

LAURA BERGAMASCHI - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE ROUEN (SUITE)

au taux d'allaitement : 110 au CH B ainsi qu'au CH D • 80 au CHU A • 70 au CHI C • 50 au CHI E • 30 au CH F.

Le nombre total de questionnaires recueillis a été de 359 soit un taux de distribution et de réponses à 79,8 %. Parmi ceux-ci, 342 étaient exploitables et 17 inexploitables.

→ ANALYSE STATISTIQUE

Les données ont été saisies avec Microsoft Office Excel. L'analyse statistique des données a été réalisée grâce au logiciel Epi info 7 et au logiciel R.

Les liens entre variables qualitatives ont été recherchés par

des tests du *Khi²* de Pearson, des tests de *Fisher* exact ou des tests du *Khi²* simulés selon les effectifs. Plus précisément, le test de *Fisher* exact était employé lorsque le test du *Khi²* de Pearson n'était pas valide (au moins un effectif théorique attendu inférieur à 5) et le test du *Khi²* simulé était employé lorsque la matrice était trop grande et que le test de *Fisher* exact dépassait les capacités de mémoire d'un ordinateur.

Le seuil de significativité « p » retenu est 0,05 soit un risque d'erreur de 5 %.

Les résultats sont exprimés en pourcentage avec une décimale. •

PRISE DE POIDS EXCESSIVE ET QUALITÉ DE VIE CHEZ DES FEMMES PRIMIPARES D'INDICE DE MASSE CORPORELLE NORMAL AVANT LA GROSSESSE

ADÉLAÏDE COSMO - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE MONTPELLIER

PRIX
SPÉCIAL
DU JURY
EX AEQUO

RÉSUMÉ

Au cours d'une grossesse, de nombreux changements corporels et de santé s'opèrent et sont susceptibles d'altérer la qualité de vie des femmes enceintes. Or, celle-ci semble être un déterminant de morbi-mortalité durant cette période.

Il paraît alors important de tenter de mettre en lumière les éléments en lien avec la qualité de vie et d'en déterminer les principaux facteurs d'altération. Ceci, afin de les prendre en charge de façon spécifique. Nous avons choisi de nous intéresser aux facteurs *prise de poids gestationnelle* et *alimentation*.

Pour cela, nous avons cherché, principalement, à établir un lien entre prise de poids excessive et altération de la qualité de vie, pendant la grossesse. Nos objectifs secondaires étaient de rechercher l'existence de liens entre habitudes alimentaires et prise de poids et entre alimentation et qualité de vie.

Afin d'y parvenir, nous avons distribué aux femmes, au cours de leur 7^e mois de grossesse, en salle d'attente des consultations, des questionnaires composés de trois parties : critères de sélection, questionnaire standardisé de qualité de vie MOS SF-36, version française et questionnaire de fréquence alimentaire (« *mediterranean diet score* » et « *western diet score* »). 160 questionnaires ont été distribués, 136 récupérés, et 87 ont pu être analysés. Nous avons ensuite divisé la population incluse en deux groupes, selon les recommandations de l'Institut de Médecine : prise de poids excessive ($n = 34$) et prise de poids normale ($n = 53$). Ensuite, nous avons comparé et analysé les résultats de ces groupes, avec des tests statistiques et arbres décisionnels.

Nous avons pu déterminer que, dans cette étude, 40 % des femmes interrogées ont eu une prise de poids excessive, contre

60 % ayant une prise de poids normale. Les résultats suggèrent :

- L'existence d'un lien entre prise de poids et qualité de vie physique, avec un score significativement inférieur pour le groupe prise de poids excessive ($p < 0,01$) ;
- L'existence d'un lien entre prise de poids excessive et alimentation déséquilibrée de type « western », avec un score significativement différent entre les deux groupes ($p < 0,01$) ;
- La présomption d'un lien entre alimentation déséquilibrée de type « western » et qualité de vie physique et mentale.

Ainsi, cette étude a permis de mettre en évidence un lien entre prise de poids, qualité de vie physique et alimentation. Or, une altération de la qualité de vie a un impact sur la morbi-mortalité durant la grossesse. Notre recherche nous conduit donc à mener une réflexion sur l'intérêt d'une stratégie de prise en charge nutritionnelle et de prévention des déséquilibres alimentaires, pendant la grossesse, pour tenter de réduire cette morbi-mortalité maternelle.

Ceci pourrait se faire, par exemple, par la création en pluridisciplinarité d'un nouvel outil évolutif de prévention primaire d'analyse du comportement alimentaire, à réaliser tout au long de la grossesse.

MÉTHODOLOGIE

→ PROBLÉMATIQUES ET HYPOTHÈSES

Le phénomène de prise de poids au cours de la grossesse, est un phénomène communément admis et semble de façon évidente avoir un impact sur la qualité de vie perçue d'une femme enceinte. Cela étant, nous ne disposons pas à ce jour d'études permettant de corroborer ce fait.

ADÉLAÏDE COSMO - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE MONTPELLIER (SUITE)

Nous nous interrogeons donc sur l'existence de liens entre prise de poids gestationnelle, qualité de vie et alimentation. Démontrer ces liens permettrait une prise en charge plus globale, et ainsi une minimisation des risques encourus par ces femmes.

Les hypothèses de ce travail sont qu'il existe un lien entre prise de poids excessive et qualité de vie pour une femme primipare d'IMC normal en début de grossesse. Notre deuxième postulat est qu'il existe un lien entre prise de poids excessive et alimentation déséquilibrée, et entre alimentation déséquilibrée et qualité de vie moindre.

→ OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude est d'établir un lien entre prise de poids excessive et qualité de vie durant la grossesse.

L'objectif secondaire est d'établir un lien entre prise de poids pendant la grossesse et alimentation, ainsi qu'un lien entre alimentation et qualité de vie.

→ DESIGN DE L'ÉTUDE

Cette étude est une étude descriptive transversale uni-centrique. La méthode repose sur la distribution d'auto-questionnaires anonymes de qualité de vie et de fréquences alimentaires entre 31 et 34 SA et 6 jours.

Population étudiée

La population de l'étude est constituée des femmes, recrutées en salle d'attente des consultations d'obstétriques entre juin 2016 et décembre 2016.

Ces femmes ont été recrutées sur la base de deux questions simples : « *Êtes-vous enceinte de votre premier enfant ?* » « *Quelle est la date prévue de votre terme ?* ». Ce qui représente les deux principaux critères d'inclusion à l'étude. Le questionnaire est donné à la femme si elle est primipare et si son terme est entre 31 SA et 34 SA et 6 jours. Les femmes recrutées déposaient ensuite le questionnaire dans un carton prévu à cet effet, à la sortie du service de maternité.

Les **critères d'inclusion** de l'étude sont :

- ① L'âge de la femme compris entre 18 et 42 ans,
- ② L'IMC avant la grossesse doit être « normal », donc compris entre 19.8 et 26 kg/m²,
- ③ Le terme de la grossesse au moment du remplissage du questionnaire doit être entre 31 SA et 34 SA et 6 jours,
- ④ La femme est primipare,
- ⑤ La grossesse est unique et de déroulement normal.

Les **critères de non-inclusion** sont :

- ① Refus de remplir le questionnaire,
- ② Incapacité de répondre, ou à comprendre le questionnaire.

Le **critère d'exclusion** est la prise de poids inférieure aux recommandations de l'IOM.

Modalités

L'autoquestionnaire anonyme distribué a été réalisé en trois parties :

1. Généralités, critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion,
2. Le *Medical Outcomes Study Short Form-36* questionnaire (MOS SF-36) version française,
3. Un questionnaire de fréquence alimentaire, traduit de l'anglais.

■ Questionnaire MOS SF-36

Le MOS SF-36 se présente sous la forme d'un questionnaire auto-administré de 36 questions. Il s'agit d'une échelle de qualité de vie qui cherche à mesurer la santé physique, mentale et sociale à travers 8 dimensions. Pour chacune, on obtient un score variant de 0 à 100, **plus le score est élevé, meilleure est la qualité de vie perçue**. À partir de ces huit échelles, il est possible de calculer deux scores synthétiques : un score global de qualité de vie physique (PCS) et un score global de qualité de vie mentale (MCS).

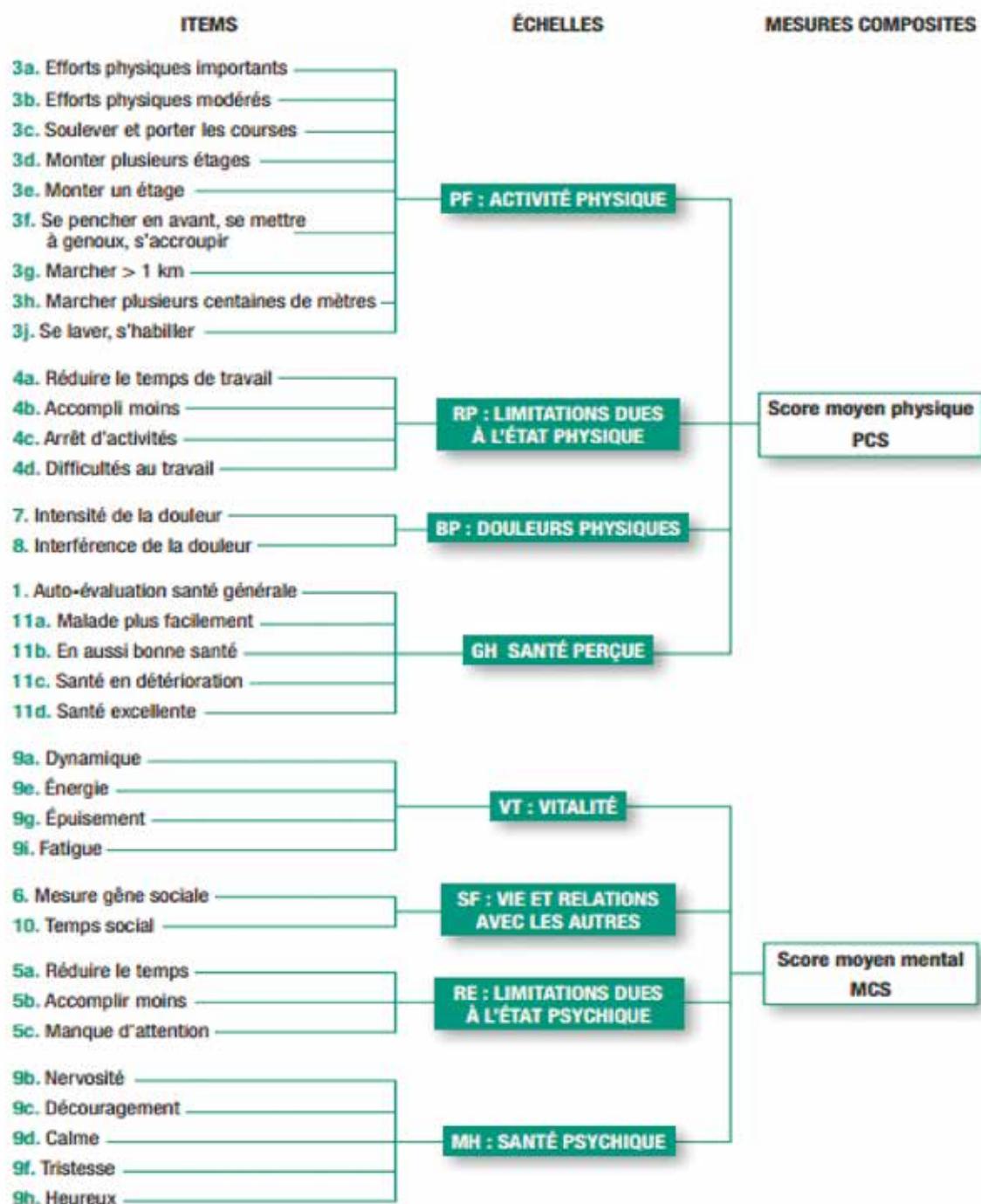
Tableau I > Concepts mesurés par les échelles constitutives du SF-36

Domaines	Symbole	Résumé du contenu
Activité physique	PF 10 questions	Mesure des limitations des activités physiques telles que marcher, monter des escaliers, se pencher en avant, soulever des objets et les efforts physiques importants et modérés.
Limitations dues à l'état physique	RP 4 questions	Mesure de la gêne, due à l'état physique, dans les activités quotidiennes : mesure des limitations de certaines activités ou la difficulté pour les réaliser.
Douleurs physiques	BP 2 questions	Mesure de l'intensité de la douleur et de la gêne occasionnée.
Santé perçue	GH 6 questions	Auto-évaluation de la santé en général, résistance à la maladie et évolution de la santé perçue comparée à un an avant.
Vitalité	VT 4 questions	Auto-évaluation de la vitalité, de l'énergie, de la fatigue.
Vie et relation avec les autres	SF 2 questions	Mesure les limitations des activités sociales dues aux problèmes de santé physique et psychique.
Santé psychique	MH 5 questions	Auto-évaluation de la santé psychique : anxiété, dépression, bien-être (bonheur?).
Limitations dues à l'état psychique	RE 3 questions	Mesure la gêne, due aux problèmes psychiques, dans les activités quotidiennes : temps passé au travail moins important, travail bâclé.

Durant la saisie des données, selon le *manuel de l'utilisateur* et le *guide d'interprétation des scores du MOS SF-36*, si deux réponses adjacentes sont cochées pour une question, l'une des deux a été choisie au hasard. Si deux réponses non adjacentes ont été cochées, la donnée a été considérée comme

ADÉLAÏDE COSMO - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE MONTPELLIER (SUITE)

Figure 1 > Modèle conceptuel du SF-36



> manquante. Si 3 ou plus étaient cochées, la donnée a été considérée comme manquante.

■ Questionnaire de fréquence alimentaire

Le questionnaire de fréquence alimentaire, est également un questionnaire auto-administré. C'est un questionnaire validé, en anglais, que nous avons traduit. Ce questionnaire est issu d'une étude mesurant les risques cardio-vasculaires,

en fonction du régime alimentaire sur des patients à risque de maladies coronariennes. Pour 12 catégories d'aliments on cherche à mesurer les fréquences de consommations par semaine. Ce questionnaire permet de calculer deux scores : le *Mediterranean diet score* (MDS), qui est un score d'alimentation de type méditerranéenne. Plus le score est haut, plus il est fréquent de manger des aliments sains, correspondant à une alimentation équilibrée. Et le *Western diet score* (WDS), qui est

> P. 32

ADÉAÏDE COSMO - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE MONTPELLIER (SUITE)

Figure 2 > Méthode de calcul des scores de qualité de vie du MOS SF-36

Numéro de la question	Réponse donnée	Note obtenue (sur 100)	Numéro de la question	Réponse donnée	Note obtenue (sur 100)
1, 2, 6, 8, 11b et 11d	1	100 points	9b, 9c, 9f, 9g et 9i	1	0 point
	2	75 points		2	20 points
	3	50 points		3	40 points
	4	25 points		4	60 points
	5	0 point		5	80 points
3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3gh, 3i et 3j	1	0 point	10, 11a et 11c	6	100 points
	2	50 points		1	0 point
	3	100 points		2	25 points
4a, 4b, 4c, 4d, 5a, 5b et 5c	1	0 point		3	50 points
	2	100 points		4	75 points
7, 9a, 9d, 9e et 9h	1	100 points		5	100 points
	2	80 points			
	3	60 points			
	4	40 points			
	5	20 points			
	6	0 point			

Dimension	Calcul du score	Dimension	Calcul du score
PF = Fonctionnement physique	Somme des notes obtenues aux items 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i et 3j divisée par 10	VT = Vitalité	Somme des notes obtenues aux items 9a, 9e, 9g et 9i divisée par 4
RP = Limitation physique	Somme des notes obtenues aux items 4a, 4b, 4c et 4d divisée par 4	SF = Fonctionnement social	Somme des notes obtenues aux items 6 et 10 divisée par 2
BP = Douleur physique	Somme des notes obtenues aux items 7 et 8 divisée par 2	RE = Limitation émotionnelle	Somme des notes obtenues aux items 5a, 5b et 5c divisée par 3
GH = Santé générale	Somme des notes obtenues aux items 1, 2, 11a, 11b, 11c et 11d divisée par 6	MH = Santé mentale	Somme des notes obtenues aux items 9b, 9c, 9d, 9f et 9h divisée par 5
Score physique	Somme des scores obtenus aux 4 dimensions ci-dessus divisée par 4	Score Mental	Somme des scores obtenus aux 4 dimensions ci-dessus divisée par 4

Tableau II > Méthode de calcul des scores de fréquence alimentaire

Fréquence de consommation	Jamais ou rarement	1 fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	1 à 2 fois par jour	3 fois par jour ou plus
Score	0	1	2	3	4
Score pour la viande	4	3	2	1	0

ADÉLAÏDE COSMO - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE MONTPELLIER (SUITE)

un score d'alimentation de type « western ». Plus le score est élevé, plus il est fréquent de manger des aliments malsains, correspondant à une alimentation déséquilibrée.

Le MDS correspond, par personne, à la somme des scores (fréquence de consommation) pour les fruits, les légumes, les grains entiers, le poisson et la viande (inversé par rapport aux autres, selon le tableau II). Le WDS correspond à la somme des scores pour les grains raffinés, le sucre (desserts, bonbons, gâteaux), les boissons sucrées (non light) et la friture.

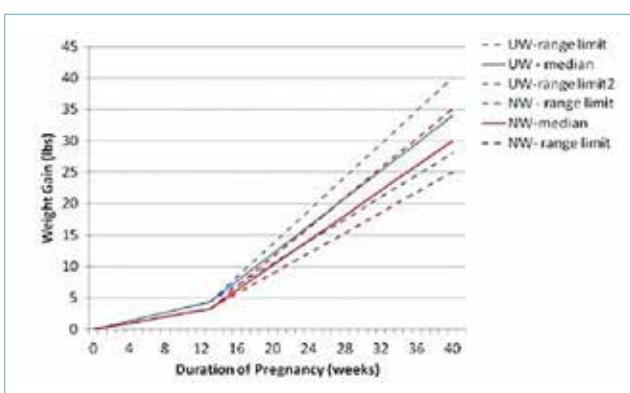
Critères d'analyse

160 questionnaires ont été distribués. 136 ont été récupérés. 87 femmes ont pu être incluses dans l'étude après tri selon les critères de sélection.

Les résultats ont ensuite été consignés dans un tableau Excel. Les calculs ont été réalisés à partir d'Excel et d'un outil réalisé par M. Sutton-Charani.

Afin d'analyser les réponses au questionnaire, deux groupes ont été déterminés selon une courbe issue d'un article de revue rédigé en mai 2009 suites à la révision par l'IOM de ses directives concernant la prise de poids pendant la grossesse. Cet article fournit une vue d'ensemble de ces nouvelles recommandations.

Figure 3 > Courbe de prise de poids recommandée durant la grossesse pour des femmes d'IMC bas (UW) et d'IMC normal (NW) selon les recommandations de l'institut de médecine, en fonction du nombre de SG



D'après cette courbe :

- Entre 31 SA (29 SG) et 31 SA et 6 jours, la prise de poids recommandée est de 6 à 10 kg;
- Entre 32 SA et 32 SA et 6 jours, la prise de poids recommandée est de 7 à 10,5 kg;
- Entre 33 SA et 33 SA et 6 jours, la prise de poids recommandée est de 7,5 à 11,5 kg;
- Entre 34 SA et 34 SA et 6 jours, la prise de poids recommandée est de 8 à 12 kg.

Ensuite, nous avons réalisé une description globale de l'échantillon par comparaison de moyenne entre les deux groupes. Afin de déterminer si les résultats sont significatifs, pour les variables numériques un test de *Student* a été utilisé. Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé un test du *khi-deux*. Cependant quand l'effectif était inférieur à trente pour les variables numériques, et à cinq pour les variables qualitatives, le test de *Student* a été remplacé par un test de *Mann Whitney*, et le test du *khi-deux* a été remplacé par le test exact de *Fisher*. La différence est considérée comme significative, entre les deux groupes, si $p \leq 0.05$, non significatifs si $p \geq 0.10$ et ayant une tendance à la significativité si $p \in [0.05 ; 0.10]$.

Nous avons divisé la qualité de vie physique globale (PCS) et la qualité de vie mentale globale (MDS) en trois catégories : haute, moyenne et basse, selon la répartition de la population dans l'échantillon afin de réaliser cinq régressions :

- 1 Qualité de vie physique en fonction de la prise de poids, de l'IMC initial et du terme de la grossesse.
- 2 Qualité de vie mentale en fonction de la prise de poids, de l'IMC initial et du terme de la grossesse.
- 3 Prise de poids en fonction du score d'alimentation méditerranéenne et « western ».
- 4 Qualité de vie physique en fonction des scores de fréquence alimentaire MDS et WDS.
- 5 Qualité de vie mentale en fonction des scores de fréquence alimentaires MDS et WDS. •