004, l'IMC supérieur à 25 a doublé (il est passé de 15,9 à 30,1%)

Maria-Pia Politis Mercier, sage-femme, professeure HECV Santé Lausanne

¹ A nouveau organisée par les filières sages-femmes HES-SO de Genève et de Lausanne ainsi que par la FSSF, cette 5^e Journée scientifique a eu lieu à Lausanne, le 7 décembre 2010.

- de la contraception, car, souvent, ces femmes se croient infertiles et se retrouvent enceintes sans l'avoir désiré. Ou bien elles utilisent un contraceptif oral alors qu'elles gardent l'habitude de se faire vomir...

Pour le Dr. Vittorio Giusto, médecin endocrinologue (CHUV), *les cinq premières minutes de la première consultation sont déterminantes et les professionnel(le)s de la santé doivent s'adapter à la patiente et non l'inverse*. Dans cette perspective, il indique qu'une bonne dose d'empathie est indispensable, pas seulement au niveau verbal. Ainsi, il faut veiller à ne pas dominer (sièges à même hauteur), à ne pas rester les bras croisés (attitude défensive), à privilégier les questions les plus ouvertes possibles.

Le Dr. Vittorio Giusto rappelle par ailleurs qu'une femme obèse sur quatre est en dépression. Il cite Roland Rosmond (2003) pour qui l'obésité et la dépression seraient la même maladie. Dès lors, il faut que l'équipe de soignants s'adapte à la patiente, et non le contraire. Il ne sert à rien de prescrire des restrictions. Il convient plutôt de viser un rééquilibrage des apports et des dépenses et d'introduire de nouvelles activités physiques.

Maaïke Kruseman, diététicienne (Genève), ajoute que, paradoxalement, *les conseils nuancés sont estimés «peu clairs» par les patientes*. Elle suggère aux sages-femmes de poser quelques questions simples, qui peuvent déjà faire comprendre un certain nombre de choses avant d'orienter vers la diététicienne:

- Qu'est-ce que c'est «avoir faim»? La sentez-vous sous forme de «creux à l'estomac»?
- Qu'est-ce que la satiété? Comment la ressentez-vous? Que faites-vous alors: vous arrêtez-vous ou avez-vous tendance à finir votre assiette?
- Mangez-vous sans faim? Quand? Où? Pourquoi?
- Grignotez-vous souvent? Quand? Où? Pourquoi?

A cela, Maaïke Kruseman ajoute une astuce en principe facile à intégrer: «Toujours s'asseoir pour manger!»

Pas de conseils trop directs, mais des astuces

Autre principe facile à retenir: «Stimuler le plaisir de bouger!» Le Dr. Bengt Kayser, médecin (Institut des sciences du mouvement et de la médecine du sport, Genève) rappelle que *la sédentarité et le manque de mobilité rendent souvent l'accouchement problématique, parce qu'un épuisement physique se fait rapidement sentir au cours du travail*.

Troubles du comportement alimentaire

Comment les reconnaître?

Anorexie mentale (0,5%): 9 femmes pour 1 homme

- Manque de confiance en soi, perfectionnisme radical, doute perpétuel sur ses compétences
- Nécessité d'un contrôle absolu de soi et des autres: la personne devient tyrannique pour diminuer son anxiété
- Perception de l'image corporelle gravement altérée et surinvestie: la personne ne ment pas quand elle dit «je suis énorme», elle voit de la «graisse» là où nous percevons des «creux»
- Dénî ou ambivalence quant à ses troubles: la personne est peu motivée et quand elle l'est, ce n'est pas pour très longtemps
- Isolement social subi: la personne redoute les moments conviviaux où l'on boit et mange ensemble
- Refoulement massif de la sexualité et détestation des caractères sexuels
- Règle des 3 «A»: Amaigrissement + Anorexie + Aménorrhée
- Hyperactivité sans fatigue, surinvestissement intellectuel
- Au début, euphorie («orgasme de la faim»), puis irritabilité, enfin dépression
- «Pour une fois, je me sens compétente. Pas question de changer...»

Boulimie (1,5% à 3,5%): 7 femmes pour 3 hommes

- Littéralement, «faim de bœuf»
- Episodes récurrents d'hyperphagie, de frénésie alimentaire et de perte de contrôle, suivis de mécanismes compensatoires (vomissements provoqués, prise de laxatifs)
- Poids apparemment normal

- Même profil que l'anorexique (en moins sévère)

Dans 50 à 90% des cas, anorexie et boulimie se présentent avec d'autres morbidités psychiques:

- Troubles de l'humeur
- Anxiété (TOC, phobie sociale)
- Troubles de la personnalité
- Syndrome de dépendance (tabac, alcool, cocaïne, jeux, cleptomanie, etc.)
- Suicidalité

Risques accrus

Anorexie et boulimie amènent un risque accru de fausses couches, de poids faible à la naissance, de césarienne. Mais, par un soutien psychologique adéquat, il est possible de faire évoluer l'ambivalence. Apparaît alors un sentiment d'être responsable face au fœtus. Un soutien social et identitaire peut même se constituer. Toutefois, un risque de récurrence après accouchement n'est pas exclu lorsqu'il y a difficulté d'allaiter ou de créer un lien d'attachement. En outre, il existe un risque accru de dépression post-partum: 1 sur 3 chez les boulimiques, 2 sur 3 chez les anorexiques, alors que, dans population générale, il se situe entre 3 et 12%.

Pronostics

Chez les anorexiques, 50% de guérison, 25% d'amélioration (préoccupations alimentaires encore présentes mais moindres) et 25% de chronicité (danger subsiste).

*Dr. Sandra Gebhard
responsable médical du Centre vaudois
anorexie et boulimie (abc)*

On a longtemps pensé que la grossesse était la période de «couaison» et, que pour éviter les fausses couches ou les accouchements prématurés, il fallait s'abstenir de bouger. A l'inverse, des études récentes menées en Suisse ont démontré les effets bénéfiques de l'activité physique modérée chez les femmes enceintes et leur fœtus (voir: Sage-femme.ch, 12/2009, p. 28).

Souvenez-vous aussi que la fréquence cardiaque durant le travail est semblable à celui des sportifs entraînés (course à pied, vélo, etc.). Le Dr. Bengt Kayser pense que les sages-femmes devraient en parler plus longuement dans les sessions

de préparation à la naissance. L'idée à faire passer, pour toutes les femmes enceintes quel que soit leur IMC, serait celle-ci: tout mouvement fait dépenser de l'énergie et toute contraction musculaire augmente le métabolisme, ce qui conduit à un nouvel équilibre entre apports et dépenses.

D'où des astuces simples, comme:

- Prendre les escaliers plutôt que l'ascenseur;
- Compter ses pas et les augmenter de jour en jour: s'auto-observer grâce à un podomètre, en faire davantage régulièrement, tous les jours et, si possible, ajouter de petits effets de «sprint». ◀