

SOMMAIRE



Weight Expectations: Experiences and Needs of Overweight and Obese Pregnant Women and their Healthcare Providers

By Jennifer Bernier,
Yvonne Hanson and
Tanya Barber

2012



**Weight Expectations:
Experiences and Needs of Overweight and Obese Pregnant Women and Their Healthcare Providers**

2012

A joint project between the Atlantic Centre of Excellence for Women's Health (ACEWH) and the Prairie Women's Health Centre of Excellence (PWHCE):

Research Team

Atlantic Centre of Excellence for Women's Health

Barbara Clow, PhD (Co-Principle Investigator)
Jennifer Bernier, PhD (Project Coordinator/Researcher)
Tanya Barber (Research Assistant)
Erin Hemmens (Researcher Assistant)

Prairie Women's Health Centre of Excellence

Margaret Haworth-Brockman (Co-Principle Investigator)
Yvonne Hanson (Researcher)

Suggested citation: Bernier, J., Hanson, Y., & Barber, T. (2012). Weight expectations: Experiences and needs of overweight and obese pregnant women and healthcare providers. Halifax, NS: Atlantic Centre of Excellence for Women's Health.

Atlantic Centre of Excellence for Women's Health
301-1819 Granville Street
Halifax, Nova Scotia B3J 3R1
Telephone: (902) 494-7850
Fax: (902) 423-8572
Email: acewh@dal.ca

Prairie Women's Health Centre of Excellence
56 The Promenade
Winnipeg, Manitoba R3B 3H9
Telephone: (204) 982-6630
Fax: (204) 982-6637
Email: pwhce@uwinnipeg.ca
Project # 257

This report is also available on our websites: www.acewh.dal.ca and www.pwhce.ca

ISBN: 978-0-9810459-6-2

This project was made possible with through a financial contribution from Health Canada. The views expressed herein do not necessarily represent the views of Health Canada.

Cover image: Thinkstock

Sommaire

Depuis quelques années, on constate au Canada et dans de nombreux autres pays une augmentation des taux d'embonpoint et d'obésité, ce qui a incité les chercheurs, les fournisseurs de soins de santé et les décideurs à porter une attention accrue aux relations qui existent entre l'embonpoint, l'obésité et la santé. Ils ont donc examiné, entre autres, l'impact de l'embonpoint et de l'obésité sur la santé de la mère et du nouveau-né, et ainsi pu obtenir une mine de renseignements sur les effets négatifs potentiels du surpoids et de l'obésité sur la santé des mères et des enfants. Toutefois, il existe dans la littérature des lacunes en ce qui a trait aux implications psychologiques, émotionnelles et sociales de l'embonpoint et de l'obésité durant la grossesse, ainsi qu'aux expériences autodéclarées des femmes faisant de l'embonpoint ou obèses et celles de leurs fournisseurs de soins de santé.

Pour remédier à ces lacunes, le Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes et le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies ont effectué des entrevues afin d'en savoir davantage sur les expériences vécues par des femmes qui avaient présenté un surpoids ou été en situation d'obésité au cours de leur grossesse ainsi que sur celles de leurs fournisseurs de soins de santé. L'objectif de cette étude qualitative était d'acquiescer une meilleure compréhension des expériences vécues par les femmes dans le cadre des soins de maternité, notamment en ce qui a trait aux implications psychologiques, émotionnelles et sociales de l'embonpoint et de l'obésité durant la grossesse. De plus, il importait d'enrichir nos connaissances à propos des expériences des professionnels de la santé œuvrant dans le domaine des soins de maternité auprès de femmes faisant de l'embonpoint ou obèses afin de mieux comprendre ce qu'il faudrait faire pour offrir des soins de qualité optimale à ce groupe de femmes. Trente-trois personnes ont été interviewées en Nouvelle-Écosse et en Saskatchewan, dont dix-huit femmes qui avaient présenté un surpoids ou été en situation d'obésité au cours de leur grossesse et quinze fournisseurs de soins de santé œuvrant auprès de femmes enceintes faisant de l'embonpoint ou obèses; ces quinze personnes englobaient des médecins de famille, des obstétriciens et des gynécologues, des sages-femmes, des infirmières et des diététistes. Les entrevues semi-structurées se sont déroulées en mode conversation et ont porté sur toutes les étapes de la grossesse ainsi que sur les modèles de pratiques employés pour fournir des soins de maternité. Elles ont permis de recueillir tant le point de vue des femmes que celui des fournisseurs de soins de santé. Les résultats de cette étude fournissent de l'information et des éclaircissements sur les expériences vécues par les femmes faisant de l'embonpoint ou obèses qui ont reçu des soins de maternité ainsi que sur les difficultés et les réussites du personnel médical dans la prestation de soins de qualité optimale à cette population. La recherche culmine sur une série de recommandations indiquant diverses façons dont les soins destinés à ce groupe de femmes pourraient être améliorés.

Les **principaux constats** qui ressortent de cette étude sont les suivants :

1) Les aspects psychologiques, émotionnels et sociaux de l'obésité et de l'embonpoint durant la grossesse

Dans le cadre de nos conversations avec les femmes participant à l'étude, nous avons pu constater que les aspects psychologiques et émotionnels de leurs expériences variaient. Certaines femmes ont rapporté avoir vécu des expériences positives et d'autres des expériences négatives, et d'autres encore ont décrit leurs expériences comme étant à la fois positives et négatives. Toutefois, une majorité des femmes interviewées ont indiqué qu'au moins une partie de leurs expériences en matière de soins s'était avérée négative.

Les causes les plus courantes de la détresse psychologique et émotionnelle éprouvée par les femmes étaient un sentiment de culpabilité et une tendance à se blâmer elles-mêmes. Les femmes se sentaient responsables de leur poids, de leur alimentation et des risques potentiels pour la santé associés à l'embonpoint et à l'obésité, tant pour elles-mêmes que pour leurs enfants. Les femmes craignaient aussi de se faire juger ou réprimander à cause de leur poids et ont rapporté avoir, pour cette raison, menti ou caché de l'information à leur fournisseur de soins de santé. Presque toutes les femmes, même celles qui étaient d'avis que leur expérience globale en matière de soins de maternité avait été positive, ont rapporté avoir fait face à une forme ou autre de stigmatisation ou de discrimination en raison de leur poids ou de leur tour de taille. Ces préjugés s'exprimaient le plus souvent sous la forme de commentaires malvenus. De nombreuses femmes ont aussi expliqué que leur piètre image corporelle au cours de la grossesse avait contribué à rendre leurs expériences négatives.

Les aspects sociaux associés à l'embonpoint et à l'obésité en cours de grossesse englobaient les événements marquants de la vie (séparation des parents, enfance passée en famille d'accueil où la distribution de la nourriture était surveillée), les changements touchant le degré d'activité physique (de la participation à des sports organisés dans l'enfance à une vie plus sédentaire au collège, à l'université ou au travail en raison d'un manque de temps, d'un sentiment d'épuisement ou des exigences liées à la conciliation entre les études ou le travail et la vie familiale), les expériences propres au sexe féminin (avoir vu leur mère lutter contre l'embonpoint et s'astreindre à des régimes amaigrissants, et sentir que leur mère avait projeté sur elles ses idéaux en matière d'image corporelle), la santé génésique (prise de poids lié à l'utilisation de contraceptifs, aux grossesses antérieures et à la réduction de l'activité physique en raison des tâches liées à la maternité) et les pressions socioéconomiques (accès limité aux aliments sains et à l'exercice).

2) La période précédant la grossesse et la conception

Nous avons constaté que la majorité des femmes qui avaient planifié leur grossesse avaient eu des conversations avec leur fournisseur de soins de santé à propos de la perte de poids et de la santé avant la conception, mais que c'était souvent la femme qui abordait le sujet en premier. Dans le cas des femmes qui n'avaient pas planifié leur grossesse, les conversations antérieures à la conception n'ont pas pu avoir lieu.

L'existence d'un lien possible entre l'embonpoint et l'obésité et l'infertilité, suggérée dans certaines recherches récentes, a aussi été discutée tant par les femmes que par les fournisseurs de soins de santé. Les femmes ont aussi décrit avoir fait l'objet de préjugés liés à leur poids à diverses étapes de leur traitement contre l'infertilité ou avoir été témoins de tels préjugés. Cela a fait craindre à certaines femmes de demander de l'aide pour leurs problèmes d'infertilité.

3) La grossesse

L'étude a révélé que la prise de poids en cours de grossesse était le sujet le plus souvent discuté entre les femmes et leurs fournisseurs de soins de santé, mais que ces conversations étaient complexes. Nous avons découvert que certaines femmes souhaitaient discuter du gain de poids avec leur professionnel de la santé, que d'autres ne voulaient pas en parler même si elles étaient conscientes de l'importance de cette question, et que d'autres encore évitaient complètement le sujet. La majorité des femmes à qui nous avons parlé considérait que la prise de poids recommandée durant la grossesse était irréaliste et inatteignable. Certains fournisseurs de soins de santé étaient également de cet avis. De plus, les femmes ont fait état de sentiments de détresse émotionnelle causés par les pesées régulièrement effectuées à l'occasion de leurs rendez-vous médicaux. Les fournisseurs de soins mettaient aussi en doute la

pertinence de cette pratique en raison de son impact négatif potentiel sur la santé et le bien-être des femmes.

Les données indiquent que si des conversations sur le régime alimentaire et l'exercice ont eu lieu entre les femmes et leur fournisseur de soins de santé, ces conversations portaient davantage sur le régime alimentaire que sur l'exercice. De nombreuses femmes considéraient que ces conversations ainsi que les pratiques en matière de soins cliniques ne se traduisaient pas par des applications concrètes leur permettant de mettre ces recommandations en pratique dans leur vie quotidienne et ne leur apportaient aucune information nouvelle. Les coûts ont aussi été mentionnés comme des obstacles à la bonne alimentation et à l'activité physique.

Pour ce qui est des risques pour la santé physique, nous avons constaté que si les fournisseurs de soins de santé décrivaient ouvertement les risques associés à l'embonpoint et à l'obésité en cours de grossesse, en plus de dépister ces risques chez les femmes et de prendre en charge les soins visant à réduire ces risques, la majorité des femmes a rapporté que les professionnels de la santé ne leur avaient jamais parlé directement des risques pour la santé physique. Par conséquent, de nombreuses femmes n'étaient pas conscientes qu'elles faisaient partie des patientes à haut risque, ou n'ont pas fait le lien entre ce statut et leur poids, certaines croyant que le risque était davantage lié à leur âge. En raison de cette absence de clarté, les femmes étaient mal informées et n'étaient pas au courant des risques potentiels pour leur santé physique associés à l'embonpoint et à l'obésité en cours de grossesse.

4) Le travail et l'accouchement

Une majorité de femmes ont dit avoir eu des discussions avec leur fournisseur de soins de santé à propos des diverses méthodes d'accouchement pour lesquelles elles pouvaient opter. La moitié des femmes ont rapporté avoir mis leur enfant au monde par accouchement vaginal et l'autre moitié par césarienne. L'endroit où avait lieu la naissance n'était pas un facteur important pour la plupart des femmes. Une seule femme a énergiquement pris la défense de l'accouchement à la maison. Les fournisseurs de soins de santé ont affirmé qu'ils préféraient que les femmes accouchent à l'hôpital en raison des risques potentiels pour la santé au cours du travail et de l'accouchement.

Nous avons constaté que les fournisseurs de soins de santé avaient des opinions divergentes sur les lignes directrices et les pratiques en matière de soins cliniques en ce qui a trait aux risques potentiels liés aux interventions médicales effectuées au cours du travail et de l'accouchement chez ce groupe de femmes. Ainsi, certains professionnels soutenaient les lignes directrices indiquant qu'il valait mieux ne pas déclencher le travail chez les femmes faisant de l'embonpoint ou obèses en raison des complications qui risquent de se produire. D'autres ont rapporté être plus enclins à provoquer le travail chez ces femmes de crainte qu'elles aient des bébés plus gros et pour éviter les complications associées à l'accouchement de bébés plus gros. Des discussions portant sur d'autres interventions médicales (épidurales et contrôle du rythme cardiaque fœtal) et sur les complications possibles ont été soulevées par les femmes et les fournisseurs de soins de santé.

5) L'après-grossesse

Les données révèlent que si les fournisseurs de soins de santé se préoccupaient surtout des risques potentiels pour la santé physique après l'accouchement (infections, séjours prolongés à l'hôpital, escarres de décubitus, caillots et haute pression) chez les femmes faisant de l'embonpoint ou obèses, les femmes interviewées s'intéressaient davantage aux aspects émotionnels de la période postnatale. Cela englobait des aspects comme l'ajustement à la maternité, la dépression post-partum et comment y faire face, et les soucis liés à la capacité de perdre le poids pris au cours de la grossesse.

Les difficultés courantes liées à l'allaitement ont été abordées autant par les femmes que par les fournisseurs de soins de santé, notamment le retard dans la lactation et la prise du sein adéquate par le bébé. Nous avons constaté que les professionnels offraient un soutien et des stratégies créatives pour aider ce groupe de femmes à surmonter les difficultés rencontrées. Il était également apparent que le contrôle ou le suivi de la durée pendant laquelle les femmes allaitaient ou recevaient un soutien suffisant en la matière était difficile, car de nombreux professionnels de la santé, en particulier les obstétriciens, les gynécologues et les sages-femmes, cessaient de procurer des soins aux femmes au-delà de six semaines après la naissance.

La perte de poids après la naissance était une préoccupation importante pour la majorité des femmes interviewées. Si certaines femmes se sentaient motivées pour perdre le poids accumulé durant leur grossesse et ont eu des conversations à ce sujet avec leur professionnel de la santé et obtenu l'aide de celui-ci pour réussir à perdre ce poids, d'autres ont rapporté que le manque de sommeil, l'épuisement et la nécessité d'obtenir des soins pour leur enfant avaient constitué un obstacle à l'entreprise ou à la planification d'activités axées sur la perte de poids. Les femmes ont dit avoir éprouvé un sentiment de détresse émotionnelle si elles n'arrivaient pas à perdre le poids qu'elles avaient pris durant la grossesse et si elles continuaient de prendre du poids au cours des grossesses suivantes.

6) La qualité des soins

Les fournisseurs de soins de santé ont rapporté que l'insuffisance d'équipement (pèse-personnes, lits, brassards de tensiomètre, machines à ultrasons, fauteuils roulants, rampes et sièges) conçu pour des patientes de forte taille les empêchait de fournir des soins de qualité aux femmes faisant de l'embonpoint ou obèses. Ils croyaient aussi que cette lacune risquait d'entraîner des blessures. L'absence de formation structurée et adaptée en matière de prestation de soins de maternité aux femmes faisant de l'embonpoint ou obèses a aussi été mentionnée comme un obstacle. La plupart des soignants ont indiqué qu'ils participaient à des ateliers et à des séances d'information, mais qu'ils devaient surtout apprendre « sur le tas ».

Si certaines attitudes négatives de la part des fournisseurs de soins de santé ont pu entraîner des conséquences indésirables et nuire à l'expérience des femmes en matière de soins, nous avons constaté que la majorité des professionnels de la santé avaient une attitude positive face à la prestation de soins aux femmes faisant de l'embonpoint ou obèses. Ceux-ci ont en effet affirmé que la prestation de soins à cette population s'inscrivait de plus en plus dans la norme.

Les approches en matière de soins de maternité adoptées par les professionnels de la santé ont été qualifiées de facteurs pouvant tantôt nuire et tantôt aider à la prestation de soins de qualité. Les participantes ont affirmé que la qualité des soins de maternité se voyait compromise lorsque les professionnels de la santé omettaient de transmettre de l'information portant sur le poids, évitaient de répondre aux questions ou présentaient des anecdotes à la place des faits. Les femmes ont dit avoir l'impression que cela se produisait fréquemment en raison d'un manque de temps. Toutefois, les fournisseurs de soins de santé ont également raconté s'être sentis mal à l'aise de discuter de questions liées au poids et craindre de perdre des patientes si celles-ci se sentaient offusquées par ces discussions. Les fournisseurs de soins de santé qui donnaient l'impression d'avoir une approche insensible relativement aux conversations portant sur le poids et aux pratiques en matière de soins cliniques ont aussi créé des obstacles à la prestation de soins de qualité. Par exemple, des commentaires blessants étaient souvent émis, les soignants n'étaient pas à l'écoute des besoins et des expériences des femmes

ou faisaient des suppositions erronées sur le mode de vie des femmes. Ces comportements ont eu un impact négatif sur la façon dont les femmes se sentaient face à elles-mêmes et à leur grossesse.

Les participantes ont décrit deux approches qui contribuent à la prestation de soins de maternité de qualité : 1) une approche informative et empreinte d'amabilité fondée sur l'emploi, par les professionnels de la santé, de méthodes en douceur et axées sur la collaboration dans le but d'établir un rapport avec les femmes, la création d'un environnement où les femmes se sentent soutenues et non jugées et une prise de connaissance active du dossier de chacune des femmes, de leurs antécédents et de leur situation particulière; 2) une approche directe et empreinte de professionnalisme où les femmes se sentent rassurées que leur professionnel de la santé est prêt à discuter de leurs préoccupations directement et avec le souci de les informer le mieux possible, sans leur cacher quoi que ce soit.

Tant les femmes que les fournisseurs de soins de santé favorisaient l'utilisation d'équipes multidisciplinaires, moyen par excellence, à leur avis, d'assurer la qualité des soins et de favoriser l'élimination des obstacles.

À la lumière de ces constats, nous avons formulé les **recommandations** suivantes :

1. Certaines approches relatives à la discussion de questions touchant le poids et les pratiques en matière de soins de maternité se sont révélées plus efficaces que d'autres. Pour accroître la qualité des soins de maternité que reçoivent les femmes faisant de l'embonpoint et obèses, nous recommandons que les fournisseurs de soins de santé adoptent au moins une des deux approches privilégiées suivantes : 1) une approche informative et empreinte d'amabilité fondée sur l'emploi, par les professionnels de la santé, de méthodes en douceur et axées sur la collaboration dans le but d'établir un rapport avec les femmes, la création d'un environnement où les femmes se sentent soutenues et non jugées et une prise de connaissance active du dossier de chacune des femmes, de leur antécédents et de leur situation particulière; 2) une approche directe et empreinte de professionnalisme où les femmes se sentent rassurées que leur professionnel de la santé est prêt à discuter de leurs préoccupations directement et avec le souci de les informer le mieux possible, sans leur cacher quoi que ce soit.

2. Aborder la question du poids est souvent difficile, et ce sujet est fréquemment source de malaise tant pour les femmes faisant de l'embonpoint ou obèses que pour leur fournisseur de soins de santé. Nous recommandons que les professionnels de la santé annoncent dès le départ à leurs patientes que la discussion de questions liées au poids – comme la prise de poids, la nutrition et l'exercice de même que les risques pour la santé – fait partie de leurs politiques, et adoptent certaines pratiques telles que le contrôle du poids avec l'ensemble de leurs patientes de manière à éviter de stigmatiser les femmes faisant de l'embonpoint ou obèses.

3. Un grand nombre des femmes qui ont fait état d'un sentiment d'insatisfaction à propos des soins de maternité qu'elles avaient reçus ont eu l'impression d'avoir été forcées de faire certaines choses qui les rendaient mal à l'aise, comme se faire peser dans un espace public et voir leur poids divulgué à voix haute. Nous recommandons que les professionnels de la santé offrent aux femmes différentes possibilités et leur permettent de faire des choix en ce qui a trait à leurs plans en matière de soins et de grossesse, et qu'ils donnent leur opinion et fassent des suggestions sur les décisions prises à toutes les étapes de la grossesse.

4. L'insistance sur l'IMC et sur la prise de poids totale recommandée, de même que l'adoption d'une pratique consistant à contrôler le poids des femmes sur une base régulière ont entraîné une détresse émotionnelle chez de nombreuses participantes. Nous recommandons que les fournisseurs de soins de santé se concentrent, dans le cadre de leur pratique et de leurs discussions, sur les éléments liés à une « grossesse saine » au lieu de privilégier les « chiffres ». Lorsque l'accent était plutôt mis sur la santé et le bien-être en cours de grossesse, les femmes faisant de l'embonpoint ou obèses se sentaient moins coupables et avaient moins tendance à se blâmer, craignaient moins d'être jugées et réprimandées à propos de leur poids et se sentaient moins stigmatisées et discriminées en raison de leur poids.

5. Des facteurs sociaux entrent en ligne de compte dans le combat que mènent les femmes contre l'embonpoint et l'obésité, et jouent un rôle important dans les expériences qu'elles vivent dans le cadre des soins de maternité et en cours de grossesse. Nous recommandons que les fournisseurs de soins de santé prennent en considération le contexte social où se déroule la vie des femmes. En tenant compte des facteurs sociaux susceptibles de créer des inégalités pour les femmes en matière de santé, notamment les obstacles à l'atteinte et au maintien d'un poids santé, les soignants pourront offrir des stratégies plus appropriées qui permettront d'améliorer la santé psychologique, émotionnelle et physique ainsi que le bien-être des femmes faisant de l'embonpoint ou obèses au cours de leur grossesse.

6. En raison de la complexité des aspects liés à l'embonpoint et à l'obésité en cours de grossesse, qui peut entraîner la nécessité d'un soutien et d'interventions médicales additionnels, et de l'attitude favorable manifestée par les femmes face aux équipes interprofessionnelles de soins de maternité, il est recommandé qu'une approche interprofessionnelle axée sur la collaboration soit adoptée par les soignants. Dans le cadre de cette approche, les médecins de famille, les obstétriciens et les gynécologues, les sages-femmes, les anesthésistes, les infirmières, les diététistes et les agences communautaires travailleraient de concert avec les femmes afin de leur offrir les meilleurs soins et services et le meilleur soutien avant, pendant et après la grossesse.

7. Étant donné qu'un grand nombre de fournisseurs de soins de santé n'ont pas reçu d'éducation ou de formation particulièrement poussée en ce qui a trait au travail auprès de femmes enceintes faisant de l'embonpoint ou obèses, nous recommandons que les écoles de médecine et les établissements de soins cliniques offrent aux soignants un plus grand nombre de programmes et de possibilités d'éducation et de formation portant plus particulièrement sur l'embonpoint et l'obésité à toutes les étapes de la grossesse.

8. Le manque d'équipement approprié pour les plus gros gabarits a été un important obstacle à la prestation de soins de maternité de qualité optimale aux femmes faisant de l'embonpoint ou obèses. Nous recommandons que les établissements de soins cliniques tels que les hôpitaux ou les cliniques communautaires passent en revue leur équipement et évaluent l'environnement où se pratiquent leurs soins cliniques afin de déterminer quels équipements répondraient le mieux aux besoins des patientes de plus forte taille et en quoi consistent l'équipement et les ressources qu'ils devraient se procurer.