Poids et périnatalité : vécu des patientes et des médecins généralistes sur l'abord du poids en période périnatale

Anouk Bardy, Gloria Colombini

▶ **To cite this version:**

Anouk Bardy, Gloria Colombini. Poids et périnatalité : vécu des patientes et des médecins généralistes sur l'abord du poids en période périnatale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02367997

HAL Id: dumas-02367997

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02367997

Submitted on 18 Nov 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Poids et périnatalité : vécu des patientes et des médecins généralistes sur l'abord du poids en période périnatale

T H È S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 1er Octobre 2019

Par Madame Gloria COLOMBINI

Née le 21 novembre 1991 à Hyeres (83)

Par Madame Anouk BARDY

Née le 7 janvier 1992 à Marseille 08eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CARCOPINO Xavier	**Président**
Madame le Docteur ROUSSEAU DURAND Raphaëlle	**Directeur**
Madame le Professeur GABORIT Bénédicte	**Assesseur**
Monsieur le Docteur (MCU-PH) FABRE Alexandre	**Assesseur**
Madame le Docteur RICARD Emilie	**Assesseur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Poids et périnatalité : vécu des patientes et des médecins généralistes sur l'abord du poids en période périnatale

T H È S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 1er Octobre 2019

Par Madame Gloria COLOMBINI

Née le 21 novembre 1991 à Hyeres (83)

Par Madame Anouk BARDY

Née le 7 janvier 1992 à Marseille 08eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CARCOPINO Xavier	**Président**
Madame le Docteur ROUSSEAU DURAND Raphaëlle	**Directeur**
Madame le Professeur GABORIT Bénédicte	**Assesseur**
Monsieur le Docteur (MCU-PH) FABRE Alexandre	**Assesseur**
Madame le Docteur RICARD Emilie	**Assesseur**

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen Georges LEONETTI

Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI
Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS

Direction d'école :

- **Ecole de Médecine :** Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique :** Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation :** Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières :** Sébastien COLSON

Assesseurs :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1er cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2ème cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3eme cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI
Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

Mis à jour 01/01/2019

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain

MM FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MILLET Yves
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERDAH Stéphane
BERLAND Yvon Surnombre
BERNARD Jean-Paul
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom
BOUBLI Léon
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHARPIN Denis Surnombre
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
CLAVERIE Jean-Michel Surnombre
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DELPERO Jean-Robert
DENIS Danièle
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCES Yves Surnombre
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GORINCOUR Guillaume
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis Disponibilité
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MATONTI Frédéric Disponibilité
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien Disponibilité
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominiq
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RANQUE Stéphane
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE *A MI-TEMPS*

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (disponibilité)
AHERFI Sarah
ANGELAKIS Emmanouil (dispo oct 2018)
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BERBIS Julie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BERTRAND Baptiste
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CHAUDET Hervé
CHRETIEN Anne-Sophie
COZE Carole
CUNY Thomas
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVILLIER Raynier
DUBOURG Grégory
DUFOUR Jean-Charles
EBBO Mikaël
FABRE Alexandre
FAURE Alice
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FROMONOT Julien
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GRISOLI Dominique
GUERIN Carole
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MANCINI Julien
MARY Charles
MASCAUX Céline
MAUES DE PAULA André
MILLION Matthieu
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
OVAERT Caroline
PAULMYER/LACROIX Odile
PESENTI Sébastien
RESSEGUIER Noémie
REY Marc
ROBERT Philippe
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique
SUCHON Pierre
TABOURET Emeline
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE *5302*

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE *4805*

KERBAUL François (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE *5203*

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Justin (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité
REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)
TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)
BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
TOMASINI Pascale (MCU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

Monsieur le Professeur Carcopino,
Merci de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse. Merci de nous accompagner dans la découverte de la recherche qualitative, qui nous est si chère en médecine générale.

Madame le Professeur Gaborit,
Merci d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse. Votre présence, en tant que membre du CSO, comptait beaucoup pour nous.

Monsieur le Dr Fabre,
Merci d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse. Nous espérons que vous apprécierez notre volonté de nous impliquer d'avantage auprès des adolescents.

Madame le Dr Rousseau Durand,
Merci d'avoir accepté de diriger notre thèse. Tes pistes de réflexion nous ont apporté plus que la simple rédaction de cette thèse, nous avons hâte de les mettre en pratique.

Madame le Dr Ricard,
Merci pour l'enthousiasme que tu as témoigné pour notre sujet de thèse. Nous sommes très reconnaissantes de ta participation au sein de notre jury.

Merci aux médecins généralistes ayant participé à notre étude, pour le temps que vous nous avez accordé, et pour nous avoir accueilli chaleureusement.

Merci à l'ensemble des patientes qui ont accepté de se livrer sur ce sujet délicat, et de nous avoir accordé du temps malgré leurs journées bien remplie de jeunes mamans. Merci de vote confiance.

Remerciements – Anouk

A ma famille :

A **Papa**, depuis les resto du dimanche soir en P1 à la méticuleuse relecture de cette thèse, tu as été mon premier soutien pendant toutes ces années. Merci de la fierté que je peux voir dans tes yeux et de ta bienveillance. Et puis merci pour ces fous rires, pour ces textos en anglais parlant de pad thaï signé BB, et d'intégrer si bien ma vie.

A **Maman**, pour avoir littéralement vécu chaque étape de ces études avec moi. Merci de m'avoir toujours poussé vers le meilleur de moi même, même quand cela me faisait peur. Merci de tes sacrifices et de ton amour, qui m'ont amené jusqu'à aujourd'hui.

A **Simon**, pour ton regard admiratif, et ton évolution spectaculaire. Tu as tellement grandi, parfois je me demande si ce n'est pas toi le plus grand ! Rien n'est grave à tes côtés, merci d'avoir tant contribué à mon équilibre.

A **Mamie et Papi**, mes plus fidèles admirateurs, mes pipelettes, mes idoles. Ma vie ne serait pas la même sans vous. Je n'aurai jamais survécu à toutes ces années sans nos conversations, ni sans les bons petits plats de mamie ! Merci pour tout, je vous aime à la folie.

A **ma Belle famille**, pour m'avoir accueilli à bras ouvert avec tant d'amour. Merci de m'avoir témoigné autant d'affection et de soutien, c'est un bonheur de vous avoir dans ma vie.

Aux Ami(e)s :

A l'immortel Club ! Les amours de ma vie. Mes amies les plus proches depuis aussi longtemps que je me souvienne. Vous participez chacune à mon équilibre, et votre soutien irréprochable dans tout ce parcours m'a apporté tellement de bonheur ! Merci : Mélan pour ton enthousiasme et ton amitié incroyable, Zou pour être cette tornade remplie de vie que j'aime tant, Gus pour ces conversations sans fin depuis petites, Cam

pour tes danses de Beyoncé et ton sourire inépuisable (et pour la brillante relecture de cette thèse !), Lisou pour la simplicité que l'on partage, Stridou pour ton attention permanente, Caro pour tes mimes indétrônables depuis le lycée, Cha pour ta générosité, et Lau pour être ma partenaire de grasse mat.
Vous êtes TOUT, merci merci merci !!!

A Juliette, ma CC, ma Cristina, ma partner in crime. Toutes ces années n'auraient clairement pas été les mêmes sans toi, je n'ai pas le souvenir d'un seul moment que nous n'ayons pas partagé. Tu m'as construite, depuis ces danses endiablées sur le podium du Hush, jusqu'à aujourd'hui. Big up à **Pépito** par la même occasion, merci pour votre amitié qui m'est si chère !

A Martin, Charlie et Alex, pour tous ces souvenirs depuis le lycée. Vos amitiés sont si précieuses, malgré la vie qui nous éloigne parfois.
Martin, je n'ai même pas de mot. Mes études, et surtout (SURTOUT !) ma vie, n'auraient pas été ce qu'elles sont sans toi. Merci à l'infini.

A la Bande à Jeanjean, merci de faire partie de ma vie depuis toutes ces années maintenant ! Jer et Diane, merci de votre soutien et de votre amitié qui m'est si chère. Jean-Phi et Elo (et cette cool attitude), Tang et Lulu (vous êtes perchés, je vous aime), Clem et Audrey, Théo et Audrey, Hugo, Ludo, Georges et Gauthier.

A la **Team rocket,** pour l'amour incroyable qui unit ce petit groupe ! Ben et Flo en particulier, pour être si piquants et aimants à la fois, pour N'Golo, et pour m'avoir fait réviser tout le programme médical international à chaque apéro. Jere et Julie, Julie et Binbin, Camille et Nico… Et les amours Margot et Gabriel !

A mes sous colleuses de l'espace, **Gloria Pauline et Manon**, pour toutes ces chips au wasabi et ce thon saint mo !
Ma Glo, cette thèse nous a encore prouvé plus d'une fois à quel point on partage la vision de l'exercice de notre merveilleuse spécialité, et de la vie surtout, pour toutes les fois où on oubliait de parler de travail ! Merci de continuer à faire partie de ma vie.

A toutes ces personnes rencontrées pendant l'internat, vous m'avez permis de devenir le médecin que je suis. Petit mot à **Etienne** pour tous ces fous rires, et à **toute l'équipe du pôle mère enfant de Salon**, pour m'avoir tant appris dans les meilleures conditions qui soient. **Emilie**, avoir pu travailler avec toi est une chance formidable. Tu es un modèle de femme, de médecin et d'humanité. Je suis tellement reconnaissante d'avoir croisé ton chemin !

Et enfin :

A Baptiste, mon amour, pour tout ce que tu as supporté depuis toutes ces années, sans jamais broncher. Merci pour ton amour et ta tendresse, merci d'avoir rempli ma vie de bonheur et de légèreté. Merci de ne jamais douter de moi, de m'encourager. Je suis surexcitée à l'idée de la tournure que notre vie va prendre ! Je sais que ce qui nous attend est encore meilleur. Je t'aime à la folie.

Remerciements – Gloria

Tout d'abord, merci à tous les médecins et soignants qui ont marqué chaque stage de mon internat. **Esther** et l'équipe de la médecine B à La Seyne**, Julia**, **Pascal** et l'équipe de la médecine Est à Hyères, l'équipe des **urgences de Sainte-Musse**, **Julien** et tout le cab' du Pradet.

Et enfin **Raphaëlle…**
Parfois le hasard fait bien les choses. Grâce à toi, j'ai pu terminer mon internat sans avoir à déménager. Et grâce à cette décision, nous voilà réunies pour 6 mois de stage.
J'avais une idée assez précise de la médecine générale que je voulais exercer avant de te rencontrer, mais elle était jugée trop « utopique » pour certains… Tu m'as prouvé le contraire, la médecine que j'imaginais est possible, et tu m'as donné les clés pour y parvenir. Tu es un modèle, une inspiration pour chaque interne qui a l'immense chance d'apprendre à tes côtés. Merci de nous transmettre ton amour pour la médecine générale.

A ma famille,

A **Papa, Maman, Lucas** (et Wilo !)
Merci pour tout vos sacrifices qui m'ont permis de réaliser le métier de mes rêves.
Merci pour toutes les valeurs que vous m'avez transmises, par votre volonté dans le travail, par nos voyages à travers le monde. Je vous admire, pour votre courage, pour l'énergie dont vous faite preuve au quotidien, pour vous être relevé après toutes les épreuves que vous avez traversées.
Vous avez fait ma force et mon équilibre. Je vous aime.

A **mamie Jeannette**, qui veille sur nous.

A ma belle-famille**, Catherine et Jean-Pierre**
Vous avez fait partie de chaque étape de ces longues études et vous avez fait en sorte que je travaille toujours dans les conditions optimales. Merci de vous êtres occupés de moi comme de votre propre fille, merci d'être si attentionnés, et toujours présents pour nous aider dans chacun de nos projets.

Cricri et les bébés, pour tous les petits instants de bonheur que vous nous procurez.

Aux amours de ma vie, **Clémence, Maeva, Mathilde, Justine**

Ma Clemouss, ma toute première voisine et toute première amie, merci d'être encore là 27 ans plus tard.

Mae, *« Tout aurait pu faire penser que rien ne nous rapprocherait. Pourtant, le destin en a décidé autrement. Une petite Réunionnaise, mi Guadeloupéenne, qui déménage, et qui le cœur vide de sentiment, vient habiter une petite ville, bien trop grande par rapport à ce qu'elle connaissait. Une petite Lavandouraine, qui vécut depuis sa tendre enfance dans cette petite ville. A ce moment là, il paraît que j'ai connu une personne qui comptera aujourd'hui dans la case « amie », comme on en connaît peu, comme on en veut peu. »*

Ça te rappelle quelque chose ? Je suis sûre que ces quelques lignes vont faire resurgir pas mal de souvenirs. Tu sais où je suis allée les chercher, honnêtement j'ai failli me lancer dans du Grey's mais je me suis dis que c'était un peu trop cliché... On était gamine mais tu ne t'étais pas trompée.

On a vécu nos premiers amours ensemble, nos premières conneries ensemble, et puis aujourd'hui on est à vos côtés pour vos grossesses, on vous découvre dans vos premiers rôles de maman, on voit grandir Jeanne et Garance… On a plus besoin de vous dire à quel point c'est incroyable de partager ces merveilleuses étapes de vos vies, et tout le bonheur que ces bébés ont apporté à notre quotidien.

Vous me rendez encore plus bienveillante chaque jour envers toutes les mamans que j'ai la chance de soigner.

Mathilde, je n'aurai pas pu imaginer meilleure voisine pour supporter les années les plus difficiles. Ta présence a été un soutien immense. Je me rappelle de ces discussions où l'on rêvait de ce moment, d'être enfin diplômées toutes les deux. Je suis si fière de nos parcours.

Ma Juh, ma partenaire de marche, de nage, bon surtout de bonnes grosses siestes sur la plage. Merci pour toutes nos balades, tu as été ma bouffée d'oxygène au milieu de longues journées de travail. Je te l'ai déjà dit 100 fois, tu es un rayon de soleil pour toutes les personnes qui t'entourent et pour les patients qui ont la chance de croiser ton chemin.

Vous êtes mes piliers, mon équilibre. Merci pour votre soutien inconditionnel.

A Manon, Popow, Nouki

Aux milliers de messages échangés sur « Boobs » qui nous ont permis de traverser ces dernières années avec un peu plus de légèreté. « Boobs » est devenu « Groupe de pairs » mais bon… On sait toutes comment ça va finir…

Ma Nouki, je suis heureuse d'avoir pu partager ce travail avec toi. On a passé autant de temps à refaire le monde qu'à rédiger cette thèse… Peut-être qu'un jour, on ouvrira notre magasin-de-fleurs-et-de-savons-bio, en attendant on va (enfin !) pratiquer la médecine qu'on aime tant. J'espère qu'on continuera à partager autant, de notre pratique et de notre quotidien… Tu me rends meilleure !

Et enfin, **Damien, mon Am, mon Bé, mon Wat**

J'aimerai retracer nos 11 années d'amour mais il y a tellement de choses à dire.

On était deux ado, qui débutent une histoire d'amour à la fin du lycée avec chacun un projet un peu ambitieux. Et nous voilà aujourd'hui, pilote de ligne, médecin généraliste. Nos deux rêves accomplis, ensemble et toujours aussi fou d'amour. Et en plus de tout ça, dans notre jolie maison chérie.

Alors merci pour tout. Pour ta patience, pour ton soutien. Pour toujours croire en moi, me rassurer, sécher mes larmes quand je doute. Merci pour ton amour, ta tendresse. Merci de me faire voyager, de partager tes envies toujours plus folles pour notre futur. Merci pour tes bons petits plats et toutes les attentions que tu me portes au quotidien qui font que la vie avec toi est si douce.

J'aime notre vie à deux, j'aime notre « team », notre complémentarité, j'aime notre capacité à toujours nous remettre en question et à faire de chaque étape une force.

Alors j'espère que tu es prêt à me supporter parce que ça risque de durer encore quelques années… Peut-être à Bormes, peut-être en Corse, peut-être à Paros, peut-être un peu partout à la fois, surement au milieu des poules, des biquettes, et des abeilles… Mais ensemble ça c'est certain. T'aime à la folie, t'aime à la folie, t'aime à la folie, lie, lie.

Sommaire

I. Introduction 3

II. Matériel et méthode 7

A. Choix de la méthode qualitative 7

B. Recueil de données 8

C. Guide d'entretien 9

D. Population 10

a. Médecins généralistes 10

b. Patientes 11

E. Analyse des données 12

III. Résultats des entretiens avec les médecins 14

A. Caractéristiques de l'étude 14

a. Caractéristiques de l'échantillon 14

b. Caractéristiques des entretiens 14

B. Résultats principaux 14

a. Perception des patientes obèses et en surpoids par le médecin généraliste 14

b. Rôle du médecin généraliste 17

c. Difficultés rencontrées 20

d. La grossesse : moment particulier 27

IV. Résultats des entretiens avec les patientes 33

A. Caractéristiques de l'étude 33

a. Caractéristiques de l'échantillon 33

b. Caractéristiques des entretiens 33

B. Résultats principaux 33

a. Le poids : une affaire personnelle. 33

b. L'individualité de la grossesse 36

c. La solitude du post-partum 40

d. Rôle du médecin généraliste 45

V. Discussion 49

A. Forces de l'étude 49

B. Limites de l'étude 49

C. Problématiques identifiées 50

D. Améliorations possibles 56

VI. Conclusion 63

VII. Bibliographie 66

VIII. Annexes 69

Annexe n°1 – Guide d'entretien avec les médecins généralistes 69

Annexe n° 2 – Guide d'entretien avec les patientes 70

Tableau n° 1 – Caractéristiques des médecins généralistes 71

Tableau n° 2 – Caractéristiques des patientes 72

Annexe n° 3 – Entretien semi-dirigé avec le médecin n°3 73

Annexe n° 4 – Entretien semi-dirigé avec le médecin n° 8 77

Annexe n°5 – Entretien semi-dirigé avec la patiente n° 1 82

Annexe n° 6 – Entretien semi-dirigé avec la patiente n°9 87

Annexe n°7 – Résumé 90

IX. Serment d'Hippocrate 91

I. Introduction

Le poids.

Être trop gros, être trop maigre. Avoir trop de formes, ou pas assez. Ressembler aux couvertures de magazines, suivre des programmes alimentaires miraculeux, utiliser des crèmes amincissantes révolutionnaires. L'image du corps dans la société est régie par une telle pression que le mot « poids » devient à lui seul un concept péjoratif.

Le surpoids et l'obésité sont les premiers facteurs de mortalité à l'échelle mondiale [1]. La morbidité cardiovasculaire, le diabète, les troubles musculo-squelettiques, la dépression, ainsi que la prévalence de certains cancers sont les grandes catégories de pathologies engendrées par le surpoids et l'obésité [1].

Le poids est au centre des préoccupations, aussi bien celle de la société que du corps médical. Pourtant, la communication entre médecins et patients reste délicate. La prise en charge de ces pathologies s'en trouve altérée, en témoigne la prévalence qui ne cesse d'augmenter.

La prévalence mondiale de l'obésité a triplé entre 1975 et 2016. Selon l'OMS, en 2016, 1,9 milliard d'adultes étaient en surpoids. 41 millions d'enfants de moins de 5 ans étaient également concernés [1]. Au total, le surpoids et l'obésité sont responsables de 2,8 millions de décès chaque année.

Le surpoids et l'obésité se définissent d'après l'OMS [2] comme une « accumulation anormale ou excessive de graisse qui présente un risque pour la santé ». Ils se traduisent de manière plus objective par un IMC (poids sur taille au carré) supérieur ou égal à 25 pour le surpoids, et supérieur ou égal à 30 pour l'obésité.*

**Chiffres valables pour l'adulte. Chez l'enfant, on parle de poids pour taille debout en dessous de 5 ans, d'IMC à partir de 5 ans. C'est le report des valeurs sur les courbes de croissance qui permet de compter l'écart par rapport à la médiane des normes de l'OMS.*

De nombreuses actions sont menées pour favoriser une bonne prise en charge de l'obésité. A l'échelle internationale comme nationale ou régionale, les actions de santé publique se multiplient : Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation et l'exercice physique, Programme national nutri-santé (PNNS), Plan obésité, Education thérapeutique.

En France, selon la dernière étude ObEpi 2012, la prévalence du surpoids chez les adultes de plus de 18 ans est de 32,3 %, et celle de l'obésité est de 15 %. Ces chiffres sont en constante augmentation depuis 1997, et ce, toutes classes sociales confondues [3].

C'est la courbe d'évolution des femmes qui a retenu notre attention : l'étude met en évidence que la prévalence de l'obésité chez les femmes de 18-25 ans est en nette augmentation depuis 15 ans. [3]

C'est dans cette tranche d'âge qu'une femme est susceptible d'entrer dans une période de sa vie nommée « périnatalité ».

La périnatalité était initialement définie par l'OMS comme la période allant de la vingt-huitième semaine de grossesse au septième jour de vie après la naissance.
Aujourd'hui, la définition légale est bien plus large : « La périnatalité se définit comme l'ensemble des processus liés à la naissance, depuis la contraception jusqu'aux premiers mois de la vie du nourrisson, en passant par le désir d'enfant, le diagnostic anténatal, la grossesse, l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement ou l'allaitement » [4]

Les effets de l'obésité sur la fertilité, le bon déroulement de la grossesse, et l'accouchement ne sont plus à prouver [5]. Une grande morbidité péri-natale existe chez les patientes avec un IMC anormal. En post-partum, c'est la majoration des comorbidités cardiovasculaires chez la femme qui est dramatique.

La santé psychologique est également une cible de l'obésité, en particulier chez les femmes. Il a été prouvé que le retentissement psychologique d'un IMC anormal chez une femme est plus grand que chez un homme [6]. D'après une étude anglaise de 2018 [7],

les chercheurs suggèrent que les normes relatives à la corpulence aujourd'hui acquises dans l'imaginaire des femmes sont fortement influencées par l'exposition médiatique. Carpenter et al (2000) ont pour leur part mis en évidence que la pression engendrée par les normes sociétales sur les corps exacerbe des troubles psychologiques chez les patients obèses, comparativement aux personnes normo pondérées [8].

Les conséquences de l'obésité et du surpoids chez les femmes sont donc nombreuses : complications similaires à celles des hommes, impact sur la vie reproductive et retentissement psychologique.

Nous nous sommes alors interrogées sur l'action de prévention de l'obésité réalisée auprès des jeunes patientes, l'obésité ayant tant de conséquences sur leurs corps, leur mental, ainsi que sur leur enfant à naître.

La prévention est une des missions principales du médecin généraliste.
D'après la définition européenne de la WONCA en 2002 [9], la spécialité de médecine générale-médecine de famille est décrite de la manière suivante :
« Les médecins généralistes-médecins de famille soignent les personnes dans leur contexte familial communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients ils intègrent les dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles et existentielles mettant à profit la connaissance et la confiance engendrée par des contacts répétés. Leur activité comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies, et la prestation de soins à visée curative et palliative. »

A la lecture de cette définition, le médecin généraliste semble être le professionnel de santé le plus approprié pour aborder tout type de sujet, dans un climat de confiance.

Pourtant, quand il s'agit du poids, la communication n'est pas évidente. Ce n'est pas un paramètre biomédical comme un autre : il est soumis à une norme sociétale qui lui donne une autre signification.

Durant nos premiers mois d'exercice en cabinet de médecine générale, en qualité d'interne ou de remplaçante, nous avons chacune rencontré la même problématique. Aborder le poids avec une patiente jeune et en surpoids ou obèse nous a mis en difficulté, non rencontrée avec nos autres patients.

Il existe une multitude de travaux sur l'influence des caractéristiques sociales des patients et des médecins sur le déroulement des consultations médicales [10] [11] [12]. En revanche, le poids est peu analysé comme une dimension à part entière pouvant influencer la relation soignant-soigné [13]. Nous avons trouvé quelques études qui analysent comparativement le ressenti des médecins généralistes et des patients dans l'abord du poids en consultation [13] [14] [15] [16]. Chez les patientes, une étude met en évidence que les femmes rencontrent des difficultés à aborder le sujet avec les soignants, liées à un sentiment de jugement, de culpabilité, de honte [17]. Cependant, nous n'avons pas trouvé de recherche se concentrant sur la période périnatale.

Face à ces différents constats, nous avons souhaité étudier l'abord du poids dans cette période complexe qu'est la périnatalité.

Les médecins généralistes se sentent ils en difficultés dans l'abord du poids en période périnatale ? Faut –il réinventer un espace de communication plus adapté ?
Comment les patientes vivent-elles l'abord du poids dans cette étape de vie ? Se sentent-elles en confiance avec leur médecin généraliste pour parler de ce sujet tabou ? Ces questions ont été centrales dans notre approche et ont conduit à formaliser une méthode d'investigation adaptée.

Notre étude qualitative, réalisée en miroir, a pour vocation de confronter les points de vue des médecins généralistes et de leurs patientes, afin de comprendre les freins et les attentes de chacun. Ainsi, nous souhaitons dégager de nouvelles pistes d'amélioration pour favoriser la communication sur ce sujet encore tabou dans notre société.

II. Matériel et méthode

A. Choix de la méthode qualitative

La méthode de recherche qualitative vise à comprendre des phénomènes comme le ressenti, le vécu, les représentations, par le biais le plus souvent, de l'analyse de contenus verbaux [18].

En 1995, Mays and Pope l'ont ainsi défini de la façon suivante : *« The goal of qualitative research is the development of concepts which help us to understand social phenomena in natural (rather than experimental) settings, giving due emphasis to the meanings, experiences, and views of all the participants »*

Elle s'attelle à répondre à des questions, dont les paramètres de réponses sont difficilement mesurables objectivement.
Ce type d'étude s'adapte particulièrement à la recherche en médecine générale, en contribuant à la compréhension du fonctionnement des participants et leurs interactions [18], comme nous souhaitons le faire ici.

Plusieurs méthodes existent au sein de la recherche qualitative : l'analyse thématique, l'analyse par théorisation ancrée, l'analyse phénoméno-pragmatique et l'analyse phénoméno-structurale [19].
Nous nous sommes naturellement dirigées vers l'analyse inspirée de la théorisation ancrée.

Selon Glaser et Strauss, la théorisation ancrée (ou *Grounded theorie*), repose sur la capacité à faire émerger de nouvelles théories. Ce travail ne part pas de théories déjà existantes, mais s'effectue en s'inspirant du terrain. La méthode nécessite alors un aller-retour permanent entre données empiriques (connaissances) et produits de l'analyse, aboutissant à l'émergence de ces nouvelles théories [20].

La théorisation ancrée est alors par définition opposée aux approches déductives. Dans ces dernières, les enquêteurs partent de postulats afin de déduire des explications sur un phénomène.

Nous cherchions à comprendre le vécu des médecins généralistes et des patientes dans l'abord du poids en période périnatale. La meilleure compréhension de leurs interactions nous a interrogé, afin de faire émerger de nouvelles idées permettant l'amélioration de la communication sur ce sujet délicat. Le choix d'une analyse qualitative nous a ainsi paru évident, tout comme celui plus spécifique de la théorisation ancrée.

B. Recueil de données

Que ce soit pour les médecins ou les patientes, devant l'intimité du sujet évoqué, nous avons choisi de nous orienter vers des entretiens individuels semi dirigés. Les focus groupes ne nous semblaient pas adaptés.

Les deux investigatrices ont participé à la totalité des entretiens, médecins et patientes. Ce choix nous a paru crucial, afin de pouvoir réaliser une triangulation des données pertinente [21].

Avant chaque entretien, les informations concernant l'objectif de l'étude et l'anonymisation des données ont été présentées.

Chaque entretien a été doublement enregistré par le biais de la fonction dictaphone des téléphones portables des deux investigatrices. Les données ont été ensuite retranscrites fidèlement par l'une des deux investigatrices, afin d'obtenir des verbatims.
Nous avons également pris note des éléments non verbaux au cours de ces entretiens (silences, rires, gestes, mimiques, hésitations).

Les entretiens médecins se sont déroulés entre février et avril 2019. Ceux des patientes entre avril et juillet 2019.

A chaque début d'entretien, une fiche d'information concernant notre recherche a été remise aux patientes. Elles ont, tout comme les médecins, également signé un formulaire de consentement écrit avant le début de chaque entretien.

Nous avons également demandé au Comité d'éthique de l'université Aix Marseille une autorisation, afin de pouvoir interroger médecins et patientes.
Notre étude n'entre pas dans le cadre d'une étude sur la personne humaine selon la loi Jardé, et n'a donc pas nécessité de demande auprès du Comité de Protection des Personnes.
Le CNIL a également été sollicité au vu des données que nous avons recueillies.

C. Guide d'entretien

Les guides d'entretien ont été réalisés par les deux enquêtrices.

Ces guides ont évolué au fur et à mesure de nos entretiens afin de tirer des rencontres un maximum d'information. Ils ont été écrits selon nos interrogations, selon les conseils de notre directrice de thèse, ainsi que selon les données de la littérature concernant la méthodologie qualitative.

- Concernant les médecins, notre guide initial était bien trop restrictif dans ses questions, ne permettant pas assez de réponses ouvertes par les professionnels. Il a peu à peu été modifié jusqu'à l'obtention d'entretiens plus complets, laissant plus facilement place à la parole.

- Concernant les patientes, notre guide initial était satisfaisant dès les premiers entretiens. Quelques questions ont été rajoutées en cours d'étude, s'inspirant des dires des patientes précédentes.

Les guides finaux se trouvent en annexe.

D. Population

Nous avons décidé de réaliser une étude en miroir, de façon à nous intéresser au point de vue des médecins généralistes et des patientes ayant expérimenté une grossesse, sur l'abord du poids en période périnatale.

L'échantillon de l'étude a donc été constitué de médecins généralistes, et de patientes.

Nous avons choisi de ne pas interroger les patientes issues des cabinets où exercent les médecins généralistes interrogés, afin de favoriser un discours libre, et d'éviter une perte de confiance ou un malaise. De plus, le doute sur une éventuelle communication de données a ainsi été levé.

a. Médecins généralistes

Les médecins ont été recrutés initialement par effet boule de neige. En effet, pour à peu près la moitié de l'échantillon de médecins recrutés, il a été suggéré à l'une ou l'autre des investigatrices une personne susceptible d'être intéressée.
Pour la seconde moitié, l'échantillonnage a été réalisé de manière théorique. Les enquêtrices ont donc choisi, au fur et à mesure de l'émergence de leurs théories, des participants présentant des caractéristiques jugées intéressantes pour l'étude.

L'échantillonnage ainsi obtenu, constitue un échantillonnage raisonné [22]. Il permet la plus grande diversité possible au sein de l'échantillon.
L'échantillonnage raisonné s'oppose à l'échantillonnage statistique, consistant à inclure en amont de la recherche un échantillon représentatif de la population étudiée.
Ici, c'est la réalisation du codage au fur et à mesure qui a permis la constitution d'un échantillon varié. La fin du recueil de matériaux est conditionnée par la saturation des données [21].

Les critères d'inclusion définis pour les médecins ont été :

- Exercice libéral
- Parler français

Les critères d'exclusions étaient les suivants :

- Exercice hospitalier
- Médecin ne parlant pas français

Les différents critères du talon sociologiques ont pour leur part été :

- Sexe
- Age
- Milieu d'exercice (urbain, semi-rural, rural)
- Nombres d'années d'installation en médecine libérale

Les praticiens ont été contactés par nos soins, par téléphone ou par e-mail.
Le sujet de notre étude leur était exposé lors de ce premier contact, puis un rendez vous pour l'entretien était convenu selon leurs possibilités professionnelles et personnelles.

Les différents cabinets où nous avons travaillé nous ont permis d'avoir accès à un réseau de praticien varié.
Les médecins contactés exerçaient tous dans le département du Var.

Le recrutement s'est arrêté à l'obtention de la saturation des données lors de l'analyse de celles ci.

b. Patientes

Les patientes ont été recrutées selon la même méthodologie, soit initialement par effet boule de neige, puis par échantillonnage théorique. L'échantillonnage obtenu était donc lui aussi raisonné.

Les critères d'inclusion étaient :

- Age supérieur ou égal à 18 ans
- Parler français
- Patientes enceintes ou ayant vécu une grossesse aboutissant à une naissance d'enfant vivant il y a moins de deux ans.

Les critères d'exclusions ont pour leur part été :

- Patiente mineure
- Patiente ne parlant pas français
- Patiente n'ayant jamais expérimenté de grossesse aboutissant à la naissance d'un enfant vivant, soit exclusion des fausses couches et interruptions volontaires ou médicales de grossesses
- Grossesse datant d'il y a plus de deux ans.

Les critères constituant le talon sociologique étaient :

- Age
- IMC
- Profession (et par conséquent niveau socio économique)
- Médecin traitant déclaré

Les patientes ont chacune été abordé au cours d'une consultation dans le cadre de notre exercice. Comme pour les médecins, au cours de ce premier contact le sujet de l'étude leur était exposé. Après recueil de leur consentement oral au décours de cette consultation, leurs coordonnées ont été récupérées pour contact ultérieur.
Un entretien était ensuite programmé selon leurs disponibilités.

Les patientes contactées étaient toutes originaires de la région Provence Alpes Côte d'Azur, se répartissant entre le département du Var et celui des Bouches du Rhône.

Le recrutement s'est arrêté à l'obtention de la saturation des données lors de l'analyse de celles-ci.

E. Analyse des données

Tout d'abord, chaque entretien a bénéficié de son analyse après avoir été réalisé. Chaque investigatrice a analysé chaque entretien, aussi bien ceux des médecins, que ceux des patientes.

L'analyse se répartit en plusieurs niveaux de codage. Ces différents niveaux permettent une conceptualisation progressive des données enracinées dans le terrain.
Le codage primaire intervient en premier. Il consiste à étiqueter les verbatims, afin de créer des catégories. Ce premier niveau retranscrit une parfaite « écoute » des données. Pour cela, il a été nécessaire de mettre entre parenthèse nos connaissances sur l'objet de l'étude, afin de garder un esprit ouvert à ce qui peut émerger des données [20].

Par la suite, les catégories sont regroupées en grands concepts (codage axial), puis les concepts aboutissent à une théorie nouvelle (codage sélectif).

Nous avons réalisé une triangulation des données permanente des chercheurs et des sources, augmentant la validité interne de notre étude.

Enfin, nous avons procédé tout au long de l'étude à la rédaction d'un journal de bord garantissant aussi la validité de notre étude. Il contient différentes informations : questions organisationnelles, comptes rendus des entretiens, avancée du codage, etc. Le regroupement de ces données permet de documenter le cheminement des chercheuses, l'évolution des théories, ainsi que les résultats intermédiaires. Ce journal de bord témoigne alors des allers-retours entre le terrain et les données empiriques.

III. Résultats des entretiens avec les médecins

A. Caractéristiques de l'étude

a. Caractéristiques de l'échantillon

Quinze médecins généralistes ont été contactés ; onze ont participé à l'étude ; quatre étaient intéressés mais n'ont finalement pas été disponibles.

Notre échantillon de médecins généralistes était composé de cinq femmes et six hommes, âgés en moyenne de 42,4 ans (de 30 à 65 ans).
Cinq exerçaient en milieu urbain, cinq en milieu semi-rural, un en milieu rural.
Ils exerçaient en moyenne depuis 12,6 ans (de 1 à 35 ans) en médecine libérale, dans le département du Var.

L'ensemble des caractéristiques de l'échantillon est résumé dans le tableau 1, présenté en annexe.

b. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens se sont déroulés du 02 février au 06 mars 2019. Ils ont été effectués en grande majorité dans le cabinet des médecins interrogés. Un seul a été fait dans un lieu public à la convenance du professionnel.

La durée moyenne des entretiens était de 16 minutes, allant de 8 minutes et 29 secondes à 36 minutes et 04 secondes.

B. Résultats principaux

a. Perception des patientes obèses et en surpoids par le médecin généraliste

Les médecins généralistes interrogés décrivent les patientes obèses ou en surpoids comme des patientes difficiles à prendre en charge. Cette difficulté ne concerne pas le plan somatique dont ils connaissent les différentes complications, mais plutôt le versant

psychologique. L'abord du surpoids ou de l'obésité en consultation les angoisse, d'autant plus qu'ils perçoivent cette crainte comme réciproque.

MG 4 : « Les enfants adorent monter sur la balance parce qu'ils adorent voir l'aiguille bouger, mais les adultes non ! C'est plutôt un effet répulsif »

Les jeunes femmes concernées par le surpoids ou l'obésité sont en quête d'aide sans forcément le formuler, ou parfois dans le rejet du corps médical qu'elles ne considèrent pas comme un atout.

La communication médecin-patiente semble être entravée par l'existence de représentations sociales particulières autour du poids.

MG 8 : « Quand tu commences à leur parler de normes physiques, t'as toujours l'appréhension que ton patient il se barre en claquant la porte et en se disant *« mon médecin il m'a insulté »* »

Le poids est soumis à une norme sociétale qui lui donne une autre signification que purement médicale. Les patients obèses renvoient une image négative, comme si le poids était uniquement le reflet de l'hygiène de vie, et une affaire de volonté.

Les médecins ont conscience que l'emploi des mots n'est pas sans conséquences. Certains tendent à minimiser leurs propos pour ne pas braquer leurs patientes.

MG 11 : « Je leur dis même si elles sont en obésité qu'elles sont en surpoids pour pas les vexer »

On remarque cependant que le corps médical n'est pas épargné par les idées reçues et certains médecins interrogés ont exprimé une forme de jugement envers les patients obèses.

MG 7 : « En fait j'ai l'impression que le gens savent assez bien ce qu'il faudrait faire c'est juste que c'est une question de motivation »

MG 11 : « Y'a un moment ça va, à Dachau y'avait pas de gros »

D'autres ont parfois utilisé des termes très péjoratifs pour qualifier leurs patientes.

MG 6 : « Ça leur pose des soucis les pauvres femmes »

MG 8 : « Elles sont un peu démunies voire même désespérées »

MG 6 : « Ça va les deux que j'ai en ce moment elles n'ont pas enflées elles ne sont pas devenues monstrueuses »

Enfin, la perception des patientes obèses ou en surpoids n'a pas été la même pour tous les praticiens selon leur histoire personnelle.
Être une femme et/ou être maman s'est avéré utile pour les médecins concernés. Ces deux dimensions permettent une meilleure compréhension du vécu de l'abord du poids dans cette période délicate qu'est la périnatalité, de faciliter la communication.

MG 10 : « Comme j'ai déjà été enceinte plusieurs fois, voilà, tu peux caser des trucs et puis on est une femme donc on sait ce qui les dérange un peu, ce qui les inquiète, on peut mieux parler. »

Être soi-même en surpoids influe également sur la consultation. Les médecins concernés, et ils étaient peu nombreux, nous ont confié avec humour ne pas se sentir légitime dans la prévention du surpoids et de l'obésité.

MG 6 : « Parce que vu mon IMC à moi, je ne me sens pas très compétent sur les conseils diététiques ! Rire »

MG 6 : « Les gens je trouve, acceptent bien leurs poids, moi le premier. »

b. Rôle du médecin généraliste

L'ensemble des médecins interrogés considère qu'aborder le sujet du poids en consultation fait partie de leur rôle. Ils reconnaissent aisément être le professionnel de santé central dans la prise en charge du surpoids ou de l'obésité.

MG 2 : « Ça rentre dans notre rôle parce que c'est nous le mieux placé pour le faire. »

MG 8 : « Notre rôle c'est TOUT. Après je ne dis pas qu'on règle tout mais je dis juste que nous on a un rôle d'orientation. »

MG 9 : « Le poids fait parti de l'examen, fait parti du suivi, et c'est à nous de le faire. »

Les arguments qu'ils évoquent sont nombreux :

- Disponibilité

En tant que premier contact avec le système de soin, ils se définissent comme accessibles facilement. En période périnatale, cette disponibilité leur paraît primordiale afin de pouvoir parler de poids.

MG 4 : « C'est nous qui sommes beaucoup plus abordables. »

- Mode de consultation

En médecine générale, la relation médecin-malade se construit dans le temps.
Au fil des consultations, une relation de confiance se bâtie, et amène vers la création d'un espace de confidence dans la consultation.
C'est ce mode de consultation spécifique qui permet une communication appropriée entre médecin et patient. Les sujets plus difficiles peuvent alors être abordés dans un climat sain.

MG 4 : « Et puis le fait de se connaître aussi, on va avoir tendance à parler de sujet qui sont un petit peu plus personnel. »

MG 5 : « On est le médecin qu'ils voient le plus souvent ! Effectivement ça rentre bien dans notre rôle. »

MG 3 : « Ce qui est vraiment important pour moi c'est qu'il y ait un discours libre, qu'elles se sentent libre de me dire *« Ben voilà sur ma balance j'ai pris 3kg, qu'est ce que je fais ? »* »

M8 : « En général on prend le temps de discuter. Je leur demande pourquoi elles sont là, si elles ne me parlent pas du poids la première fois, je leur saute pas dessus en leur disant *« On va commencer sur ça »* sinon elles se sentent jugées, et la relation de confiance elle est pas encore installée, il faut du temps. »

MG 11 : « J'aime pas être répétitif, je pense que c'est pas productif du tout, moi je préfère qu'elles me disent elles même, que ça vienne d'elle. »

- Approche centrée personne

Les médecins généralistes se doivent également, de part cette relation particulière et ce mode de consultation, d'observer une approche « centrée personne ».
Au cours des entretiens, cette notion nous a été citée de nombreuses fois. Adapter leur prise en charge à chaque individu leur paraît évident lorsqu'il s'agit du poids.
Ils définissent cette individualité comme essentielle à la réussite de la prise en charge du surpoids ou de l'obésité.
L'individualité impose de prendre en considération les dimensions familiales, culturelles et sociales de chaque patiente.

MG 4 : « Ça m'évoque quelque chose de purement individuel (…) adapté à chaque patiente. »

MG 11 : « Il faut que ce soit personnalisé sinon c'est bidon ! »

- Soins longitudinaux

Les soins longitudinaux font aussi partie des missions du spécialiste en médecine générale. Plusieurs médecins ont défini l'importance de leur place au sein des familles. La connaissance des terrains familiaux leur permet une meilleure prise en charge des patients.

MG 11 : « Parfois moi je suis cinq générations d'une même famille, alors forcément quand tu sais que la mère et la grand mère son obèses tu fais plus attention au petit ! »

Il existe également un véritable investissement de la part des médecins concernant l'avenir d'un enfant à naître. Plusieurs ont évoqué l'impact du surpoids ou de l'obésité de la mère sur le futur état de santé de l'enfant. La prise en charge de ces pathologies chez la mère leur permet de prévenir avant même la naissance, d'éventuels facteurs de risques.

MG 4 : « L'alimentation pendant la grossesse détermine aussi le bien être de l'enfant derrière, et donc son régime alimentaire in utero conditionne un peu l'avenir du gamin et son état de santé après. Donc comme c'est de toute façon le médecin généraliste qui maintenant assure aussi les visites de pédiatries parce qu'il y a de moins en moins de pédiatre, et qu'on fait la même chose qu'eux, donc oui c'est clair que c'est à nous de prendre en charge l'alimentation et l'activité physique pendant la grossesse, ça nous permet de mieux connaître l'enfant. »

- Prévention

Grande mission de la médecine générale, elle est omniprésente dans leurs réponses. Chacun d'entre eux a sa façon de parler de poids avec les patientes en âge de procréer.
Pour certains, c'est la pesée systématique qui permet de remettre le poids au centre de la consultation.

MG 9 : « Parce que moi en général, la pesée fait partie de l'examen clinique, donc forcément elles montent sur la balance à la fin de mon examen »

Pour d'autres, l'abord du poids se fait à l'occasion de consultations spécifiques, comme les certificats de sport, et les prescriptions de contraception.

MG 10 : « Oui, en prévention oui. Pour les visites du sport. C'est vrai que pour les certificats tout ça tu sais c'est là qu'on les pèse, qu'on voit par rapport à l'IMC. »

MG 4 : « Je vais l'aborder surtout quand elles me parlent de grossesse ou de contraception, parce que c'est les deux facteurs qui peuvent engendrer une prise de poids. »

MG 2 : « Surtout quand elles sont jeunes je commence à leur dire que pour concevoir c'est mieux, pour la grossesse c'est mieux, pour après la grossesse c'est encore mieux, et qu'en général c'est le moment où il faut maigrir, sinon elles seront embêtées plus tard. Ensuite on aborde les autres sujets comme l'arthrose, l'HTA, diabète… »

c. Difficultés rencontrées

Les difficultés exprimées par les médecins se séparent en deux grandes catégories : celles liées à l'exercice de la médecine générale, et celles liées à la relation médecin-malade. Après les avoir détaillées, nous citerons les différents moyens identifiés par les praticiens pour remédier à ces difficultés.

- Liées à l'exercice

En premier lieu, le manque de temps est régulièrement évoqué au cours des entretiens. Le rythme des consultations est soutenu et ne permet pas toujours d'aborder tous les sujets. Il est peu fréquent que le surpoids ou l'obésité représente un motif de consultation à part entière.

Chez les femmes jeunes, le recours au médecin traitant n'est pas fréquent, et concerne presque toujours un problème aigu. Parler de poids devient un véritable challenge au cours de ces consultations qu'elles imaginent rapides. Une consultation dédiée par le biais d'une reconvocation peut permettre de pallier le problème.

MG 2 : « Après c'est compliqué de faire la prévention, le soin, la surveillance... Tout tout tout à chaque fois. »

MG 4 : « Finalement on se voit qu'une fois par mois, sur un petit créneau de 20 minutes, je pense que la majorité des questions elles vont les oublier face à nous. »

M8 : « Des fois on renquille sur une deuxième consultation après la première parce que on va parler que de ça. »

Le manque de formation est également mentionné par une grande partie des médecins interrogés. Avoir des connaissances précises est un atout lors de la prise en charge du surpoids ou de l'obésité, qui permet de renforcer le lien avec les patientes, d'argumenter. Plusieurs d'entre eux ont déploré leurs connaissances actuelles et identifient ce manque comme un handicap dans la prise en charge.

MG 2 : « C'est pas mon truc, je me dis qu'il faut que je me forme »

MG 6 : « On fait bien ce qu'on fait souvent »

- Relationnelles

L'abord du poids est défini comme « sensible », « délicat », « compliqué ». Le tabou autour de ce problème de santé publique est encore grand, y compris au sein d'une consultation médicale.
Les praticiens interrogés admettent ne pas toujours être à l'aise pour parler de poids.

MG 2 : « C'est pas forcément le truc le plus facile »

MG 8 : « C'est vrai que je me sens mal à l'aise la première fois qu'on en parle »

MG 7 : « C'est vrai que parfois c'est délicat »

Même si la majorité d'entre eux aborde le sujet dès qu'ils l'estiment nécessaire, ils soulèvent le paradoxe entre l'importance de prendre en charge le surpoids et l'obésité, et les obstacles qu'ils rencontrent pour le faire sereinement.

Ils expriment très bien que le frein principal vient des représentations sociales négatives autour du poids, que ce soit celles des patientes, ou les leurs.

MG 8 : « Les kilos supplémentaires évidemment ça change l'image du corps et pour la femme c'est un peu compliqué »

M8 : « Tu veux pas violenter tes patientes en disant *« Vous êtes trop grosses bahh c'est pas bien »* et en même temps le poids c'est vraiment problématique pace que ça entraine pas mal de pathologies. »

M8 : « Je pense que c'est un a priori du médecin plus qu'une réaction du patient »

En comparaison, avoir un discours franc face à un patient fumeur, et l'aider activement à réduire sa consommation de tabac ne pose problème à aucun médecin. En revanche, aborder la problématique du surpoids ou de l'obésité, dont les conséquences sont aussi nombreuses, n'est pas vécu de la même manière, surtout face à une patientèle de jeunes femmes.

Il est habituel que le médecin généraliste soit confronté en consultation à des patients qui le mettent en difficulté, de part leur comportement ou leur pathologie.

La jeune femme obèse ou en surpoids est devenue, pour la majorité des médecins interrogés, une patiente difficile à prendre en charge.
Ils déplorent la difficulté de la communication, qui devient une source de frustration.

MG 3 : « Là où je me suis heurtée un petit peu c'est chez les patientes obèses au départ. Elles sont souvent pas capables d'entendre que c'est important pendant la grossesse. Mais après c'est une difficulté qu'on aura grossesse ou pas grossesse quoi, dans tous les cas. C'est le genre de patientes qui sont difficiles à amener vers un régime etc., si ça vient pas d'elles mêmes un minimum. »

La difficulté relève également du fait que les patientes obèses ou en surpoids ont souvent un parcours déjà difficile derrière elles : régimes drastiques, restriction cognitive et privation, parfois depuis l'adolescence.

Parler de poids avec ces jeunes femmes, quand bien même l'intention est louable et positive, devient un véritable challenge pour les généralistes. Ils décrivent se sentir eux aussi, directement stigmatisés par ces patientes, de représenter encore l'énième professionnel de santé qui va leur dire de maigrir. Certains d'entre eux nous ont confié s'être sentis impuissants face à ces patientes conditionnées au fait que le corps médical ne peut les aider. Ils pointent du doigt la perte de confiance envers les soignants et ses conséquences : elles se tournent vers d'autres sources, comme internet.

MG 5 : « Oui il y a certaines patientes qui disent qu'on leur a toujours parlé de leur poids, on sent que quand on commence à aborder le sujet… Voilà. »

MG 5 « Souvent elles disent *« Oui je sais, le docteur dit toujours que je suis trop grosse…»* »

MG 5 : « Y'a des patientes on sent que le poids c'est compliqué et puis voilà que ça fait des années qu'elles font beaucoup de régimes et que ça devient un sujet très sensible. »

MG 4 : « YouTube et Facebook ont plus de poids que le médecin donc c'est un peu frustrant. »

Le désintérêt de certaines patientes est également décrit comme l'un des freins à leurs prises en charge. Une des notions retrouvées dans les entretiens est que le poids ne

représente pour les jeunes patientes qu'une question de silhouette. Remettre la santé au cœur du discours préventif alors que les conséquences ne sont pas encore présentes se révèle être complexe pour les praticiens.

MG 3 : « Après il y en a peu qui s'interrogent, en tout cas les jeunes. Il y en a très peu qui s'interrogent sur poids et santé. »

MG 4 : « Si elles ne sont pas aptes à l'entendre si ça ne les intéresse pas, ça va tomber dans les oubliettes. »

Une autre notion, commune à chaque champ de la médecine, est que certaines patientes ne se sentent tout simplement pas concernées. C'est alors l'impuissance, la résignation, qui apparaissent dans le discours des généralistes interrogés.

MG 4 : « Je ne peux pas tout leur faire, je ne peux pas leur faire à cuisiner et leur donner la fourchette. »

MG 7 : « Souvent c'est un peu une peine perdue, c'est un peu désespérant. On a l'impression de pisser dans un violon. »

MG 11 : « Parfois j'abandonne parce que j'ai l'impression de répéter toujours la même chose. Parce que bon, après, je peux pas les forcer... »

M9 : « Elles ne se remettent pas forcément en cause au niveau hygiène de vie quoi, elles pensent toujours que c'est à cause de quelque chose en général, voilà. »

MG 2 : « On sent que certaines patientes sont demandeuses, pour d'autres on sent très bien qu'elles ne veulent pas monter sur la balance et qu'elles ne sont pas là pour ça, donc là on essaye et puis assez vite on arrête. »

- Moyens d'y remédier

Les praticiens interrogés ont tous développés des astuces pour remédier à ces difficultés dans la prise en charge du surpoids ou de l'obésité chez une jeune femme, en période périnatale.

Pour pallier le tabou, la pesée systématique, mesure objective, est exprimée par la plupart des médecins comme un moyen facile d'introduire le sujet du poids dans la consultation.

MG 2 : « La pesée aide pas mal, les gens comprennent un peu mieux, et ça permet d'aborder le sujet. Même pour celles qui ne veulent pas du tout, au moins on essaye et on remet le poids dans la consultation. »

MG 11 : « D'abord moi j'aime bien leur demander si elles sont d'accord pour se peser, parce que les hommes ne font pas d'histoire pour se peser mais les femmes ne veulent pas toujours. Ca ne me gêne pas, si elles ne veulent pas je ne vais pas les brusquer. »

En ce qui concerne la prise en charge d'un patient difficile, plusieurs outils existent. L'empathie est le premier d'entre eux, et le plus efficace. L'empathie a été le recours cité par l'ensemble des médecins interrogés pour permettre de parler de poids avec les jeunes femmes. Ils ont tous évoqué l'importance de parler de poids progressivement, une fois la relation de confiance installée, et avec délicatesse.

MG 1 : « Non il y a une manière de le dire. »

MG 4 : « Il faut l'aborder un petit peu avec tact pour certaines. »

MG 9 : « En général ça se passe bien, j'essaye de pas les braquer. Elles comprennent bien que c'est pour faire avancer les choses. »

MG 8 : « Même si c'est un sujet difficile à aborder parce qu'il y a quand même le ressenti vis à vis du corps, tu veux pas violenter tes patientes en disant *« Vous êtes trop grosses bah c'est pas bien »* »

MG 11 : « Parce que de dire *« Je vous interdis »* c'est contre productif, j'essaye de dire, dans tout régime *« Ce qui est autorisé c'est ça »*, il faut être positif. »

D'autres outils sont bien connus dans la gestion des patients difficiles : l'utilisation de l'humour, d'un discours clair ne pouvant laisser place à interprétation, et d'une écoute dépourvue de jugement. L'implication de la famille peut également se révéler productive. Enfin, la confrontation permet parfois d'obtenir une relation plus saine. Certains médecins ont évoqué ici la nécessité d'avoir des propos un peu plus « durs », « francs », « brutaux », afin d'obtenir une réaction constructive chez leurs patientes en période périnatale.

MG 4 : « De temps en temps avoir une phrase un petit peu choc pour un peu les secouer. »

MG 11 : « Je les mets devant leurs responsabilités. »

MG 4 : « Si après elles ne sont pas contentes que je leur dise qu'elles sont en surpoids ben tant pis, elles digéreront la nouvelle chez elles ! »

Les médecins interrogés reconnaissent volontiers qu'ils ont parfois besoin d'aide de la part d'autres professionnels de santé. Ils ont tous cité la nécessité d'adresser leurs patientes vers un nutritionniste ou diététicien. Certains le font en premier recours, s'ils ne se sentent pas à l'aise avec le sujet, d'autres le font après un échec de leur prise en charge.

Les avis divergent sur les résultats obtenus. Un seul médecin nous a exprimé que le prix de ces consultations pouvait être un frein.

MG 2 : « Je les envoie vers des nutritionnistes. »

MG 5 : « C'est vrai que je leur dis d'aller voir une diététicienne, euh, parce qu'elle va passer du temps que à ça elle. »

MG : « Les diététiciens ont de meilleurs résultats sans que ce soit non plus… Sur du long terme c'est pas toujours formidable non plus, dans mon expérience en tout cas. »

MG : « On a quand même des bons retours avec les diététiciennes, elles connaissent leur métier et elles arrivent à avoir des résultats parce qu'elles font ça bien. »

MG 10 : « A une époque j'envoyais à une diététicienne, le problème des diététiciennes c'est que c'est pas remboursé, c'est pas donné, et que les résultats c'est pas toujours extraordinaires, parce qu'il faut y aller pleins de fois en fait. »

En revanche, l'utilisation de supports tels qu'internet, les livres ou applications, n'a été que très peu citée par les médecins, contrairement à la période particulière qu'est la grossesse, développée dans le paragraphe suivant.

d. La grossesse : moment particulier

Les généralistes interrogés ont tous, sans exception, témoigné de leur attitude positive à l'annonce d'une grossesse. Leur discours est rassurant, ils répètent que la grossesse n'est pas une maladie et qu'elles doivent continuer à vivre comme tout le monde. Ils abordent les aliments à éviter (toxoplasmose, listériose), et recommandent de poursuivre une activité physique normale, en ajoutant quelques détails sur celle à privilégier (marche, piscine, gym douce).

MG 1 : « C'est pas une maladie ! »

MG 9 : « Je leur dis de mener une vie normale. »

Le poids est très rapidement abordé, dès la première consultation d'annonce de grossesse, pour l'ensemble des praticiens. L'objectif est, d'une part, d'avoir un poids de

départ qui permettra un suivi tout au long de la grossesse, et d'autre part, de les préparer aux changements corporels à venir.
Certains présentent d'emblée les risques encourus par une prise de poids excessive, d'autres n'en parlent que plus tard, lorsqu'ils constatent une prise trop importante.

MG 3 : « Je trouve que c'est important de l'aborder dès le premier rendez-vous, sans les alerter forcément, mais leur dire que c'est un sujet dont on parlera, que leur corps va changer mais que c'est pas forcément une mauvaise chose. »

MG 3 : « Leur faire comprendre que pendant la grossesse effectivement elles sont amenées à prendre du poids ça c'est certain, qu'il y a plein de raison d'en prendre, des bonnes et des moins bonnes, des raisons justifiées ou pas. »

Souvent pour la première fois, le poids se retrouve alors au centre des consultations. Une particularité que nous avons relevé dans presque chaque entretien : parler de poids pendant la grossesse n'est plus un problème. La parole médicale se libère et le poids perd son tabou.

Pour la majorité des cas, c'est la première fois que les patientes sont en demande de monter sur une balance, de parler de poids, de poser des questions sur comment faire pour rester dans la norme. L'enfant à naître devient un enjeu : le risque de complications pendant la grossesse et l'accouchement est au centre du discours des médecins interrogés.

MG 7 : « S'il y a une grossesse ça devient plus facile parce qu'il y a un enjeu donc on aborde plus facilement la question. »

M11 : « En principe, les femmes qui tombent enceintes ça pose pas de problème parce qu'elles ont un autre objectif, une autre optique du poids parce qu'elles savent que c'est important de surveiller son poids. »

Les médecins interrogés s'accordent tous pour dire que la grossesse est un véritable moment d'inquiétude pour les femmes.

MG 3 : « C'est souvent une inquiétude en fait chez une femme surtout qui a encore jamais été enceinte, de se dire *« mon dieu mon corps va changer »* »

Tout d'abord, la santé et le bon développement de l'enfant sont au centre de leurs préoccupations. La prise de poids apparaît comme le symbole du bon déroulement de la grossesse. La perte de poids régulièrement observée au premier trimestre est alors source de questionnement sur la croissance de l'enfant à naître.
En début de grossesse, on remarque que l'inquiétude est plutôt portée sur la prise insuffisante, que sur la prise excessive de poids.

MG 4 : « Parce que souvent au premier trimestre elles perdent donc ça les inquiète, est ce que mon bébé se développe bien alors que je perds du poids ? »

Plus tard dans la grossesse, le poids devient le reflet du changement corporel.
Les praticiens sont partagés sur le ressenti de leurs patientes par rapport à ces grands changements morphologiques.

Certaines sont peu inquiètes vis à vis de leur prise de poids, parfois même considérable.

M9 : « Elles sont pas forcément inquiètes, parce qu'elles ont une mère, une grand mère qui a pris 30 kg pendant une grossesse du coup bon, elles ont des expériences familiales qui font qu'elles peuvent vivre la même chose... du coup ça les inquiète pas forcément. »

M10 : « A l'occasion de la consultation pour la grossesse on en parle mais après j'ai l'impression qu'elles vont pas spécialement faire attention ou chercher, écouter. »

Pour d'autres, au moment où la prise de poids s'accentue et où les changements corporels se font de plus en plus visibles, une inquiétude apparaît.

Elles sont demandeuses, souvent pour la première fois, de conseils précis sur la nutrition et l'activité physique.

M10 : « Quand elles sont enceintes elles comprennent qu'il faut bien faire attention le plus souvent, mais avant non, elles n'en ont pas conscience. C'est quand la grossesse commence à s'installer que là d'un coup ça réfléchi un peu sur le sujet. »

MG 1 : « Oui c'est quelque chose d'assez présent. Elles en parlent en disant qu'il ne faut pas prendre trop de poids, elles demandent si c'est grave. »

Au cours de la grossesse, l'attitude des médecins face à ces nouvelles interrogations est plutôt conciliante.

MG 1 : « Après… J'avoue que je les laisse faire »

Ils sont moins à cheval sur les recommandations, sur la prise de poids idéale. Nombreux d'entre eux nous ont décrit l'angoisse suscitée par le « un kilo par mois » admis dans la population.

MG 3 : « Je leurs mets pas la pression à dire un kilo par mois, parce que ça c'est vraiment l'idéal dans les bouquins, mais dans la vraie vie c'est pas vraiment ça. »

Plusieurs ont utilisé le terme de « surmédicalisation ». Ils sont nombreux à trouver trop strictes les dernières recommandations sur le dépistage du diabète gestationnel, qui entraine la prescription de régimes sévères et souvent injustifiés.

MG 6 : « Si elle en prend 12 au lieu de 10, est ce que, pff… Voilà. Faut-il tout sur médicaliser ? »

Au delà des modifications corporelles au cours de la grossesse, c'est la persistance de celles-ci en post-partum qui semble préoccuper d'avantage les médecins.

Ils sont nombreux à se servir du post-partum comme argument pour attirer l'attention des patientes sur les conséquences d'une prise de poids anormale pendant la grossesse. L'enjeu médical est majeur et ils semblent réinvestis de leur rôle de prévention.

MG 3 : « Arriver à gérer la prise de poids pour pas qu'il y ait trop de soucis derrière c'est surtout ça quoi. »

MG 6 : « Le seul argument qui soit le plus efficace c'est de leur dire que pour les perdre ça va être l'enfer. »

M11 : « Si elles prennent trop je leur dis que ce sera plus difficile de les perdre après, donc autant prendre ce qu'il faut pendant parce que le régime après ce sera catastrophique. »

Contrairement à ce qui a été noté plus haut, au moment de la grossesse, la grande majorité des médecins interrogés recommandent à leurs patientes d'utiliser des supports tels que livres et applications (les plus cités : le livre de Laurence Pernoud, le magasine et l'application « Parent ») pour y trouver des conseils sur la nutrition et l'activité physique.
Ils témoignent tous de la grande adhésion des patientes à ces supports, et trouvent que leur validation médicale est d'autant plus rassurante. Ils ont également le ressenti qu'en leur parlant de ces différents supports, elles posent plus de questions durant les consultations suivantes. Ils deviennent alors des atouts pour le suivi.

Un seul d'entre eux nous a parlé de la nécessité de s'appuyer sur l'entourage, de pouvoir valider les dires de la famille ou des amies. Les autres praticiens se sont montrés plus méfiants à ce sujet.

MG 8 : « Je pense que la relation interhumaine et l'échange avec une personne d'expérience parce qu'elle a déjà eu un gamin peut être intéressante. *« Pendant ta première grossesse t'as pris 30 kg t'as tout perdu, comment t'as fait ? »* C'est une bonne question et parfois avec une bonne réponse. Il ne faut pas le négliger. Et du coup quand une personne est passée par une étape de vie elle devient experte »

Ils sont cependant globalement plus réservés concernant les informations disponibles sur internet, jugés peu fiables.

MG 7 : « Accès facilement à des informations, oui, fiables… Il y a tellement de choses sur internet, fiable moyen quoi. »

MG 8 : « Maintenant comme elles sont jeunes elles ont accès à du numérique sur tout support, et quand elles cherchent elles trouvent. Il faut les réorienter pour qu'elles ne trouvent pas n'importe quoi. »

MG 11 : « Le problème c'est tous les trucs qu'elles peuvent lire sur internet, les réseaux sociaux, dans les médias… Il y a des modes, en ce moment c'est le curcuma et le cancer ! »

IV. Résultats des entretiens avec les patientes

A. Caractéristiques de l'étude

a. Caractéristiques de l'échantillon

Quinze patientes ont été contactées ; neuf ont participé à l'étude ; six patientes étaient intéressées mais n'ont finalement pas été disponibles.

Notre échantillon de patientes comprenait des femmes âgées en moyenne de 28 ans (de 25 à 30 ans). Elles avaient entre 1 et 3 enfants, tous âgés de moins de 2 ans. Leur IMC, avant grossesse, était en moyenne de 22,25 (allant de 18 à 28). Elles exerçaient toutes une activité professionnelle et appartenaient à des milieux socio-professionnels variés. Huit d'entre elles avaient un médecin traitant déclaré auprès de la sécurité sociale, une seule n'en avait pas.

L'ensemble des caractéristiques de l'échantillon est résumé dans le tableau 2, présenté en annexe.

b. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre le 19 mai 2019 et le 24 juillet 2019. Ils ont été effectués au domicile des patientes ou en cabinet médical, selon leur convenance et leur disponibilité.

La durée moyenne des entretiens était de 12 minutes, allant de 7 min 11 à 20 minutes 35.

B. Résultats principaux

a. Le poids : une affaire personnelle.

Pour commencer, nous avons souhaité comprendre ce que représentait le mot « poids » pour nos patientes, de manière générale. Pour la plupart, les réponses étaient empreintes d'angoisse.

Nombre d'entre elles nous ont en effet confié avoir un rapport au poids compliqué depuis de nombreuses années, parfois depuis l'enfance. Certaines patientes ont relaté des expériences éprouvantes autour du poids, que leur IMC soit normal, ou élevé.

P5 : « Ça fait peur ! (Rires) […] Toute façon la prise de poids c'est toujours un peu compliqué je pense, enfin en tout cas pour moi. C'est synonyme de stress. »

P6 : « Oh pff… Compliqué. J'ai toujours eu un rapport avec mon poids assez compliqué. »

P9 : « Oula ! Régime, et il faut que je maigrisse »

Certaines patientes nous ont en revanche témoigné leur indifférence par rapport au sujet.

P8 : « Pas grand chose. J'ai jamais accordé trop d'importance. Plus quand j'étais ado, mais maintenant pas tant. »

Malgré une histoire parfois complexe autour de leurs poids, parmi toutes les patientes interrogées, très peu d'entre elles ont bénéficié au cours de leurs vies d'une consultation dédiée.

P6 : « Euh, c'était vraiment au cours d'une consultation… Du suivi quoi, général, c'était pas réellement « Parlons poids ». C'était au milieu d'autre chose mais pas ciblé sur le poids. »

Une seule explique avoir dû consulter un endocrinologue lorsqu'elle était enfant, devant un problème de surpoids inexpliqué.

Lorsque nous leur avons demandé si un professionnel de santé avait déjà abordé le sujet du poids en consultation, les réponses étaient variées.

Certaines d'entres elles ne se souviennent pas avoir déjà eu une conversation avec un professionnel de santé à ce sujet. Lorsqu'elles éprouvaient un mal-être, la solution a été pour certaines, de consulter une diététicienne de leur plein gré.

P5 : « Consult gynéco à la limite, mais sinon y'a jamais eu de… Enfin pas spécialement. »

P7 : « J'étais allée voir une diététicienne. »

L'une des patientes interrogées a souffert de boulimie pendant plusieurs années, à la fin de son adolescence. Elle explique avoir refusé de se tourner vers un professionnel de santé à cette époque, pour diverses raisons : par honte, principalement, mais également par appréhension, suite à une mauvaise expérience avec le corps médical.
Avec le recul, elle identifie que son mal-être découlait de l'image qu'elle avait d'elle-même, malgré un IMC normal. En conséquence, les médecins autour d'elles n'ont pas remarqué sa souffrance.

P6 : « Le rapport avec mon poids, c'était plus la vision de moi-même qui était mauvaise, plutôt que celle du médecin. »

P6 : « Euh… Non, clairement je voulais pas du tout en parler. J'en ai vraiment pas parlé autour de moi, c'est quand j'ai terminé à l'hôpital en fait, où mes parents ont dû venir me chercher, et de là il y a eu une semaine où je suis restée complètement alitée… Et après je me suis remise au fur et à mesure. »

Pour d'autres femmes, le poids a toujours fait parti de l'examen médical chez leur médecin généraliste.

P8 : « Oui à chaque fois ! Ça faisait partie du truc je pense, il me prenait la tension, me demandait de me peser. »

b. L'individualité de la grossesse

Le vécu de la prise de poids au cours de la grossesse a été extrêmement différent chez les patientes avec qui nous nous sommes entretenues.

Elles avaient toutes les connaissances théoriques sur la prise de poids « normale », les règles hygiéno-diététiques, les particularités de l'alimentation et de l'activité physique au cours de la grossesse. Certaines les ont suivies de près, d'autres ont rencontré plus de difficultés.

La moitié d'entre elles ont reconnu ne pas avoir été très préoccupées par la prise de poids « idéale » et expriment avoir tout simplement écouté leurs envies et besoin sur le moment.

P1 : « J'étais pas du tout stressée par la prise de poids, je me suis dis que je prendrai ce que je dois prendre. »

P4 : « Je sais que des femmes disent qu'il faut faire attention, pour le coup je me suis écouté à 100 %. »

P2 : « Moi je m'en fou, je vais accoucher, le poids on verra plus tard… »

P8 : « Ah pas du tout et c'était super. Tellement que quand j'en parlais avec ma belle-sœur qui était enceinte aussi, qui me parlait beaucoup de sa prise de poids, ça me stressait (rires). »

P6 : « Ah oui j'ai pris 30 kg ! Ouais… (Rires). »

Pour d'autres patientes, le poids et l'alimentation ont été des sujets omniprésents au cours de la grossesse.

P5 : « Pour moi c'était tout le temps le stress, le moment de la pesée. »

P3 : « J'étais tellement stressée… Si je finissais pas ma bouteille d'eau de 1,5L avant d'aller me coucher je me relevais pour aller la terminer. Donc j'étais vraiment très carrée, matin midi et soir il y avait des légumes des fruits, je faisais pas d'écart ou très rarement, tout ce qui m'était interdit, le saumon et tout, même pas un bout à Noel, j'étais très très carrée. »

Le vécu de chaque patiente a étroitement été en lien avec la façon dont elle a été suivie. Les praticiens sont tous différents, et le suivi qu'elles ont expérimenté au cours de la grossesse a été très praticien-dépendant.

Certaines ont eu un suivi rigoureux, où le poids a été abordé à chaque consultation de façon assez centrale.

P6 : « Mon gynéco oui, il m'en a parlé, il était très à cheval sur le poids. De base déjà il m'a dit que je devrai prendre que 9 kg… (Rires) »

P7 : « Mon gynéco c'était Dr T., lui il aime pas les grosses entre guillemets, il aime pas qu'on prenne 30 kilos pendant la grossesse, donc j'étais très suivie. »

Alors que pour d'autres l'abord du poids a été presque inexistant.

P1 : « Il me demandait même pas mon poids. J'ai pas eu un suivi de poids. »

P1 : « C'était vraiment quelque chose de secondaire. J'ai même eu l'impression que si je posais pas la question de savoir combien de kilos j'avais pris, de me peser, qu'on prenait pas ça en considération. »

P5 : « Elle était pas très regardante... Y'en a qui je sais sont plus... »

P4 : « Alors pour ma première grossesse, ma gynéco c'était une femme, elle était un peu plus inquiète pour mon poids, alors que là pour ma deuxième grossesse pas du tout (…) elle me disait *« Ah ben ce mois-ci vous avez un peu trop pris, il faudra faire attention pour la fin de la grossesse. »* Elle était un peu plus à cheval sur mon poids. »

Chacune des femmes que nous avons rencontrées a vécu différemment son suivi, selon son tempérament et son histoire personnelle passée autour du poids.

Certaines ont apprécié le fait d'avoir eu un praticien peu regardant sur la prise de poids.

P8 : « J'ai bien aimé qu'elle me stresse pas par rapport à la prise de poids. J'ai bien aimé que ce soit pas l'horreur de me peser, de me dire *« ça y'est j'ai trop pris ».* Je sais pas quel effet ça aurait eu sur moi si... Ca m'aurait stressée je pense. »

Lorsque le suivi était plus strict, certaines l'ont vécu comme un stress supplémentaire dans leur grossesse.

P5 : « J'appréhendais. J'avais peur d'avoir un gynéco qui me dise *« vous grossissez trop, il faut arrêter de manger »*

P4 : « Et ben c'est un facteur stress de monter sur sa balance du coup ! »

Pour d'autres, au contraire, cela a été rassurant et elles se sont senties guidées dans leur grossesse.

P7 : « Mais il est bien conscient de toutes les complications qu'il y a après et qu'on arrive jamais à les perdre, j'ai des copines qui ont pris 30 kilos ! Et maintenant c'est très dur, elles aiment pas qu'il soit sévère comme ça sur le poids mais moi je le comprends ça ne me dérange pas au contraire. »

Enfin, certaines femmes n'ont pas accordé de place aux conseils donnés par les praticiens.

P1 : « Il m'a dit *« Il va falloir faire attention »*, je lui ai dis *« Ouais ok… »*, mais je suis sortie de là je suis allée manger à MacDo ! »

P4 : « La prise de poids pendant mes deux grossesses ça n'a pas été une obsession, j'ai écouté mon corps et mes envies. »

Que le suivi ait été très rigoureux ou non, les patientes ont toutes soulevé un point intéressant : la discussion autour du poids était toujours très brève, même pour celles qui étaient systématiquement pesées, et/ou qui présentaient une prise de poids excessive.

P3 : « Ben oui, elle me demandait de me peser et elle me disait rien après, alors je disais *« C'est bon c'est normal ? » « Ah oui oui tout est normal ».*

P4 : « Il me pèse, mais il me dit jamais *« C'est bien, c'est pas bien, là vous avez trop pris ou pas assez, là vous auriez dû prendre tant, etc. »*

P5 : « Moi je me pesais je lui donnais mon poids puis ça s'arrêtait là. Pas de discussion plus que ça. »

I : « En voyant que vous preniez trop, qu'est ce qu'il a… ? »
P6 : « Il m'a juste dit de faire attention mais il a pas développé plus. »

Dans l'ensemble, malgré le peu de conseils obtenus au cours de ces consultations, elles n'ont pas eu le sentiment de manquer de connaissances à ce propos. Elles se sont tournées spontanément vers d'autres sources d'informations : internet, livres, et applications. Elles ont également été plusieurs à expliquer avoir été dans le besoin d'informations et de conseils sur leur enfant à naître, plus que sur leur prise de poids.

P1 : « En fait pendant toute ma grossesse, et de manière générale, dès que j'ai un truc je vais sur internet (…) je voulais vraiment l'avis d'autres femmes. »

I : « Vous auriez aimé être informée par qui ? »
P2 : « Je sais pas… Je suis plutôt livre en fait moi. »

P8 : « Je vous avoue que je suis assez curieuse, du coup j'ai lu pas mal là dessus et ça m'a fait plaisir de le faire, j'ai pas ressenti ça comme étant un manque de la part du personnel médical. Mais c'est vrai que peut être j'aurai apprécié, je sais pas trop. »

P2 : « J'avais pleins d'autres besoins d'informations, sur le bébé, l'éducation, tout ça mais l'alimentation non. »

P4 : « Je me suis posée plus de question pour mon alimentation pendant l'allaitement que pendant la grossesse. »

c. La solitude du post-partum

Les patientes interrogées mettent toutes sans exception en avant la difficulté à accepter leur corps après l'accouchement. Sans forcément parler de poids, de chiffre précis sur la balance, c'est leur regard sur elle-même qui change.

I : « Depuis que vous avez accouché, vous avez l'impression que le poids c'est au centre de vos préoccupations ? »
P1 : « Ah complètement, c'est que ça en fait. (…) Pour l'instant je suis encore quelqu'un dans le corps de quelqu'un d'autre. C'est pas mon corps. »

P5 : « L'après grossesse tu te regardes dans une glace tu te reconnais pas, c'est vraiment compliqué. »

P9 : « C'est compliqué, hormis la fatigue, l'épuisement, les douleurs variées, tu dois aussi gérer le fait que tu rentres plus dans grand-chose, et que moralement ça t'aide pas.

Elles décrivent des sentiments violents envers elles-mêmes : la honte, le dégoût, la peur.

P6 : « Honte de mon poids oui… Je suis en surpoids donc j'assume pas forcément ! »

P2 : « T'es toujours un peu mal dans ta peau quand même hein ! »

P4 : « C'est vrai que je me sentais pas bien dans mon corps. »

Plusieurs d'entre elles ont verbalisé le regret de ne pas avoir été suffisamment averties des difficultés que représentent ces changements corporels en post-partum.

P1 : « Ça c'est pareil on nous prévient pas assez, sans parler du poids, que après la grossesse le corps change. »

P9 : « Je trouve qu'on parle pas assez du post-partum, je m'attendais pas à tout ça »

P5 : « Les changements physiques c'est pas évident. J'étais pas prête à autant de changements physiques. »

Elles sont plusieurs à évoquer cette transition brutale, entre leurs corps de femme enceinte qu'elles ont eu plaisir à dévoiler, et un corps dont elles ont honte et qu'il faut désormais cacher.

P1 : « Vraiment on s'en rend pas compte, on voit un ventre tout beau on est contente on est enceinte c'est cool, mais on se rend pas compte qu'après… »

P9 : « Quand t'es grosse enceinte t'es mignonne mais après... t'es juste grosse ! »

P5 : « Tu vois vraiment ton corps changer, mais le pire c'est que, pendant la grossesse t'as ton ventre de femme enceinte et tout mais le pire c'est l'après. Moi l'après, je l'ai pas bien vécu. »

En plus de ce nouveau regard sur elles-mêmes déjà pesant, certaines accordent une importance particulière au regard des autres, et se comparent avec les autres jeunes mamans.

P9 : « Maintenant je suis très épanouie avec le petit, y'a pas de souci. Mais c'est compliqué. Tu proscris la plage, le maillot, les shorts, tout quoi. »

P2 : « Ça te met un peu mal dans la peau, là c'est l'été, je peux pas me mettre en maillot, mais bon… »

P5 : « J'avais peur du regard des autres qui me connaissaient d'avant. »

P5 : « Du coup je suis vachement dans le regard des autres filles, est-ce qu'elles l'ont retrouvé, et pourquoi elles et pas moi, franchement c'est pas facile. »

P5 : « En plus j'ai une grande sœur qui a accouché avant moi, en sortant de la maternité elle avait perdu tout ses kilos et remettait ses jeans d'avant grossesse. Alors même si j'ai eu une grossesse plus compliquée, que j'ai été alitée et tout ça, forcément tu compares. »

Ensuite, se rajoute à ces problématiques, un sentiment de regret, parfois de culpabilité. Plusieurs femmes nous ont exprimé les regrets de n'avoir pas fait plus attention, de ne pas avoir écouté les conseils médicaux sur leurs poids quand ils leur ont été donnés.

P1 : « Je me rends compte que finalement j'aurai peut-être dû l'écouter. »

P1 : « Mais je pense que quand je retomberai enceinte, je sais qu'on en aura un 2ème, je sais que je ferai complètement différemment. J'aborderai plus du tout ma grossesse de la même manière. »

P6 : « Si j'en ai une deuxième à refaire, je ferai autrement ça c'est sur ! »

Malgré toutes les difficultés engendrées par les changements corporels dans cette période délicate qu'est le post-partum, le bien-être de l'enfant reste bien sûr au centre du discours des nouvelles mamans.

P2 : « Mouais… Je rentre toujours pas dans mes vêtements ! Mais j'avoue que je suis encore dans la phase bébé… »

Les considérations corporelles passent finalement rapidement au second plan chez les femmes que nous avons interrogées. Elles expriment toutes la nécessité de s'occuper de leur enfant avant de s'occuper d'elles-mêmes. Le manque de temps dans cette nouvelle vie est également soulevé dans leurs interventions.

P7 : « Faire du sport ça veut dire que je les laisse encore plus à garder pour aller faire mon sport ? Non pour l'instant j'ai pas envie. »

P8 : « Vu que j'allaite, je me suis pas mis de régime ou de restrictions, j'avais tellement envie que mon lait soit nourrissant et bon pour elle, j'avais pas envie d'être fatiguée ou quoique ce soit. »

P5 : « Et puis je pense que tu passes un peu après tout ça aussi. T'es fatiguée, tu penses plus à ton bébé, t'es dans une routine où t'as plein de choses à faire, et du coup moi je passe après tout ça, manque de temps je dirai. Peut-être de se dire, *« allez là t'as une heure vas voir quelqu'un pour en parler »* mais ça je l'ai pas fait. »

Devant ce malaise évident présent dans chaque entretien, nous leur avons alors demandé si elles se sentaient accompagnées par le corps médical dans cette étape de leurs vies. Les réponses sont toutes identiques : elles se sentent seules et sont désireuses d'être aidées.

P5 : « Mais peut être qu'on me tende la main oui. »

Certaines expérimentent des échanges difficiles avec les professionnels de santé et ne perçoivent plus le personnel médical comme un soutien dans ce parcours.

P3 : « Le sage-femme, le jour de mon accouchement, il m'a dit *« mais ça va pas vous êtes trop grosse ! »*

P5 : « J'ai essayé d'ailleurs, un peu sur le ton de l'humour un jour j'ai dit *« Olala, c'est fou quand même je me reconnais pas… »* et elle m'a répondu hyper sèchement *« Ben oui faut faire un régime maintenant ! ».* Forcément, ça m'a bloqué pour la suite ! »

P8 : « Tu sais jamais trop, t'as beau lire ou quoi, personne te guide, te rassure, tu sais pas en combien de temps tu dois perdre etc. »

P9 : « Absolument pas. Du point de vue gynéco pas du tout, je l'ai revue un mois après elle m'a accueillie en me disant *« Alors vous avez tout perdu ? ».* Non mais en fait pas du tout quoi ! »

D'autres n'ont pas ressenti le besoin immédiat de se concentrer sur leur perte de poids, le bébé étant au centre de leurs occupations. Elles déplorent en revanche le manque de recours à quelques mois de la naissance de l'enfant.

P8 : « Peut-être plus maintenant d'ailleurs ça m'intéresserait, à 4 mois, maintenant de me dire qu'elle est plus grande ça me paraitrait plus normal, au moment où j'y suis allée ça m'a pas manqué. »

P9 : « Ben je pense que pour l'instant pas spécialement, parce que je suis encore au stade de me dire « oui d'accord t'as pas tout perdu mais bon on est qu'à deux mois », mais je pense que ce serait quelque chose, après la reprise du travail, d'un rythme de vie où le petit fait ses nuits tout ça, peut être que oui, j'aimerais qu'on m'aide. »

Globalement, la majorité d'entre elles réussit à relativiser et à se donner du temps, grâce au soutien de leur entourage.

P3 : « Mais bon là il a 10 mois et il me reste 1 ou 2 kilos à perdre, et même si je les garde, pff, je pense qu'avec les grossesses tu apprends à vivre avec le corps que tu as, et puis avoir 3 enfants en 4 ans, euh… (Rires). Tu t'élargies automatiquement ! (Rires). Tu te fais une raison. »

P9 : « Là j'essaie de relativiser, en me disant que ça fait que deux mois, on est à moins dix, on va essayer de se laisser un peu de temps pour la suite. »

d. Rôle du médecin généraliste

Lorsque l'on questionne les femmes sur la place du médecin généraliste au cours de leurs vies, plusieurs éléments sont récurrents.

De manière générale, les patientes jeunes et en bonne santé ne consultent que très peu leur médecin traitant.

P2 : « Non, je vais jamais chez le médecin. »

Les rôles que les jeunes femmes lui attribuent se divisent en deux principaux.

Un premier rôle, évident pour chacune d'entre elles, est celui de thérapeute. Une consultation chez son médecin traitant est associée à la maladie. On comprend dans leurs réponses qu'elles n'envisagent pas de le consulter si elles ne sont pas « malades ».

P5 : « Je vais le voir quand je suis malade. »

P7 : « Je suis jamais malade je viens jamais pour ça… Je viens tout le temps pour les enfants ! »

Le second rôle qu'elles lui attribuent est celui de l'orientation vers un spécialiste. Elles lui font confiance pour les adresser vers la personne dont elles estiment avoir besoin : gynécologue, sage-femme, nutritionniste.

P1 : « Lui il me suit depuis toujours, à qui j'ai demandé conseil pour un gynécologue obstétricien. »

P6 : « Vers mon médecin traitant, pour que lui m'oriente vers la personne à aller voir. »

Devant la verbalisation des patientes d'un besoin de consultation dans le post-partum et le sentiment qu'elles ont parfois qualifié « d'abandon » du corps médical, nous leur avons demandé vers quel professionnel de santé elles auraient aimé se tourner. La réponse à cette question s'est divisée en trois catégories.

La plus grande partie des femmes n'a pas su répondre clairement, ne mettant pas en avant un professionnel de santé plutôt qu'un autre :

P7 : « N'importe qui… Quelqu'un qui soit en mesure de me donner des conseils à appliquer… »

P5 : « Je sais pas justement. Je sais pas si mon généraliste peut éventuellement m'aider, je sais pas vers qui je me tournerais. »

P2 : « Je me suis pas posée la question. Je pense qu'il peut intervenir, mais là à mon stade j'en ressens pas le besoin. Mais oui peut être qu'il peut cadrer cette situation, oui ça se jouerait entre le nutritionniste et le médecin généraliste, non ? (Rires). »

Quelques femmes ont cité leur médecin généraliste :

P6 : « C'est délicat, je pense que ça revient au médecin généraliste parce que c'est le seul médecin qu'on va réellement voir. »

P9 : « Oui il pourrait, dans la mesure où il me connaît depuis que je suis toute petite. »

Deux patientes ont également cité leur sage-femme, avec qui elles ont développé une relation de confiance soit au cours de la grossesse, soit au cours de leur rééducation périnéale. Les deux ont déploré le fait qu'elles ne les reverraient plus.

P9 : « Je pense que si j'avais eu la sage-femme pour la rééducation j'aurais pu discuter elle aurait pu m'orienter. Surtout la sage-femme que j'avais pendant ma grossesse je n'ai aucun doute là-dessus. Par contre c'est vrai qu'au niveau de la gynéco pas du tout. »

Devant le grand nombre de réponses indécises, nous les avons interrogées sur la place qu'elles seraient prêtes à accorder à leur médecin traitant dans la prise en charge de leur rapport au poids. Une fois la question posée, toutes nous ont répondu qu'effectivement, il leur semblait logique que leur médecin traitant intervienne dans cette prise en charge. Il a cependant fallu leur soumettre cette idée, elles ne l'ont pas évoqué spontanément.

P6 : « Je pense pas qu'on aille voir directement une diététicienne ou nutritionniste, même si c'est leurs rôles à elles… Mais pour moi de base c'est au médecin de voir s'il y a un souci de poids, de calculer ça. »

P4 : « Je pense que si on est proche de son médecin traitant, ce qui est généralement le cas, c'est bien qu'il y ait un suivi un peu plus personnel. On se sentirait mieux qu'avec le gynéco qu'on voit une fois tous les 6 mois en dehors d'une grossesse… »

Pourtant, aucune des patientes interrogées n'a consulté son médecin généraliste avant la grossesse pour parler de poids lorsqu'elles en ressentaient le besoin. Aucune d'entre elles ne l'a vu non plus pendant la grossesse. Elles sont quelques unes à l'avoir vu pour la consultation du post-partum, ou en complément de celle réalisée par l'obstétricien.

Nous avons essayé de comprendre pourquoi, et plusieurs raisons ont été évoquées.
Tout d'abord, les compétences du médecin généraliste en terme de prise en charge nutritionnelle sont questionnées.

P4 : « Ben oui ! Enfin je sais pas, je pense… Je sais pas ce que vous étudiez exactement ! (Rires) »

P6 : « Peut être plus les spécialistes. Le généraliste il a déjà pleins de choses à voir et à se concentrer sur d'autres pathologies. Pour moi le rôle s'arrête à dire *« Il faut penser à aller voir une nutritionniste parce que vous êtes un peu… » »*

P5 : « Ben je sais pas, si je vais le voir en lui disant *« J'ai du mal à me retrouver suite à la grossesse et tout ça »*, comment il pourrait m'aider lui je sais pas. Est-ce qu'il me dirait pas plutôt d'aller voir une diététicienne, une nutritionniste, enfin je sais pas quelqu'un qui peut éventuellement t'aider à recadrer tes repas tout ça, où est-ce que le problème vient d'ailleurs, que c'est plus dans la tête que j'ai besoin d'en parler, je sais pas trop. Au milieu de tout ça t'es un peu pommée en fait. »

Ensuite, le manque de temps a été souligné comme un frein pour aborder le sujet en consultation.

P6 : « Après pour approfondir, je pense qu'un médecin généraliste a autre chose à faire… (Rires). »

P9 : « Dans les consultations chez ton généraliste, c'est délicat de prendre beaucoup de temps, quand tu vois le monde qu'il y a. »

P9 : « Ben c'est plus par rapport aux autres, je pense qu'elle prendrait le temps parce qu'elle néglige aucun patient, mais bon moi quand j'arrive et que je vois les personnes qui sont derrières j'aurai du mal à me dire je vais rester trois quart d'heure alors que tu sais que d'habitude tu te dis *« bon allez elle passe dans dix minutes c'est à moi ! »* »

V. Discussion

A. Forces de l'étude

Si le sujet du surpoids et de l'obésité a été étudié sous de très nombreux angles, le vécu de l'abord du poids en consultation n'a été que peu évoqué. Une thèse questionne comparativement le vécu de l'abord du poids des patients et des médecins généralistes [16]. Une autre étude questionne les difficultés rencontrées par soignants (médecins généralistes, endocrinologues, nutritionnistes, psychologues, diététiciens) et patients en surpoids ou obèses [15]. En ce qui concerne la période périnatale, notre recherche bibliographique s'est avérée pauvre.

Le choix d'une étude qualitative par théorisation ancrée était le plus adapté et a permis l'obtention d'un travail riche.

Les critères COREQ 32 ont été autant que possible respectés afin de pouvoir présenter une thèse de qualité [23]. Nous avons réalisé un échantillonnage théorique garantissant une plus grande diversité de l'échantillon. Un journal de bord a également été tenu par chacune des chercheuses. Que ce soit pour les médecins généralistes ou les patientes, les entretiens ont été poursuivis après saturation des données.
Un double codage a été réalisé pour chaque entretien (triangulation des résultats) afin d'avoir un gain en objectivité et donc une meilleure validité interne [21].
Une triangulation des sources a également été réalisée. Enfin, les résultats nous semblent cohérent avec les données de la littérature actuelle [15].

B. Limites de l'étude

Notre étude comporte cependant quelques limites. Tout d'abord, les deux chercheuses n'ont pas bénéficié d'une formation spécifique en recherche qualitative. L'absence de formation à la réalisation d'entretiens semi dirigés a pu engendrer une perdition d'une partie des données. L'analyse des entretiens a été faite manuellement, sans aide d'un logiciel informatique adapté. Il existe également une limite au sein de

notre échantillon. Nous avons interrogé des patientes en surpoids, mais n'avons pu nous entretenir avec des patientes obèses.

C. Problématiques identifiées

Au regard de l'ensemble des entretiens, le premier constat évident est que médecins et patientes ont une vision négative des personnes obèses et en surpoids.
Les représentations sociétales autour du « corps gros » y sont pour beaucoup.

Pour les psychologues sociaux, les représentations permettent de comprendre le monde. Lorsqu'elles naissent de l'interaction individuelle et collective, elles sont appelées représentations sociales [24].

De nombreux ouvrages se sont attelés à décrire des représentations sociales du poids. Dans son livre *Les métamorphoses du gras : histoire de l'obésité du moyen âge au XXè siècle*, Georges Vigarello décrit l'évolution de représentations du surpoids et de l'obésité à travers les époques [25]. Au moyen âge, le corps gros était synonyme de prestige, associé à la force et à la santé. A la Renaissance, la critique du corps gros change : il devient lenteur, fainéantise, inintelligence. Les régimes commencent à apparaître entre le XVIème et XVIIème siècle. La médecine de l'époque associe pour la première fois certains symptômes à certaines morphologies, alors qu'il n'existe pas encore d'outil de mesure du poids. Les chiffres apparaissent dans l'évaluation des corps au XIXème siècle. La pression sociale sur le corps gros est alors de plus en plus intense, en particulier sur le corps des femmes, favorisée par l'évolution des loisirs et des modes vestimentaires. Au XXème siècle, l'obsession de la minceur se démocratise dans une société où l'obésité ne fait que croître.

Les représentations sont aujourd'hui toujours étroitement liées à la moralisation du corps. Les normes de beauté sont associées à certaines vertus comme la morale, l'intelligence, la performance et la capacité à se maîtriser. Certaines caractéristiques physiques telles que la laideur ou la monstruosité sont censées dévoiler des traits de caractères négatifs comme la violence, la paresse ou l'immoralité. Ces normes sont exposées dès le plus jeune âge, par le biais des histoires destinées aux enfants (livres,

dessins animés…) : les princesses sont belles, minces et intelligentes, les méchants sont moches, gros et bêtes. La société se construit donc sur le fait d'exclure les choses abjectes, comme le « corps gros », considéré comme tel [15]. Socialement, l'obésité est révélatrice de mauvais comportements alimentaires. Faire un régime est une affaire de volonté, être gros serait alors un manque de volonté, presque un choix.

L'ensemble des représentations existantes autour du poids, est responsable d'un véritable tabou, y compris au sein d'une consultation médicale. Médecins et patientes admettent aisément qu'il représente l'obstacle principal à l'abord du sujet en consultation.

Dans la gestion des maladies chroniques, prendre en compte les représentations sociales est très utile : les patients ont leurs propres représentations d'eux même et de leurs maladies.

Dans le cas du surpoids et de l'obésité, les croyances en matière de santé sont nombreuses, et se basent sur un modèle appelé *Health Belief Model* [26]. Ce modèle, développé initialement dans les programmes d'éradication de la tuberculose, a été ensuite étendu aux maladies chroniques. Il a pour but d'explorer les comportements en matière de santé en se basant sur les attitudes et les croyances des individus.
Au sein de ce modèle, les croyances pouvant faire obstacle à la prise en charge de l'obésité sont les suivantes : l'obésité n'est pas considérée comme une maladie, les conséquences sont silencieuses et lointaines, les régimes ne fonctionnent pas, et le cout psychologique d'un régime est supérieur au bénéfice escompté.

Afin de comprendre ces croyances, l'étude des représentations est déterminante. On remarque que les représentations présentes aux siècles précédents sont toujours ancrées dans les mentalités, « être gros n'est pas une maladie », « perdre du poids c'est être malade », « être gros c'est être riche », « on ne jette pas la nourriture, on finit son assiette » [27]. Maigrir est synonyme de souffrance et de privation, sans créer de satisfaction.

Tenir compte des représentations des patients est primordial dans leur prise en charge. Il est en effet possible de les faire évoluer. C'est sur ce principe que se base l'éducation thérapeutique. Elle permet aux patients d'intéragir entre eux et avec différents soignants. C'est cette interaction qui permet, au fil du temps, la remise en question nécessaire à l'évolution de la pensée [28].

L'absence de jugement du personnel soignant apparaît également indispensable pour le bon fonctionnement de l'éducation thérapeutique.
Le soignant est à la fois un individu et un professionnel de santé. Son appartenance à la société le soumet aux mêmes représentations que ses patients. Il est également soumis aux représentations professionnelles, elles aussi chargées en préjugés négatifs.
Le patient obèse est un patient difficile, un échec annoncé, associé à une grande morbidité.

La notion de « patient difficile » apparaît dans les années 90 par le Dr TC.O'Dowd et se définit par la création du concept d' « *Heartsink patient's* » [29]. « *To make your heart sink* », peut se traduire littéralement par « qui fait couler/saigner ton cœur ».
Les consultations aboutissant à des sentiments tels que la colère, la frustration ou l'impuissance, définissent l'échange avec un patient difficile [30]. Ces émotions sont ressenties différemment selon chaque praticien, leur histoire personnelle et leur sensibilité. La définition du patient difficile diffère alors selon chaque praticien.

La relation soignant-soigné autour d'un sujet complexe comme le surpoids et l'obésité repose sur un équilibre fragile. Elle dépend de la possibilité d'évolution des représentations des patients et de la capacité des soignants à mettre les leurs de côtés. A cela s'ajoute un obstacle supplémentaire : les représentations projetées correspondant à « ce que l'autre pense que je pense » [31]. Au sein de nos entretiens cette notion était omniprésente, aussi bien chez les patientes que chez les médecins.

Au delà des représentations, qu'elles soient sociales ou professionnelles, la perception de la personne obèse est étroitement liée au vécu du poids de chaque praticien.
Les notions de transfert et de contre transfert rendent compte de ce phénomène. Elle se définissent en psychologie par l'ensemble des réactions affectives conscientes et

inconscientes ressenties par le médecin/patient à l'égard de son patient/médecin [33]. Ainsi n'importe quel médecin ne peut soigner n'importe quel malade. Les médecins et patientes interrogés nous l'ont d'ailleurs évoqué. Un médecin « gros » ne se sent pas légitime pour parler de poids tout comme une patiente ne lui accordera pas de crédibilité.

Un second résultat saillant de cette étude est que patientes et médecins ne s'accordent pas sur la définition du rôle du généraliste, de façon générale comme dans la gestion du poids.

On constate que les patientes jeunes associent principalement leur médecin généraliste à la prise en charge de pathologies aiguës. La prévention n'est pas évoquée spontanément dans leurs réponses. Au contraire, les médecins généralistes positionnent la prévention comme l'une de leur mission principale.

Il est utile à ce stade de préciser les caractéristiques de la discipline de médecine générale, définies par la WONCA Europe en 2002.
Ces caractéristiques se répartissent en onze catégories [9], qui ont toutes été citées par les professionnels de santé interrogés :

A) Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
B) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
C) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
D) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
E) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les

besoins du patient.

F) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
G) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
H) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
I) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
J) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
K) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Les praticiens ont connaissance de l'ensemble des spécificités de leur exercice, et ont à cœur de développer cette relation privilégiée avec l'ensemble de leurs patients. La construction de cette relation doit se faire dans le temps, ce qui est difficile à mettre en place avec leurs patientes jeunes qui consultent peu. Parler du poids reste donc souvent délicat, mais chacun trouve des moyens pour y parvenir.

Les patientes n'ont pour leur part pas toujours conscience que la prévention et la prise en charge du surpoids et de l'obésité fait partie des compétences du médecin généraliste. De plus, certaines patientes ont perdu confiance envers le corps médical, à la suite d'une expérience stigmatisante avec un professionnel de santé.

Le dernier point marquant de notre étude concerne la place du médecin généraliste au cours de la période périnatale. Comme dit précédemment, les patientes jeunes consultent peu leur médecin. Pendant la grossesse, elles n'envisagent que très peu la réalisation de leur suivi par leur généraliste. Dans le post-partum, période où elles ressentent le besoin de consulter, elles ne pensent pas spontanément à se tourner vers lui.

La meilleure intégration du médecin généraliste dans le quotidien des patientes jeunes pourrait permettre une prévention plus efficace du surpoids et de l'obésité.

La périnatalité regroupant la contraception, le désir de grossesse, l'accouchement et les premiers mois de vie du nourrisson, est une période complexe dans la vie d'une femme. Une meilleure prévention du surpoids permettrait une diminution des complications périnatales et limiterait le retentissement psychologique lié aux changements corporels.

La prévention du surpoids et de l'obésité au sein de cette population de jeunes femmes est médiocre : entre 2010 et 2016, le pourcentage de patiente en surpoids en début de grossesse est passé de 17,3% à 20%. Celui des patientes obèses en début de grossesse est passé de 9,8 à 11,1% [32].
Malgré le nombre important de femmes en surpoids ou obèses ou ayant un diabète gestationnel, la part des femmes ayant eu une consultation ou une réunion d'information dédiée à la diététique est relativement faible (12,6 %) [32].

Parmi les médecins interrogés, certains suivent des grossesses du début à la fin, d'autres les adressent rapidement vers des gynécologues ou sage-femmes. Dans chaque cas, le poids est abordé systématiquement. Pour la patiente comme pour le médecin, la pesée est un élément central de la consultation, le tabou autour du poids est alors levé. Pour autant, les généralistes ont pour priorité de rassurer les femmes sur leurs modifications corporelles. La prise de poids « idéale » est abordée, sans jamais culpabiliser la femme.

Les patientes interrogées ont eu un suivi de poids très variable pendant leur grossesse.
Que le suivi ait été strict ou non, elles n'ont pas bénéficié de conseils nutritionnels précis au cours de leurs consultations. Elles n'ont pas particulièrement ressenti un manque d'information de la part du personnel médical à ce sujet. Elles ont en effet trouvé les informations qui leur convenaient dans la multitude de sources disponibles, qui font déjà partie de leurs quotidiens : livres, internet, applications.

En revanche, le post-partum est vécu plus difficilement : d'une part, elles regrettent de ne pas avoir été suffisamment préparées à l'impact de ces changements corporels majeurs sur leur moral, et d'autre part, expriment un sentiment d'abandon du corps médical. En effet, la grossesse est une étape très médicalisée, alors que le post-partum ne comprend qu'une seule consultation obligatoire.

La relation de confiance entre médecin généraliste et patiente devrait pouvoir aboutir spontanément à une consultation, devant le malaise fréquemment décrit par les femmes dans le post-partum. Les patientes que nous avons interrogées n'ont pourtant pas le réflexe de se tourner vers lui, bien que lorsqu'on leur soumette l'idée, celle-ci leur paraisse intéressante.
Là encore, une meilleure information des compétences du médecin généraliste auprès des patientes pourrait leur permettre de réaliser qu'il représente un recours adapté.

D. Améliorations possibles

La communication : clé de la médecine générale

Pour toutes les raisons évoquées jusqu'à présent, il est indispensable de réussir à parler de poids en consultation de médecine générale. Les médecins que nous avons interrogés semblent manquer de moyens pour faire évoluer leurs patients. La littérature actuelle montre également que les cliniciens émettent des doutes quant à la possibilité de faire changer les comportements de leurs patients [33].

De nombreux outils sont aujourd'hui disponibles afin de mieux communiquer sur ce sujet. Depuis les années 80, la recherche s'est focalisée sur la manière d'améliorer les comportements influant sur la santé. Initialement, les travaux se sont concentrés sur les conduites addictives, puis se sont progressivement étendues aux maladies chroniques, les comportements pouvant directement influer sur l'évolution des pathologies. Parmi les différentes méthodes développées, nous en avons retenus deux principaux, s'appliquant parfaitement à la prise en charge du surpoids et l'obésité.

- L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. Il a été développé dans les années 1980 par William R. Miller et Stephen Rollnick, psychologues et professeurs d'université aux Etats-Unis et au Royaume-Uni [34].

Il s'agit d'une approche centrée sur le patient pour encourager la décision de changer. Il repose sur les quatre principes suivants [35] :

- ⇨ Le partenariat : collaboration entre le praticien, expert en son domaine, et le patient, expert de sa propre situation ;
- ⇨ Le non-jugement : la reconnaissance de la valeur inconditionnelle de chaque être humain et son autonomie inaliénable ;
- ⇨ L'altruisme : l'intérêt qui prévaut doit rester celui du patient ;
- ⇨ L'évocation : le praticien considère que le patient a en lui même les ressources nécessaires, et qu'il est là pour l'aider à les faire émerger.

- <u>L'intervention brève</u>

L'intervention brève représente la version courte de l'entretien motivationnel dont elle s'inspire dans le style et dans le contenu. Elle trouve son intérêt dans le contexte de la consultation de médecine générale, où la contrainte du temps est majeure.

Le concept de « l'intervention brève » a été développé par l'OMS au début des années 1990, tout comme l'entretien motivationnel, initialement dans l'objectif de réduire la consommation d'alcool. Sa promotion auprès des médecins généralistes était l'un des objectifs prioritaires du « Plan Alcool 2002-2004 » de la Direction Générale de la Santé.

Il ressort de la littérature que l'intervention brève est la méthode la plus appropriée pour permettre d'aborder un comportement avec un patient dans le but de le faire changer, le tout dans un temps limité. Son efficacité a été évaluée dans plusieurs domaines en médecine générale, comme l'alcool, le tabac et l'activité physique [36] [37] [38].

L'intervention brève est basée sur la succession de cinq étapes également appelées les « fives A's » [39] :

- ⇨ Agenda : Obtenir l'accord du patient et définir le comportement à aborder. « Seriez vous d'accord pour que l'on prenne quelques minutes pour parler de votre poids ? »

- ⇨ Assess : Explorer les représentations du patient et son ambivalence. « Que pensez vous de votre poids ? » « Qu'est-ce qui vous dérange dans le fait d'être en surpoids ? » « Quelles seraient pour vous les raisons de changer ? »
- ⇨ Advise : Explorer les connaissances, informer de façon adaptée, vérifier la compréhension. C'est au cours de cette étape qu'un support écrit favorise l'adhésion du patient. « D'après vous, qu'est-ce qu'une alimentation équilibrée ? » « Maintenant que nous avons vu cela ensemble, comment pensez vous pouvoir l'appliquer ? »
- ⇨ Agree : Déterminer la première étape et l'objectif attendu. « Après cette discussion, quelle serait pour vous la première étape, la première chose que vous désirez entreprendre jusqu'à la prochaine fois ? »
- ⇨ Assist : Identifier les ressources (entourage, soignants) et les barrières. « Vous pouvez comptez sur votre époux qui a le même objectif que vous. »
- ⇨ Arrange : Définir l'échéance, les modalités de suivi et d'évaluation. « A quelle fréquence souhaitez-vous que l'on se revoit ? Comment souhaitez vous que l'on évalue vos progrès ? »

En associant entretien motivationnel et intervention brève, on structure l'entretien dans un climat de partenariat et de respect mutuel. Les étapes décrites ci dessus ne doivent pas forcément être suivies dans un ordre chronologique précis. Elles aident en revanche à aborder les différents sujets nécessaires au changement, ainsi qu'à la définition d'un plan d'action.

Il est bien sûr important de prendre en compte que le patient régit le déroulement de ces entretiens. Il pourra être ouvert comme fermé à une telle discussion selon beaucoup de facteurs. Cette notion est bien expliquée par le modèle trans-théorique du changement de Prochaska et Di Clemente [40], autre outil développé dans les années 80. Cette théorie du changement comportemental se base une roue du changement, constituée de six étapes, à travers lesquelles le patient tourne avant d'obtenir un changement stable. Dans cette approche, le rôle du thérapeute est de repérer à quel stade se trouve son patient, et d'adapter son discours aux représentations du patient sur son comportement, de façon à induire le passage au stade suivant.

Malgré l'extension de ces techniques au domaine des pathologies chroniques, notre

recherche bibliographique met en évidence qu'elles sont pour l'instant majoritairement utilisées dans le domaine de l'addictologie [36] [37].
Nous avons recherché l'existence de formation continue destinées aux praticiens, mais elles semblent également se limiter à la prise en charge de l'alcool et du tabac.

Mieux communiquer sur ces différentes techniques d'entretien et informer les praticiens de leur existence pourrait être une réelle piste, permettant d'améliorer la prévention et la prise en charge du surpoids et de l'obésité.

Promouvoir le rôle du médecin généraliste auprès des jeunes

La prévention du surpoids et l'obésité s'exerce difficilement chez les jeunes, patientèle consultant peu.

Cette prévention doit se réaliser dès le plus jeune âge. D'après l'OMS, la prévalence mondiale de l'obésité chez les enfants et les adolescents est passée de moins de 1% (équivalant à 5 millions de filles et 6 millions de garçons) en 1975 à près de 6% chez les filles (50 millions) et près de 8% chez les garçons (74 millions) en 2016 [41].
Durant l'enfance, la prévention passe par l'adhésion des parents au discours médical.
A l'adolescence, cet équilibre se modifie et se complexifie. La littérature est d'ailleurs riche concernant la difficulté des rapports Adolescents / Médecins [42] [43].
Pourtant, c'est durant cette période que le jeune construit réellement sa relation avec son médecin généraliste.

Une thèse en binôme de 2018 [44] a étudié la communication entre adolescents et médecins généralistes. Les chercheuses ont mis en évidence plusieurs points intéressants après avoir interrogés adolescents et praticiens.

Tout d'abord, les adolescents associent leurs médecins généralistes à de « simples » somaticiens et ne lui accordent aucun rôle de prévention ou de dépistage. Ils déplorent la superficialité de la relation avec leurs médecins, eux mêmes inhibés par ces consultations, de peur d'être inopportun ou intrusif avec ce public jugé réfractaire au dialogue [44]. L'amélioration de la communication est essentielle pour créer une

relation adaptée. Les jeunes attendraient une relation plus chaleureuse voir affective, leur permettant de se confier [44]. Ces attentes nécessitent des formations adéquates des professionnels de santé.

Ensuite, il apparaît que la fréquence des consultations avec les adolescents est trop faible pour permettre la construction d'une relation de confiance adaptée [44].
Il est nécessaire de diffuser auprès des jeunes que la prévention est l'une des missions essentielles de leur médecin généraliste. Comment véhiculer un tel message auprès d'une population peu présente en consultation ?
Là encore, l'étude précédemment citée [44] s'est penché sur la question. A l'ère du numérique, il apparaît qu'internet soit un outil de prédilection. Les réseaux sociaux par exemple, semblent être le lieu privilégié pour adresser des campagnes d'information aux jeunes. Ces campagnes pourraient être relayées dans la presse ou à la télévision à destination des parents.
En effet, un investissement public visant à rétablir dans la conscience collective les rôles du médecin généraliste vis-à- vis de la jeunesse semble indispensable.

Depuis 2016, il est déjà possible pour les jeunes femmes mineures d'avoir accès à une consultation annuelle, anonyme et gratuite, dans le cadre de leur contraception [45].
On peut aisément imaginer étendre cette mesure à l'ensemble des adolescents.
La mise en place d'une consultation annuelle, obligatoire, et avec le médecin de leur choix, permettrait de renforcer les liens entre adolescent et médecin généraliste, et de s'assurer qu'ils aient accès à une consultation dédiée à la prévention chaque année.

Dans le cadre de notre sujet, cela permettrait aux médecins généralistes de construire une relation de confiance dans le temps, permettant d'aborder avec les jeunes un sujet délicat comme le poids. Ainsi, les jeunes femmes se tourneraient plus spontanément vers lui pour toutes leurs problématiques autour de la période périnatale.

Intégrer le médecin généraliste dans la périnatalité

Les patientes interrogées expriment avoir eu le besoin d'être mieux informées sur leur potentiels changements corporels ainsi que de pouvoir se tourner vers un professionnel de santé pour en parler dans le post-partum.

Pour toutes les raisons précédemment évoquées, le médecin généraliste représente le recours idéal. Cependant, n'ayant pas une place claire dans le suivi de grossesse, il ne leur paraît pas évident qu'il puisse en avoir une dans le post-partum. La place prise par les médecins généralistes dans le suivi prénatal a diminué depuis 2010, 19,3 % des femmes ayant consulté un généraliste en 2016 contre 23,8 % en 2010 [32].

Au cours d'une grossesse « physiologique », le nombre de rendez-vous médicaux imposés à la maman, si l'on comptabilise les rendez-vous de suivi, les échographies, les passages au laboratoire pour analyse de sang et d'urines, dépasse largement la vingtaine.
La grossesse même lorsqu'elle est « simple » est donc un événement très médicalisé dans la vie d'une femme.
Compte-tenu du nombre déjà conséquent de consultations que comporte une grossesse simple, il nous paraît utopique d'imaginer que les patientes auront l'envie et/ou le temps d'ajouter un énième rendez-vous au cours de ces neufs mois afin de voir leur médecin généraliste.

En revanche, il existe déjà une consultation prévue dans le suivi de grossesse ayant pour but d'aborder des sujets tels que le poids. Il s'agit de l'entretien prénatal.

L'entretien prénatal précoce, créé par l'Assurance Maladie dans le cadre du plan périnatalité de 2005-2007, est une consultation qui doit être proposée à toutes les femmes enceintes pour améliorer leur accompagnement pendant la grossesse.
Cet entretien doit être réalisé idéalement dans le 4ème mois de grossesse, soit par une sage-femme, soit par un médecin. Il est censé durer 1h environ, et est pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie. La patiente peut y participer seule ou avec son conjoint [46].

La grossesse peut être une période aussi épanouissante qu'angoissante si elle est inattendue, ou mal accompagnée. L'entretien pré natal n'est pas une consultation médicale. Il s'agit d'un moment d'écoute et d'échange visant à guider les mamans, les parents, vers un suivi de grossesse personnalisé.
L'objectif de cette consultation est d'échanger sur le projet de naissance, sur les conditions de vie de la maman pendant la grossesse, sur son état physique mais surtout émotionnel et affectif.
Le praticien doit s'atteler à rechercher les difficultés rencontrées par le passé, notamment les violences subies, dont les conséquences pourraient resurgir pendant la grossesse.
Il doit également permettre aux parents de poser les questions qu'ils n'ont pas le temps de poser lors des consultations médicales.

L'entretien se termine par la rédaction d'une fiche de synthèse qui devra être adressée aux professionnels qui suivront la suite de la grossesse.
Cet entretien prénatal précoce semble être encore peu diffusé. En 2010, seules 21,4 % des femmes déclarent en avoir eu un. En 2016, ce chiffre est passé à 28,5 %, alors que 85 % des maternités déclarent qu'elles en organisent [32].

L'entretien prénatal nous semble alors être le moment idéal pour aborder le sujet du poids et des changements corporels au cours de la grossesse. Sa réalisation par le médecin traitant permettrait aux femmes de l'envisager comme un recours adapté pour répondre à leurs questions dans le post-partum.

VI. Conclusion

La prévention du surpoids et de l'obésité est essentielle, ces pathologies représentant les premiers facteurs de risque de mortalité à l'échelle mondiale. Malgré les nombreuses campagnes réalisées en ce sens, leurs prévalences n'ont fait que croître ces dernières années, particulièrement chez les femmes jeunes.

Le rôle de prévention fait consensus chez les médecins interrogés dans notre étude. Ils abordent le poids systématiquement avec leurs patientes, mais rencontrent des difficultés pour le faire sereinement comme le manque de temps, ou une incompréhension des patientes voire une réaction hostile. Ils évoquent aussi la résignation face à leurs patientes qui ne se sentent pas concernées par les risques liés à ce surpoids. Les patientes associent le médecin généraliste au diagnostic et au traitement des maladies. Pour ces jeunes patientes, le médecin traitant n'est pas reconnu comme acteur de la prévention.

Afin de faciliter la communication sur le surpoids et l'obésité lors d'une consultation médicale, notre étude met en évidence plusieurs pistes.

La formation des médecins généralistes à la mise en pratique de techniques d'entretien nous semble une solution pertinente pour faciliter l'abord du poids. L'intervention brève est reconnue comme la plus adaptée à la pratique de la médecine générale. Elle permet d'explorer les représentations du patient face à un certain comportement, de lui proposer un accompagnement vers le changement, le tout dans un climat de respect mutuel, et dans un temps limité.

Parallèlement, il est nécessaire de trouver des solutions pour créer une relation de confiance entre médecins et jeunes patientes, dès l'adolescence, afin de promouvoir leur rôle de prévention.
On pourrait imaginer de rendre obligatoire, une consultation annuelle et gratuite pour tous les adolescents et avec le médecin généraliste de leur choix. Cette consultation

permettrait de disposer d'un moment privilégié, pour aborder des sujets de prévention mais aussi pour présenter à l'adolescent la multitude de rôle que peut représenter son médecin traitant.

Au cours de la grossesse, la parole médicale autour du poids est beaucoup plus libre et les patientes sont d'avantage impliquées.
Lorsqu'on interroge les patientes sur leurs vécus autour de l'abord du poids dans la période périnatale, leurs attentes se concentrent principalement sur le post-partum. Elles expriment un sentiment de solitude, un manque de ressources et reconnaissent le médecin généraliste comme un recours enthousiasmant. Malheureusement, peu d'entres elles ont eu l'occasion de créer une véritable relation de confiance avec ce dernier.

La meilleure intégration du médecin généraliste dans la périnatalité apparaît comme essentielle, afin de mieux répondre aux attentes des patientes. La réalisation de l'entretien prénatal de façon systématique, permettrait une meilleure anticipation des difficultés psychologiques liées aux changements corporels des femmes. Par ailleurs, la place qu'accordent les patientes au médecin généraliste dans leur suivi de grossesse pourrait être une question à développer dans une autre thèse qualitative.

A travers les siècles, des représentations négatives se sont construites autour du poids et de l'image du corps. Aujourd'hui, nous sommes exposés quotidiennement, à travers les médias, à une obsession du corps parfait, mince, lisse.

Dans notre étude, les patientes interrogées qui ont exprimé un malaise par rapport à leurs corps n'avaient pas forcément un IMC élevé.
Le changement des mentalités doit passer par la manière dont le corps est exposé au travers des différents médias, y compris les réseaux sociaux, qui font désormais partie intégrante de notre quotidien dès l'adolescence.

Depuis quelques années, certaines marques de prêt-à-porter choisissent des femmes « normales » à la place des mannequins habituels. On commence à voir apparaître des formes, des vergetures et de la cellulite dans les campagnes publicitaires.
Le « body positive » est un mouvement social créé en 1996 par deux américaines,

alertées par les troubles des conduites alimentaires qui découlent des diktats de beauté. Ce mouvement a pris de l'ampleur via les réseaux sociaux ces deux dernières années.
L'idée de ce mouvement est d'aider les femmes à avoir une meilleure estime d'elles-mêmes, il encourage la diversité, et s'efforce de faire tomber les stéréotypes de la beauté. Il ne s'agit pas d'exposer les corps « obèses » comme étant la norme, ce qui irait à l'encontre des objectifs de santé publique, mais de défaire le tabou autour du poids.

Offrir aux professionnels de santé la possibilité de se former aux techniques d'entretien adaptées, favoriser la création d'un lien stable et durable entre médecins et adolescents, et intégrer d'avantage le médecin généraliste dans la périnatalité, apparaissent comme les pistes d'amélioration pertinentes dans l'abord du poids avec les jeunes femmes. L'ensemble de ces mesures pourrait participer à une meilleure prévention du surpoids et de l'obésité, et ainsi diminuer les complications entourant la périnatalité.
Cependant, il nous semble urgent de modifier l'image du corps au sein de la société.

VII. Bibliographie

[1] Organisation Mondiale de la Santé. Obésité et surpoids, partie « informations sur le surpoids et l'obésité » [en ligne], 2018 (Page consulté le 18/06/2019). Disponible sur : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

[2] Organisation Mondiale de la Santé. Obésité et surpoids, partie « que sont le surpoids et l'obésité » [en ligne], 2018 (Page consultée le 18/06/2019). Disponible sur : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

[3] Roche. Etude ObEpi-Roche 2012 : enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité [en ligne], 2012 (Page consultée le 05/01/2019). Disponible sur : http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf

[4] Ministère des Solidarités et de la Santé. Périnatalité [en ligne], 2018 (Page consultée le 18/06/2019). Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/article/perinatalite

[5] Haute Autorité de Santé. Surpoids et Obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Recommandations pour la pratique clinique [en ligne], 2011 (Page consultée le 04/03/2019). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_30_obesite_adulte_argumentaire.pdf

[6] Jessica Tyrrell, Anwar Mulugeta, Andrew R Wood, Ang Zhou, Robin N Beaumont, Marcus A Tuke, et al. Using genetics to understand the causal influence of higher BMI on dépression. International Journal of Epidemiology. 2019;48(3):834-848.

[7] H.Bould et al. Effects of exposure to bodies of different sizes on perception of and satisfaction with own body size: two randomized studies. Royal Society Open Science. 2018;5(5).

[8] Jessica Mou. Représentation du corps et obésité : apport de la psychomotricité. [Mémoire de DE]. Bordeaux – France : Université de Bordeaux ; 2018.

[9] Wonca Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002. [en ligne], 2002 (Page consultée le 27/06/2019). Disponible sur : https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf

[10] Bury M. The Sociology of Chronic Illness: a Review of Research and Prospects. Sociology of Health and Illness. 1991;13:451-458.

[11] Herzlich C. et Pierret J. Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison. Paris : Payot – 1991. 312p.

[12] Fainzang S. La relation médecins–malades. Information et mensonge. Paris : Presse Universitaire de France – 2006. 159p.

[13] Guerin R., Lasserre E. Moreau A., Guïoux A., Le Goaziou M.F., Laville M. et Letrilliart L. Surpoids de l'adulte jeune : le poids des mots, le choc des représentations. Exercer. 2008;84:135-141.

[14] IFERISS. Etude Intermède 2008 : L'interaction entre médecins et malades, productrice d'inégalités sociales de santé ? Le cas de l'obésité. Rapport Final. [en ligne], 2008 (Page consultée le 05/01/2019). Disponible sur :

http://www.iferiss.org/images/IFERISS/2008_interaction_entre_medecins_et_malades.pdf

[15] Solenn Carof. Les représentations sociales du corps « gros ». Anthropologie & Santé. [en ligne], 2017 (Page consultée le 28/08/2019). Disponible sur : http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2396;

[16] Pons C. Comment est vécu l'abord ou l'absence d'abord du poids en consultation de Médecine Générale pour lespatients de plus de 18 ans ? [Thèse d'exercice]. Tours – France : Université de Tours ; 2013.

[17] Christenson A, Johansson E, Reynisdottir S, Torgerson J, Hemmingsson E. Shame and avoidance as barriers in midwives' communication about body weight with pregnant women: A qualitative interview study. Midwifery journal. 2018;63:1-7.

[18] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008;84:142-5.

[19] Oude-Engberink A., Lognos B., Clary B., David M. et Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. Exercer 2013;105:4-11.

[20] Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory ; pour innover ? Recherches qualitatives. 2006;26(1) 32-50.

[21] Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième Partie : de « Maladie » à « Verbatim ». 2009;20(88):106-12.

[22] Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première Partie : d' « Acteur » à « Interdépendance ». 2009;20(87):74-9.

[23] Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. 2015;15(157):50-4.

[24] Aimon D. Le concept de représentation. [Mémoire de DE]. Lille –France : Université des sciences et technologies de Lille (Lille I), 1998.

[25] Vigarello G. Les métamorphoses du gras : histoire de l'obésité du moyen âge au XXème siècle. Paris : Seuil – 2010. 362p.

[26] Rosenstock I. Historical Origins of the Health Belief Model. Health Educ Monographs. 1974;2(4).

[27] Golay A, Lagger G, Giordan A. Une éducation thérapeutique en quatre dimensions pour diminuer la résistance au changement des patients obèses. Médecine des maladies métaboliques. 2007;1(Suppl.):69-76.

[28] Golay A, Lagger G. Représentations, comportements et obésité. Rev Med Suisse. 2008;4:848-53.

[29] O' Dowd TC. Five years of heartsink patients en général practice. BMJ. 1988;297:528-30.

[30] Steinmetz D, Tabenkin H. The « difficult patient » as perceived by family physicians. Fam Pract. 2001;18(5):495–500.

[31] Société Française de Médecine Générale. Fiche N°20 : Eléments psychanalytiques [en ligne], 2013 (Page consultée le 15/07/2019). Disponible sur : http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_fiche/822/fichier_fiche20_elements_psychanalytiquese2470.pdf

[32] INSERM. Enquête nationale périnatale, rapport 2016. [en ligne], 2016 (Page consultée le 11/08/2019). Disponible sur : http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf

[33] Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioural counseling interventions : An evidence-based approach. Am J Prev Med. 2002;22:267-84.

[34] Miller W et Rollnick S. L'entretien motivationnel. Paris : Dunod-Inter-éditions – 2006. 448p.

[35] Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel. L'entretien motivationnel. [en ligne], 2017 (Page consultée le 11/08/2019). Disponible sur : https://www.afdem.org/entretienmotivationnel/

[36] Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev. 2018(2):CD004148.

[37] Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2017(3):CD001292.

[38] Pinto BM, Goldstein MG, Ashba J, Sciamanna CN, Jette A. Randomized controlled trial of physical activity counseling for older primary care patients. Am J Prev Med 2005;29:247-55.

[39] Revue Médicale Suisse. Interventions brèves. [en ligne], 2000 (Page consultée le 11/08/2019). https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2320/20879

[40] Haute Autorité de Santé. Modèle transthéorique des changements de comportement de Prochaska et DiClemente. [en ligne], 2014 (Page consultée le 17/08/2019). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf

[41] Organisation Mondiale de la Santé. En 40 ans, les cas d'obésité chez l'enfant et l'adolescent ont été multipliés par dix. [en ligne], 2017 (Page consultée le 18/08/2019). https://www.who.int/fr/news-room/detail/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who

[42] Binder P, Heintz A-L, Tudrej B, Halleur D., Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine générale. Première Partie : L'adolescent, cet inconnu. 2018;141:122-32.

[43] Raillard N. Le généraliste face aux adolescents. La prévention des risques, un enjeu essentiel. Le forum des médecins généralistes. 2007;(20).

[44] Abadie.B & Denante E. Faut-il ouvrir un nouvel espace à la relation médecin généraliste- adolescent? Une étude qualitative en miroir. [Thèse d'exercice]. Marseille – France : Université d'Aix Marseille ; 2018.

[45] AMELI. Décret n^{o} 2016-865 du 29 juin 2016 relatif à la participation de l'assuré pour les frais liés à la contraception des mineures d'au moins quinze ans [en ligne], 2016 (Page consultée le 28/08/2019). https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4025/document/decret-2016-865-contraception-moins-15-ans_journal-officiel.pdf

[46] Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité. [en ligne], 2005 (Page consultée le 11/08/2019). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf

VIII. Annexes

Annexe n°1 – Guide d'entretien avec les médecins généralistes

1. Lorsque l'on dit « poids et périnatalité », qu'est ce que cela vous évoque ?
2. Est ce que vous abordez le sujet du poids en consultation avec vos patientes jeunes ?
   Si oui, à quelles occasions ?
   Si non, pourquoi ?
3. Quelles sont les questions les plus souvent posées par vos patientes à ce sujet ?
4. Comment cela se passe quand vous l'abordez ? Etes-vous à l'aise avec ce sujet ?
5. Avez-vous déjà rencontré des difficultés pour l'aborder ?
6. Pouvez-vous nous raconter la dernière consultation où le poids a été abordé ?
7. Au cours de la grossesse, abordez-vous le sujet du poids ?
   Si oui, quand ? Comment ?
   Si non, pourquoi ?
8. Utilisez vous des supports pour les informer ?
9. Considérez-vous que cela fait parti de votre rôle ?

Annexe n° 2 – Guide d'entretien avec les patientes

1. Lorsqu'on vous dit le mot « poids », qu'est ce que cela vous évoque ?
2. Au cours de votre vie, est-ce qu'un professionnel de santé a déjà abordé le sujet du poids en consultation ?
   Si oui, lequel ? Racontez-nous comment cela s'est passé ?
3. Connaissez-vous l'impact du surpoids ou de l'obésité sur la reproduction, la grossesse et l'accouchement ?
4. Qu'est-ce-que vous pouvez nous dire des particularités de l'alimentation, et de l'activité physique, au cours de la grossesse ? Pour vous, à quoi correspond une prise de poids « normale » ?
5. Est-ce qu'un professionnel de santé a abordé le sujet du poids au cours de votre grossesse ?
   Si oui, lequel ? Racontez-nous comment cela s'est passé ?
6. Avez-vous eu l'impression d'avoir eu suffisamment d'informations au sujet de l'alimentation, de l'activité physique ?
   Si non, comment-vous êtes vous informées ?
7. En post-partum, comment vous sentez vous ?
8. Est ce qu'un professionnel de santé a abordé le sujet du poids en post-partum ?
   Si oui, lequel ?
   Si non, aimeriez-vous que quelqu'un le fasse, et qui ?
9. Avez-vous consulté votre médecin généraliste au cours de votre grossesse ?
   Et en post-partum ?
   Pensez-vous qu'il serait compétent pour aborder le sujet du poids avec vous ?

Tableau n° 1 – Caractéristiques des médecins généralistes

	Sexe	Age	Nb d'années d'installation	Milieu	Durée de l'entretien
MG 1	F	52 ans	25 ans	Rural	10 min 45
MG 2	H	32 ans	3 ans	Urbain	16 min 03
MG 3	F	30 ans	1 an	Urbain	24 min 31
MG 4	F	33 ans	1 an	Semi rural	19 min 05
MG 5	F	42 ans	15 ans	Semi rural	14 min 12
MG 6	H	65 ans	35 ans	Urbain	10 min 17
MG 7	H	36 ans	5 ans	Urbain	13 min 19
MG 8	H	42 ans	9 ans	Semi rural	19 min 27
MG 9	H	37 ans	7 ans	Semi rural	14 min 51
MG 10	F	32 ans	3 ans	Urbain	8 min 29
MG 11	H	65 ans	35 ans	Semi rural	36 min 04

Tableau n° 2 – Caractéristiques des patientes

	Age	Age au moment de la 1ère grossesse	Médecin traitant	IMC avant la grossesse	Durée d'entretien
P 1	26	25	Oui	20,25	20 min 35
P 2	28	27	Oui	24	7 min 11
P 3	29	24	Oui	18	7 min 41
P 4	29	27	Oui	19	9 min 34
P 5	30	28	Oui	21,1	12 min 25
P 6	25	25	Oui	28	18 min 48
P 7	30	23	Oui	27	9 min 42
P 8	28	27	Non	20,2	11 min 55
P 9	29	28	Oui	22,7	11 min 53

Annexe n° 3 – Entretien semi-dirigé avec le médecin n°3

I : « Quand on dit poids et périnatalité qu'est ce que ça vous évoque en premier ? »
M : « Poids et périnatalité ? Qu'est ce que ça m'évoque en premier... C'est à dire sur le nombre de kilos qu'il faut prendre ? Prise de poids pendant la grossesse ? Je comprends pas vraiment la question. »

I : « A quoi ça vous fait penser quand on dit poids et périnatalité, sur quelles pistes ça vous envoi ? »
M : « Sur quelles pistes ça m'interroge ? »
I : « Par exemple oui. »
M : « Ben, arriver à gérer la prise de poids pour pas qu'il y ait trop de soucis derrière c'est surtout ça quoi. »

I : « D'accord. Est ce que vous abordez le sujet de poids avec vos patientes jeunes, en âge de procréer ? »
M : « Avant qu'elles tombent enceintes ? »
I : « Oui, chez vos patientes jeunes en général, pas forcément celles qui ont un projet de grossesse. »
M : « Alors, si elles ont un problème de surpoids, si il n'y pas de problème de surpoids non, je ne vais pas leur en parler avant qu'elles soient enceintes ça c'est sûr. »

I : « Ok. Généralement, le sujet de poids qui est-ce qui l'aborde en premier, c'est plutôt vous ou plutôt les patientes ? »
M : « Plutôt moi ! »

I : « Et quand ce sont elles qui l'aborde, quelles sont les questions qui reviennent le plus souvent ? »
M : « Alors, *« avez vous un médicament miracle pour perdre du poids ? »*, ça y'en a beaucoup qui demandent, et sinon elles sont plutôt en demande d'accompagnement, savoir ce qu'elles peuvent manger pas manger, si il y a un sport particulier, c'est surtout ce genre de choses. Mais, après y'en a peu qui s'interroge, en tout cas les jeunes, y'en a très peu qui s'interroge sur poids et santé, ça non. C'est surtout silhouette, *« qu'est ce que je peux faire pour être mieux »* tout ça, c'est pas vraiment poids et santé, même enceintes d'ailleurs. »

I : « Et du coup êtes vous à l'aise avec ce sujet en consultation ? »
M : « Oui non y'a pas de soucis pour parler du poids. »

I : « Est-ce que vous pouvez nous raconter, si vous vous en rappelez, la dernière consultation où le poids a été abordé ? »
M : « Peu importe femme ou homme ? »
I : « Plutôt femme du coup »
M : « Alors… Oui c'est sûr la périnatalité… (rires). Ben justement c'était avec une femme en début de grossesse, qui a un dossier un peu particulier car elle avait un problème de cancer de la thyroïde, pour lequel elle a été traitée il y a 3-4 ans, donc elle a quand même ce problème de thyroïde qui fait varier son poids, et c'est d'ailleurs souvent comme ça

qu'elle se rend compte si elle est équilibrée ou pas. On en a parlé justement parce qu'elle était enceinte, qu'elle devait faire gaffe à pas trop prendre de poids parce qu'elle était déjà susceptible d'en prendre donc on a beaucoup discuté de tout ce qui est régime, enfin régime entre guillemets, pas perdre de poids mais régime plutôt façon de s'alimenter pendant la grossesse. Elle était quand même pas mal sujette à des fringales donc on a beaucoup parlé de ce qu'elle pouvait prendre pour ne pas se ruer tout de suite vers du chocolat ou ce genre de trucs. Et voilà. Bon après elle c'est vraiment un contexte particulier avec ce cancer de la thyroïde donc elle a pris rendez vous avec son endocrino mais elle avait un petit peu la crainte de trop prendre de poids par rapport à ça. Voilà, mais en discutant ça s'est bien arrangé. »

I : « Justement en parlant de la grossesse, est ce vous abordez le sujet avec vos patientes ? »
M : « De ? »
I : « Du poids ? »
M : « Oui oui, c'est important ! Je leurs met pas la pression à dire un kilo par mois, parce-que ça c'est vraiment l'idéal dans les bouquins, mais dans la vraie vie c'est pas vraiment ça. Non c'est surtout qu'il y ait une prise de poids homogène, ça je leur en parle, qu'elles aient pas... comment dire… qu'elles aient pas de cassure de courbes quoi ça c'est vraiment le plus important pendant leurs grossesse. L'important pour moi en tout cas c'est qu'elles se sentent libre de me dire *« ben la ça fait 10 jours que je bouffe du chocolat parce-que j'en ai besoin machin »*, que ce soit surtout pas un tabou. Leur faire comprendre que pendant la grossesse effectivement elles sont amenées à prendre du poids ça c'est certain, qu'il y a plein de raison d'en prendre, des bonnes et des moins bonnes, des raisons justifiées ou pas, et qu'elles se sentent libre de me dire *« ben là en ce moment je prends du poids parce qu'en ce moment ça va moins bien, parce que je fais moins de sport parce que je m'en sens plus capable »*. Enfin voilà, ce qui est vraiment important pour moi c'est qu'il y ait un discours libre en gros. Après qu'elles prennent du poids pour de la rétention d'eau ou pour autre chose, qu'elles se sentent libre de me dire *« ben voilà sur ma balance j'ai pris 3kg, qu'est ce que je fais ? »* en gros c'est ça.

I : « Et du coup le sujet vous allez l'aborder quand, spontanément quand vous savez qu'elles sont enceintes ? »
M : « En général dès la première consult, parce que je trouve que c'est quelque chose d'important. Pas forcément qu'on parle dès le début de la quantité de kilos qu'il faut prendre etc., mais parce que c'est souvent une inquiétude en fait chez une femme surtout qui a encore jamais été enceinte, de se dire *« mon dieu mon corps va changer ».* Je trouve que c'est important de l'aborder dès le premier rendez vous, sans les alerter forcément, mais leur dire que c'est un sujet dont on parlera, que leur corps va changer mais que c'est pas forcément une mauvaise chose, fin voilà donc c'est vrai que j'ai tendance à en parler dès le début parce que je trouve c'est plus facile à vivre après, c'est des changements qui sont un peu difficiles pour une femme surtout si c'est la première grossesse, et j'ai tendance à en parler plus ou moins à chaque consult en fait. Enfin, à chaque consult en fait ! »

I : « Est ce que vous vous aidez de support pour les conseiller ? Une appli, un site internet, des bouquins ? »
M : « Alors pendant la consult je ne m'en sers pas mais après je leur conseille plusieurs choses. Je trouve qu'il y a deux appli qui sont pas mal faites, je leur en parle, après elles

font ou pas c'est comme elles veulent. Y'a l'appli « Materniteam » je trouve qu'elle est pas mal, ça permet d'avoir des conseils un peu globaux, après je leur dit de pas tout prendre au mot propre hein, mais ça permet d'avoir des petites interrogations, de se dire *« ah pétard je suis pas toute seule à ressentir ça »* voilà donc ça j'aime bien. Y'a l'appli Doctissimo aussi, alors je déteste Doctissimo mais elle est bien pour la grossesse, elle est pas mal parce que y'a des liens pour des vidéos de grossesse et sport. Qu'est ce qu'elles peuvent faire sans se faire mal à chaque mois de grossesse etc. et c'est pas mal, y'a aussi des liens de vidéos de yoga parce qu'il y a beaucoup de femmes enceintes qui se tournent vers le yoga donc ça je trouve que c'est bien. Après pour le reste j'aime pas trop, parce qu'il y a souvent des liens d'articles sponsorisés, je leur dis que c'est pas forcément super fiable. Mais au moins pour sport et grossesse et yoga et grossesse je trouve que c'est bien sur Doctissimo. Et après sinon y'a des bouquins qui sont sympa, bon y'a Le Pernoud mais faut se sentir de le lire je pense que personne le lit, après y'a des petits livres je sais pas si tu connais Les Paresseuses ? »
I : « Non pas du tout. »
M : « C'est une marque de bouquin assez imagé, assez humoristique qui te rappelle aussi ce que tu ressens, sur l'évolution de ton bébé qui grandit, sur les sautes d'humeur, de manière un peu ludique je trouve que c'est pas mal fait. »

I : « Et justement sur le sport qu'est ce que vous conseillez, est-ce que vous en parlez ? »
M : « Sur le sport pendant la grossesse ? »
I : « Oui pendant la grossesse. »
M : « Alors ça dépend si elles étaient sportives déjà avant ou pas pour commencer. Celles qui sont sportives, je leur conseille pas d'arrêter tout tout de suite surtout pas, après je trouve que ce qui est important de leur dire c'est de respecter leurs limites parce-que on a beaucoup de femmes qui font par exemple de la course à pieds, qui veulent pas forcément arrêter tout de suite ce que je peux comprendre, et en fait elles se rendent compte qu'elles tirent beaucoup sur la corde parce que c'est des sports très cardio, et les 3 premiers mois c'est quand même la période où on est bien fatiguée, et faut pas qu'elles aillent plus loin que leur limites en gros. Après c'est vraiment au cas par cas fonction du sport qu'elles font. Maintenir une activité physique c'est indispensable, que ce soit de la marche, de la piscine (mais faut se sentir en plein hiver !), du yoga, c'est surtout ce genre de sports qui sont conseillés. Après les 3 premiers mois elles peuvent continuer de faire leurs sports si elles ne s'en sentent pas trop fatiguées. Je leur dis pas forcément d'arrêter tout de suite au contraire, après selon le sport qu'elles font ben je leur dit que jusqu'à telle semaine c'est bien mais qu'après faut éviter et on essaie de basculer sur autre chose. Donc soit elles se sentent motivées de faire elles mêmes un sport de leur côté que ce soit yoga piscine etc., sinon je peux leur conseiller aussi d'aller voir des sages-femmes, qui font des activités sport et grossesse qui sont très bien ! Après ça dépend aussi de ce qu'elles font c'est sûr que si elles font des arts martiaux je vais leur dire d'arrêter tout de suite pour pas se prendre un coup dans le bide quoi. Et pour celles qui font pas de sport je leur conseille de faire une activité physique, au moins de la marche. Parce que la natation elles n'en feront pas, mais au moins de la marche je trouve que c'est bien. »

I : « Et du coup, est ce que vous avez déjà eu des difficultés dans l'abord de ce sujet avec vos patientes enceintes ? »
M : « Par rapport au sport ? »
I : « Oui, ou au poids, à la nutrition … »
M : « Des difficultés ? Là où je me suis heurtée un petit peu c'est chez les patientes

obèses au départ. Elles sont souvent pas capables d'entendre que c'est important pendant la grossesse. Mais après c'est une difficulté qu'on aura grossesse ou pas grossesse quoi, dans tous les cas. C'est le genre de patientes qui sont difficiles à amener vers un régime etc., si ça vient pas d'elles mêmes un minimum. Donc oui surtout pour ce genre de patientes. Après les patientes diabétiques gestationnelles c'est aussi plus difficile à aborder le poids que les patientes qui l'ont pas car elles voient ça vraiment comme quelque chose d'un peu terrible comme *« je peux plus rien manger du tout, je suis sous insuline »* etc., enfin c'est plus difficile, mais en même temps elles ont pas trop le choix donc elles le font mais c'est plus difficilement vécu dans ces cas là. »

I : « D'accord. Et est ce que vous considérez que c'est dans notre rôle de médecin généraliste de parler ça, pendant la grossesse, ou vous pensez que c'est plutôt le rôle d'autres professionnels ? »
M : « Ca dépend je pense des médecins généralistes. Après moi je suis assez à l'aise avec la grossesse et j'en fais des suivis, mais je peux comprendre que ceux qui ne fassent pas de suivi n'en parlent pas. Mais oui moi je considère que ça fait parti de mon rôle d'en parler c'est sûr. Après ça dépend si elle est complètement suivie par son gynéco les médecins n'en parlement pas forcément. Mais c'est je trouve que c'est quand même bien de l'aborder. »

I : « Ok ! Bon et bien merci beaucoup. »
M : « De rien ! »

Annexe n° 4 – Entretien semi-dirigé avec le médecin n° 8

I : « Nous réalisons une thèse en binôme sur le ressenti des médecins généralistes et de leurs patientes, sur l'abord du poids au cours de la période périnatale. Donc, poids et périnatalité, qu'est ce que ça vous évoque ? »
M : « Euh… J'ai pas révisé ! Rire. Laissez-moi reprendre mes esprits, je me concentre et je vous dis. La prise de poids ça peut être un gros problème de santé publique pendant la grossesse. Et les kilos supplémentaires évidemment ça change l'image du corps et pour la femme c'est un peu compliqué… Il y a aussi les risques associés, on peut avoir des problèmes métaboliques secondairement. Voilà, a priori ça n'entraine pas trop de problème pour l'enfant. Mais… Il faudrait que je me documente un petit peu… Enfin dans mon idée, le but c'est de chercher ce que j'ai dans la tête. Voilà, c'est à peu près tout. »

I : « Ok. Est ce que vous abordez le sujet du poids en consultation avec vos patientes jeunes, en âge de procréer ? »
M : « Ah, qui ne sont pas en cours de grossesse ? Oui, quand j'estime qu'il y a surpoids, il faut quand même en parler, parce que ça entraine des problèmes de santé publique. »

I : « D'accord, du coup c'est plutôt vous qui l'abordez ou les patientes ? »
M : « Ça peut être les deux. Ça dépend, en général d'ailleurs c'est plutôt le poids ressenti, parce qu'il y a les patientes obèses qui vivent très bien, et si tu leur dis pas à un moment *donné « On a parlé du poids ? »* même si c'est un sujet difficile à aborder parce qu'il y a quand même le ressenti vis à vis du corps, tu veux pas violenter tes patientes en disant *« Vous êtes trop grosses bahh c'est pas bien »* et en même temps le poids c'est vraiment problématique pace que ça entraine pas mal de pathologies. »

I : « Quelles sont les questions qu'elles vont poser plus fréquemment ? »
M : « Je suis trop grosse… Ça ne marche pas… J'ai fait pleins de régime… Le Yoyo… L'absence d'activité physique… Non ça elles n'en parlent pas c'est moi qui en parle. Il y a le yoyo généralement elles n'en sont pas à leur premier… Tiens d'un coup je me réveille à 25 ans et je fais 130 kg, il s'est passé un truc, en général elles ont essayé des trucs avant et ça n'a pas fonctionné et elles sont un peu démunies voire même désespérées. »
I : « Et qu'est ce qu'elles posent comme question ? »
M : « « *Comment je fais pour maigrir ? Est ce que c'est bien la chirurgie ? J'ai une copine qui l'a fait et ça s'est bien passé. J'ai une copine qui l'a fait et ça s'est pas bien passé ? Est ce que je rentre dans les clous pour le faire ? Est ce qu'on peut essayer autre chose ? »*
Et après on repart sur l'enquête alimentaire, sur l'activité physique, qui sont les deux problématiques en général qui ressortent. »

I : « Est ce que vous vous sentez à l'aise pour aborder le sujet ? »
M : « Oui, oui ça ne me dérange pas du tout. Non c'est vrai que je me sens mal à l'aise la première fois qu'on en parle. En général c'est *« et le poids il faudrait y penser ? »,* chez les jeunes et chez les moins jeunes aussi parce qu'en général quand on arrive avec des problèmes de dos à 60 ans et qu'il y a un surpoids ou une obésité, peut être qu'il y a un lien de cause à effet quand même… Voilà, et c'est vrai que là des fois on renquille sur une deuxième consultation après la première parce que on va parler que de ça. Mais c'est vrai que oui c'est, quand tu commences à leur parler de normes physiques, t'as toujours

l'appréhension que ton patient il se barre en claquant la porte et en se disant *« mon médecin il m'a insulté »* mais en fait c'est pas une insulte, moi je leur dis *« je m'en fous que vous soyez gros pas gros fumeur pas fumeur »* c'est juste que derrière il y a des maladies qui vont arriver parce que justement il y a un problème que l'on doit résoudre. »

I : « Ça vous est déjà arrivé que ça ne se passe pas bien ? »
M : « Non. Je pense que c'est un a priori du médecin plus qu'une réaction du patient. Parce que… La patiente elle arrive je la connais pas… Je lui dis pas *« Vous êtes trop grosses »*. En général on prend le temps de discuter. Je leur demande pourquoi elles sont là, si elles ne me parlent pas du poids la première fois, je leur saute pas dessus en leur disant *« On va commencer sur ça »* sinon elles se sentent juger, et la relation de confiance elle est pas encore installée, il faut du temps. »

I : « Pouvez vous nous raconter la dernière consultation où le sujet a été abordé ? »
M : « Ouais ! Hier soir, une patiente de… 45-50 ans, je la revois parce qu'elle est en arrêt de travail pour une entorse de la cheville gravissime avec fracture qui traîne depuis un certain temps, et en plus je vois sa gamine qui a dû prendre 15 kg en 3 mois, et je lui ai dis *« Il y a un soucis avec votre fille, et au passage vous aussi ! »* C'est sympa il est sympa mon docteur… Rires. Non mais après derrière mon idée c'était pas de la contrarier sur son poids c'était surtout de lui dire qu'effectivement elle avait vachement pris du poids et que pour ses problèmes articulaires, parce qu'elle a le dos, la cheville, forcément plus fragile, la prise de poids c'est pas forcément une bonne chose. Elle le savait déjà… On en est resté là… On en a pas reparlé, on a pas enquillé sur une consultation sur le poids mais je pense qu'on sera amené à en parler. Et sa fille elle fait 41 kg pour… Je regarde sur l'ordinateur, c'est mon deuxième cerveau ! Rires. Alors en novembre elle faisait 36 kg et là elle est à 41, elle a 9 ans. Bon, voilà. Donc dernière consultation hier soir. »

I : « Ok. Ensuite, si on se focalise plus sur la grossesse. Est ce que vous abordez le sujet du poids avec vos patientes enceintes ? »
M : « Alors normalement elle est pesée tout les mois, systématiquement, ce qu'on fait systématiquement (mime des guillemets), voilà… Le poids, la tension, c'est les 2 paramètres dans une consultation de grossesse que tu zappes pas. Après, derrière il faut voir. Il y a quand même une prise de poids normale, et après, si jamais on voit que 30 kg dans une grossesse, c'est pas un fœtus de 30 kg placenta compris donc il y a un petit soucis de sur alimentation, probablement. Ou de troubles métaboliques, parce que moi une patiente qui vient pour un problème de poids, la première chose que je fais c'est un bilan, je pense toujours thyroïde et troubles métaboliques d'abord, ne serait ce que si ça entraine un diabète, une dyslipidémie, il faut le savoir… »

I : « D'accord. Qu'est ce que vous donnez comme conseil ? »
M : « En premier lieu j'essaye de faire le point sur l'alimentation et l'exercice physique. Et ça ça prend du temps, ça se fait pas en une fois. Après on essaye de rediscuter sur ce qu'elles ont déjà fait, ce qui a marché et pas marché, et sur comment on fait pour pérenniser la perte de poids, parce que ça c'est la problématique en général. *« Super j'ai perdu 30 kg en 15 jours »*, c'est très mauvais, je leur dis *« C'est nul ! »* Enfin non je ne leur dis pas comme ça parce que c'est très déstabilisant mais je leur dis *« Vous savez la perte de poids trop rapide c'est pas très bon parce que ces 30 kg vous allez les reprendre*. »
Donc on essaye de travailler en disant, bon c'est bien vous en êtes là on va prendre ce que vous avez fait c'est quand même un travail qui a été fait mais il faut essayer de

pérenniser la chose, donc qu'est ce que vous faites, comment on fait pour stabiliser, et derrière comment on fait pour que vous ne repreniez pas, parce que c'est surtout ça la problématique. C'est pas tellement de maigrir, tout le monde y arrive ! On les enferme dans la cave avec du pain et de l'eau on y arrive… Mais après derrière c'est pire ! Non je suis méchant pardon… »
I : « Rires. On a tous les patients de Dr. L dans un petit sous sol, enchainés ! »
M : « Oui ils sont en bas là ! J'ai une clinique d'amaigrissement… »
I : « Faites attention tout est enregistré ! Rires. »
M : « Non mais c'est pas grave c'est du deuxième degré… »
I : « C'est anonyme de toute façon… Rires »
M : « Non mais voilà la perte de poids rapide c'est pas une bonne chose, l'idée c'est de pérenniser la perte de poids et de pas y retourner. »

I : « Et pour l'alimentation pendant la grossesse, vous avez des conseils particuliers ? »
M : « Euh… De faire gaffe à pas s'envoyer sur des trucs trop gars trop sucrés, 5 fruits et légumes par jour, les recommandations que tu montres à tes gamins à la télé entre 2 épisodes de Pokémon ! Rires. Quoique les miens ils sont grands ils sont sur Netflix ils ont plus les pubs donc ils ont plus les 5 fruits et légumes par jour… Mais on essaye ! Pardon j'ai digressé ! Rires »

I : « Les patientes qui sont déjà en surpoids pendant la grossesse, qu'est ce que vous leur dites ? »
M : « De faire attention à pas trop prendre parce que de toute façon le métabolisme étant ce qu'il est pendant la grossesse on va pas les faire maigrir, voilà. L'idée c'est de les stabiliser pour arriver jusqu'au bout, éventuellement si elles perdent un petit peu c'est bien. De ne pas continuer dans la même cinétique quoi, surtout qu'en fin de grossesse c'est exponentiel. Déjà que le bébé prend de la place si en plus elles ont pris du poids, , le dos va morfler, elles vont plus pouvoir bouger, ça va être difficile de brûler des calories donc de diminuer le poids… Donc d'essayer de se restreindre un petit peu, de faire attention, de pas trop exploser leur prise de poids. »

I : « Et vous leur parler des risques ? »
M : « Ouais bien sur. Déjà le fait qu'après l'accouchement tu perds pas tout, et ensuite il y a des troubles métaboliques qui peuvent apparaître secondairement. Pendant la grossesse il y a le diabète gestationnel et derrière des troubles métaboliques peuvent apparaître. »

I : « Qu'elles sont les questions les plus fréquentes que posent les patientes ? »
M : « J'ai un grand blanc là, je réfléchis. Je réfléchis à la dernière patiente enceinte qui était en surpoids mais ça fait longtemps… Après le problème c'est que j'en suis pas des masses. Elles sont surtout les 3 derniers mois elles sont suivies par l'hôpital je pense que c'est plus de leur côté, après des fois elles viennent me voir pour autre chose, elles ont besoin d'un conseil et on discute… Euh, je réfléchis parce que j'ai pas d'idée en tête…On a le droit a à un joker ? »
I : « Oui on a le droit ! »
M : « Ça me vient pas… J'avais pas révisé… »

I : « Ce n'est pas grave. Vous vous servez de support parfois pour donner des conseils ? »

M : « Oui, Google est mon ami ! C'est pas honteux ! Rires. Je pense qu'aujourd'hui on a toutes les informations à disposition, internet, on peut pas tout savoir et on ne sait pas tout. L'idée c'est d'aller chercher les infos et au bon endroit. Après effectivement leur expliquer pourquoi on les emmerde. Et puis ça fait un support visuel, aussi. »
I : « Vous pensez à quelque chose en particulier ? »
M : « Non je t'avoue que… Les sites de médecine spécialisée, le conseil national de gynéco-obstétrique, ou même les questions d'ECN ! C'est vrai que souvent quand je veux réviser quelque chose, je tape « polyarthrite ECN » et je relis !
I : « Rires. On fait tous ça ! »
M : « Mais c'est Descartes ! Il a dit *« Une tête bien faite n'est pas une tête bien pleine »* Ce qu'on nous demande c'est pas de tout savoir, c'est d'aller chercher les bonnes infos ! De toute façon les infos elles changent tout le temps, la médecine ça change pas, le corps humain ne change pas, mais les infos elles changent… Voilà. Régulièrement il y a des mises à jour et tu les suis pas forcément, ce qu'il faut c'est aller chercher les infos. »

I : « Et vous pensez que les patientes s'informent comment ? »
M : « Pareil ! Et les copines, je pense que la relation interhumaine et l'échange avec une personne d'expérience parce qu'elle a déjà eu un gamin. *« Pendant ta première grossesse t'as pris 30 kg t'as tout perdu, comment t'as fait ? »* C'est une bonne question et parfois avec une bonne réponse. Il ne faut pas le négliger. Et du coup quand une personne est passée par une étape de vie elle devient experte. Donc… Ça et après maintenant comme elles sont jeunes elles ont accès à du numérique sur tout support, et quand elles cherchent elles trouvent. Il faut les réorienter pour qu'elles ne trouvent pas n'importe quoi, qu'elles ne tombent pas sur le mouton à 50 pattes qui a pris 50 kg parce que ceci cela, il y en a 2 dans le monde ! Voilà, on part sur des choses simples : alimentation et exercice physique. »

I : « Vous vous êtes déjà retrouvés dans une situation, avec une patiente enceinte, où vous avez eu des difficultés ? »
M : « Enceinte non… En surpoids oui… En surpoids oui, j'étais remplaçant à Gardanne en 2008, j'ai une patiente qui vient me demander du Médiator. Je lui dis que je lui en marquerai pas parce qu'elle n'a pas de diabète et qu'elle n'avait pas d'indication, parce que c'était l'indication du Médiator à l'époque. Elle me dit *« oui mais le médecin que vous remplacez il m'en prescrit donc moi j'en veux, j'ai perdu 20 kg avec le Médiator ».* Je lui demande combien elle en a repris, elle me dit 30, je lui dis *« donc vous avez pris 10 kg avec le Médiator »,* elle me dit *« non j'en ai perdu 20 ! »*. Discours de sourds mais je n'ai pas cédé. Je lui ai dis qu'elle reviendra quand son médecin sera là pour en discuter avec lui, parce que moi je ne ferai pas cette prescription. C'est marqué sur mon contrat de remplaçant que je fais mes choix en mon âme et conscience, et puis pour moi c'était pas une bonne idée parce qu'il commençait à y avoir déjà un peu des soucis avec le Médiator, et puis après ça a pété. Donc il ne faut pas céder à tout ce qu'ils te demandent. Voilà, et ça, parfois j'ai encore du mal aujourd'hui, mais on essaye de leur dire *« Non je ne peux pas vous prescrire ce médicament parce que vous n'avez pas l'indication pour l'avoir ».*

I : « Vous pensez que ça entre dans notre rôle de médecin généraliste d'aborder le sujet du poids ? »
M : « Carrément ! Notre rôle c'est TOUT ! Après je ne dis pas qu'on règle tout mais je dis juste que nous on a un rôle d'orientation, après on peut avoir des soucis où on y arrive pas et à ce moment là on dit aux patientes d'aller voir tel spécialiste ou une

diététicienne, on a quand même des bons retours avec les diététiciennes, elles connaissent leur métier et elles arrivent à avoir des résultats parce qu'elles font ça bien. Et même pourquoi pas contacter la sage-femme ou la gynéco pour dire qu'il y a un problème. Voilà !

I : « Merci, nous n'avons pas d'autre question. »

Annexe n°5 – Entretien semi-dirigé avec la patiente n° 1

I : « Pouvez-vous nous dire ce que vous savez de l'impact du poids sur la reproduction, sur la grossesse ? »
P : Moi, par rapport à mon cas, pour ma grossesse, mon gynécologue m'avait dit… Parce-que moi j'ai pris énormément très vite, le premier mois j'avais déjà pris 5 kg, c'était très très vite, donc on m'a demandé de me maintenir pour qu'à la fin de ma grossesse je puisse perdre plus facilement, parce-que là je me rends compte que finalement j'aurai peut-être dû l'écouter… Mais dans tous les cas oui que ça pouvait être grave pour le bébé, générer du diabète gestationnel… Que voilà il fallait faire attention parce-que une fois enceinte le nourrisson, enfin le fœtus, prend tout ce que moi j'ingurgite, il se nourrit de ça donc c'est bien de se nourrir sainement… Voilà globalement c'est tout que je… »

I : « D'accord, et sur la reproduction, vous avez une idée ? »
P : « Non. »

I : « D'accord. Que pensez-vous être une prise de poids normale, en moyenne, pendant une grossesse ? »
P : « J'aurai dis un kilo par mois, en sachant que vers la fin on prend un peu plus… J'aurai dis 12-13 kilos, je sais pas… Ca n'a pas été mon cas mais je pense que c'est ça pour une grossesse normale »
I : « Combien vous aviez pris ? »
P : « Je me suis arrêtée de compter à 20 ! Rires. J'étais à huit mois et demi donc je pense que c'est à peu près ça, j'ai dû prendre 22. »
I : « D'accord. Qu'est ce qui a fait que vous avez… ? »
P : « J'avais très faim, je mangeais beaucoup je n'avais pas de limite. En fait moi, j'ai pas spécialement faim, mais quand je ressens la faim il faut que je mange et je ne fais pas spécialement attention. J'ai jamais été capable de faire des régimes. J'aime manger, donc je mange sans jamais faire trop attention. Et enceinte ça s'est décuplé, je mangeais… »
I : « C'était la sensation de faim ? »
P : « Ouais, j'avais constamment faim. C'est à dire que là au restau, je pouvais faire entrée-plat-dessert, alors que maintenant si je fais un plat je suis même pas sûre de pouvoir manger un dessert. Mais enceinte j'étais sans limite. Rires. Je sais pas pourquoi, mais pas d'envie particulière, pas de… Juste faim, tout le temps, de tout. Rires. »

I : « Quels professionnels de santé vous en a parlé, du poids ? »
P : « Alors, moi j'ai pas été suivie par mon généraliste, j'étais suivie par mon gynécologue jusqu'à 7 mois et après je suis allée à Sainte-Musse. C'est mon gynécologue qui m'a dit, qui me faisait ma pesée mensuelle, et qui m'a dit « *Là par contre il va falloir faire attention, parce que vous allez finir à 30 ou 40 kilos et après il va falloir les perdre.* » Mais sinon on ne m'en pas parlé, il n'y a eu que lui en fait. »
I : « D'accord. Et il en a parlé à quel moment ? »
P : « Euh… Je sais pas, vers le 4ème mois je pense. »
I : « Pas avant ? »
P : « Non. »

I : « Et comment il l'a abordé ? »

P : « Il m'a demandé d'aller me peser, je lui ai dis mon poids, et il m'a dit *« Il va vraiment falloir arrêter de bouffer ! »* Rires. Et je lui ai dis *« C'est pas de ma faute je suis enceinte ! »*, et il m'a dit *« Non ça c'est des conneries, moi je te met au régime, j'ai des femmes en fin de grossesse que je met en régime à 1500 calories par jour et elles prennent pas un kilo pendant leur grossesse, c'est des conneries, si tu prends du poids c'est que tu bouffes ! »* Je lui ai dis *« Bon oui un petit peu »* Rires. Mais sinon non, moi j'étais pas du tout stressée par la prise de poids, je me suis dis que je prendrai ce que je dois prendre, mais comme j'ai été assez frustrée au début de ma grossesse par tout ce que ça a engendré, toutes les choses qu'on avait plus le droit de faire etc., que vraiment pour le coup la bouffe, déjà que j'avais le droit de manger que la moitié des choses que j'aimais, au moins sur ces choses là je me suis pas du tout restreinte. A aucun moment je me suis dis qu'il allait falloir perdre les kilos après. Je me suis dis on verra plus tard. Et maintenant je me dis… J'aurai peut-être dû l'écouter finalement. Mais bon… »

I : « Et comment vous l'avez vécu qu'il aborde le poids ? »
P : « Euh… Non, je suis pas très susceptible, donc il m'a dit *« Il va falloir faire attention »*, je lui ai dis *« Ouais ok… »*, mais je suis sortie de là je suis allée manger à MacDo ! Donc j'ai pas vraiment pris en compte son truc. Mais par contre j'étais consciente que je grossissais trop, que j'avais pris du poids très vite trop rapidement, et je m'en suis rendue compte, mais euh… Mais ça m'a pas… Par contre sur la fin de la grossesse je le vivais très mal. J'étais énorme, les jambes, je fermais plus rien, je pouvais plus mettre aucun bijoux... Même les montres au dernier trou elles passaient plus… J'étais énorme, j'étais un ballon, c'était horrible ! »

I : « Est ce qu'un autre professionnel de santé vous en a parlé ? »
P : « Non… Je suis pas allée en voir beaucoup, j'ai une grossesse qui s'est très bien passée. Tous les mois j'allais voir mon gynéco. A partir du 7ème mois je suis allée à l'hôpital à Sainte-Musse et à Sainte-Musse les sages-femmes m'en ont pas parlé. »
I : « D'accord, ok. »
P : « Mais en fait on me pesait pas tous les mois, enfin, vraiment le poids c'est pas quelque chose… Mon gynécologue me pesait pas tout le temps, c'est moi qui montait parfois sur la balance pour avoir une idée parce que moi j'ai jamais eu de balance chez moi et c'est pas quelque chose que j'utilise, donc quand j'allais là bas j'en profitais pour me peser, mais sinon… Il me demandait même pas mon poids. J'ai pas eu un suivi de poids. »

I : « D'accord. Vous n'avez pas eu l'impression que c'était au centre des consultations, que c'est quelque-chose dont on vous parlait ? »
P : « Non, pas du tout. C'était vraiment quelque chose de secondaire. J'ai même eu l'impression que si je posais pas la question de savoir combien de kilos j'avais pris, de me peser, qu'on prenait pas ça en considération. On m'en a parlé autour du 5ème mois avec plus d'insistance parce-que j'avais le… Non au 6ème mois, parce que j'avais la prise de sang pour le diabète, et du coup là il m'a dit qu'il allait falloir le faire. Je me suis mis une petite pression, je me suis dis que si j'avais j'ai trop abusé et que je fini ma grossesse avec du diabète, c'est pas cool… Donc voilà mais non, sinon j'ai pas du tout eu cette impression là. »

I : « Votre médecin traitant vous l'avez vu pendant votre grossesse ? »

P : « Oui, au tout début c'est lui qui m'a fait l'examen prénatal, qui m'a fait l'attestation de grossesse, et à qui j'ai demandé, parce-que lui il me suit depuis toujours, à qui j'ai demandé conseil pour un gynécologue-obstétricien. C'est lui qui m'a conseillé le gynécologue qui m'a suivi, et euh… Voilà, après si j'y suis pas retournée du tout je crois, parce-que j'ai pas été malade, j'ai pas eu de problème particulier donc j'y suis pas allée. »

I : « D'accord. Au cours de votre grossesse, vous vous êtes informées, vous avez cherché des informations à ce sujet… ? »
P : « Euh… Non pas spécialement. En fait pendant toute ma grossesse, et de manière générale, dès que j'ai un truc je vais sur internet. Et donc au cours de ma grossesse ça m'est arrivé de marquer mon poids et mon mois de grossesse pour avoir des forums pour voir s'il y avait beaucoup de filles, parce-que je trouvais que c'était relativement important… Parce-que sur la fin en fait j'ai pas pris beaucoup de poids, ça a beaucoup stagné pendant 2 mois je crois que j'ai même pas pris 1 kilo. Tout s'est fait au début. Du coup les premiers temps ça m'a inquiété quand même, je me suis dis c'est quand même bizarre que je prenne autant même si je mange un peu plus, d'habitude je grossis pas à ce point là c'est quand même étrange. Donc sur internet je voyais qu'il y avait pleins de filles qui disaient, mais c'était des forums, j'ai pas cherché à m'informer sur des sites plus institutionnels, rédigés par des professionnels etc., Je voulais vraiment l'avis d'autres femmes pour savoir si j'étais dans une courbe normale ou pas, et effectivement j'ai vu très peu de femmes qui disaient avoir pris autant de poids dès le début. »

I : « Vous auriez aimé qu'on vous en parle plus ? »
M : « Ouais je pense. Après coup maintenant j'aurai peut-être, on m'en aurait parlé je l'aurai pas pris en considération, et maintenant que j'ai eu ma première grossesse, que j'ai eu le poids que j'ai eu, et que maintenant je dois le perdre, je pense que ouais. M'informer sur comment éventuellement manger mieux mais de façon à être rassasiée quand même, de me donner des conseils pour éviter de trop manger, trop et n'importe quoi. Parce-que du coup moi je mange hyper sain de manière générale, enfin je mange beaucoup de légumes etc., alors que pendant ma grossesse j'en ai pas touché un… J'en avais pas envie, je bouffais que des pizzas, pas du tout les choses que je mangeais habituellement… Donc j'aurai aimé qu'on me donne éventuellement des conseils sur comment m'alimenter mieux. »

I : « Et vous auriez aimé que ce soit qui, qui vous informe là dessus ? »
M : « Euh… Eventuellement mon gynécologue parce-que c'est encore une fois le seul médecin que j'ai vu pendant ma grossesse. Mais c'est peut-être pas son rôle à lui donc je sais pas… Est ce que moi j'aurai dû aller voir d'autre personne ? Je sais pas… Euh, moi la sage-femme m'en a pas du tout parlé pendant les cours de préparation à l'accouchement en tout cas, ni de ça ni du reste, ni de l'alimentation ni rien du tout donc euh… Je vois que mon gynéco qui m'en a un peu parlé et qui aurait pu approfondir un peu à la limite… »

I : « Et sur l'alimentation justement, est ce que vous avez essayé de chercher des infos sur ça aussi ? »
M : « Oui, parce qu'en fait je me suis abonnée très vite quand j'ai su que j'étais enceinte, je me suis abonnée au magasine « Parent », et il y a 3-4 pages par magasines qui sont dédiés à la nutrition, etc. Comment manger bien… Je regardais souvent. Mais je trouve que ça donne pas spécialement envie. C'est beaucoup courgettes, épinards, etc. C'est des trucs bons mais c'est pas des trucs qu'on a envie de manger enceinte. Enfin en tout cas

que moi j'avais envie. Donc le truc c'est… J'adore la viande rouge, le tartare, toutes ces choses là que je pouvais plus manger… J'aurai aimé qu'on me donne, comment manger je sais pas une pièce de viande bien cuite mais avec des choses qui donnent envie gustativement, pas avec des épinards à la vapeur… Enfin voilà, je trouve que de manière générale quand on parle d'alimentation c'est hyper barbant, ou alors il faut cuisiner pendant… Soit c'est hyper simple mais ça a l'air dégueulasse, soit il faut être une experte en cuisine et avoir milles ustensiles… C'est pas forcément mon cas. Donc moi c'était une cuisine simple, rapide, et bonne… Mais peut-être que si je le voulais vraiment, j'aurai dû aller voir une diététicienne ou une nutritionniste, qui soit spécialisée là dedans… Mais vers ici j'en ai jamais entendu parler, je sais pas s'il y en a… »

I : « Vous n'en avez peut-être pas ressenti le besoin… »

P : « Voilà c'est ça exactement, sur le moment non. Mais je pense que quand je retomberai enceinte, je sais qu'on en aura un 2ème, je sais que je ferai complètement différemment. J'aborderai plus du tout ma grossesse de la même manière. Je ferai beaucoup plus attention, j'essayerai de restreindre mes envies, mes pulsions. Parce-que sans parler du poids, les cicatrices, les vergetures… Même si j'arrive à perdre mon poids, parce-que mon métabolisme fait que ça va je perds pas trop difficilement, mais les vergetures elles elles restent. Du coup je ferai plus du tout la même chose. Mais vraiment le poids c'est quelque chose dont on a pas parlé quoi. »

I : « Et on vous a parlé un peu du sport ? »

P : « Non pas du tout… C'est moi qui ai regardé sur internet encore une fois, j'avais l'application « Parent » sur mon téléphone et toutes les semaines d'aménorrhées il y a un article qui paraît, sur le sport qu'on peut faire enceinte etc. Donc ça je me suis renseignée de moi-même, on ne m'en a pas du tout parlé. Je crois même pas que mon gynécologue m'ai parlé de faire de la marche ou quoi. Vraiment c'est quelque chose dont il ne m'a pas parlé. Mais j'aurai aimé… Le sport c'est pareil il y a pleins de choses que l'on peut faire finalement et on y pense pas… Les premiers temps on a peur, peur de tomber, que ça se décroche, etc., et après plus le temps passe plus on grossit… Moi j'étais énorme alors je me suis dis morte pour morte, j'attendrai la fin… Et moi je suis pas une grande sportive dans l'âme donc le truc c'était de faire du sport qui fasse maigrir sans trop transpirer, qui me fasse me stabiliser sans que ce soit fatiguant. Rires. Pour autant j'ai eu une grossesse hyper sportive parce qu'on était en travaux, on a refait tout l'appartement, on a peint, je bougeais tout le temps toute la journée mais ça n'a pas empêché la prise de poids. »

I : « Et là du coup, depuis que vous avez accouché, vous avez l'impression que le poids c'est au centre de vos préoccupations ? »

P : « Ah complètement, c'est que ça en fait. Je re rentre dans quelque uns de mes jeans, mais je le vois dans mes vêtements… Après ça fait que 2 mois mais mon corps a complètement changé, c'est plus du tout le même… Ca c'est pareil on nous prévient pas assez, sans parler du poids, que après la grossesse le corps change, c'est plus du tout pareil… On s'en doute, mais là pour l'instant je suis encore quelqu'un dans le corps de quelqu'un d'autre. C'est pas mon corps. Il faut que je me réapproprie tout, mes formes, mon bassin il s'est élargi et ça, même avec tout le sport du monde, je ne pourrai rien y changer. Mon ventre forcément la peau est distendue… Ça vraiment on s'en rend pas compte, on voit un ventre tout beau on est contente on est enceinte c'est cool, mais on se rend pas compte qu'après… Donc là sur 20 kilos, il me reste 8 kilos à perdre. »

I : « Et vous vous sentez accompagnée ? »

M : « Pas du tout. Enfin moi je m'accompagne, je vais commencer là le 31 mai les séances de « palper-rouler », le LPG, pour essayer de retendre un peu ma peau, j'essaye de faire des choses à côté. J'attends avec impatience que ma rééducation du périnée soit terminé pour que je puisse faire un peu d'exercice. Mais là en l'état ma sage-femme m'a dit que c'était hors de question que je fasse du sport donc je peux rien faire… Il y a plus qu'à prendre mon mal en patience, attendre que mon métabolisme fasse le plus de choses naturellement, et voilà c'est tout. Mais le poids pour le coup c'est plus post grossesse que pendant la grossesse. Et puis c'était un gros bébé ! Rires. 3,400 pour une petite fille c'est bien quoi ! Un beau bébé. »

Annexe n° 6 – Entretien semi-dirigé avec la patiente n°9

I : « Quand je dis le mot « poids », ça vous fait penser à quoi ? »
P : « Oula ! Régime, et il faut que je maigrisse. »

I : « D'accord ! Toute votre vie le poids ça a été une grande préoccupation ? »
P : « Ah oui ! »

I : « Depuis toujours ? »
P : « Ah oui ! C'est triste hein (rires). Déjà petite, ma mère m'emmenait voir un endocrinologue pour essayer de canaliser tout ça. Après j'ai eu des périodes ou j'ai été beaucoup plus forte, des périodes ou j'ai fait le yoyo, des périodes ou j'ai réussi à me stabiliser grâce au sport. Après t'as toujours des périodes de ta vie où tu grossis plus ou moins. Et donc en fait, avant de tomber enceinte j'étais à peu près dans un poids qui me satisfaisait. »

I : « D'accord. Du coup au cours de votre vie, quels sont les professionnels de santé qui ont abordé le sujet du poids avec vous ? »
P : « Quand j'étais petite l'endocrinologue du coup. Après non pas spécialement vu que je me réglais toute seule avec le sport et des régimes diverses et variés. J'ai pas fait appel à un nutritionniste ou quoique ce soit. »

I : « Vous n'en ressentiez pas forcément le besoin ? »
P : « C'est pas ça, du coup ma mère travaille dans un milieu hospitalier, elle avait pas mal de contact et demandais des conseils sur les menus etc., elle se renseignait auprès de ses copines diététiciennes quoi, mais j'ai jamais fait de consult proprement dit non. »

I : « Ok ok. Si on se concentre un peu plus sur la grossesse du coup, est- ce que vous savez quelque chose sur l'impact du poids sur la reproduction, la grossesse, l'accouchement ? »
P : « Alors non. Mais pour l'avoir vécu je pense qu'une grosse prise de poids ça aurait sûrement été plus compliqué au niveau de l'accouchement. »
I : « D'accord, pourquoi ? »
P : « Je sais pas, c'est un ressenti. Ne serait-ce que pour le souffle, parce que t'es vite essoufflée, la condition physique aussi en général. Et je pense aussi pour le post accouchement. Je pense que si tu prends moins de poids, ce sera déjà moins lourd à gérer, dans tous les sens du terme ! (Rires). Non vraiment. »

I : « D'accord (rires). Qu'est-ce que vous pensez être une prise de poids normale pendant une grossesse ? »
P : « Alors je vais vous dire ce qu'on m'a sorti pendant toute ma grossesse, je vais dire le fameux « un kilo par mois » ! Hein, voilà voilà. »

I : « D'accord. Est- ce que vous connaissez des particularités sur l'alimentation et l'activité physique pendant la grossesse ? »
P : « Je m'étais renseigné au tout début et c'était un peu vague, mais du coup ayant passé une grande partie alitée, ben j'avais plus du tout de condition physique. Donc après je me suis pas plus penchée sur le sujet que ça. »

I : « Bien sûr. Et alimentation, vous pensez qu'il y a des particularités ou pas plus que ça ? »
P : « Euh non. Enfin, je savais qu'il fallait éviter le sucre, tout
apport kilorique « supplémentaire » sans être forcément nécessaire, mais après, peut être privilégier les protéines, viande blanche, poisson .. »

I : « D'accord ok. Et du coup comment vous êtes vous informées sur tout ça ? »
P : « Je regardais un peu sur internet les grandes lignes. Après j'avais de la « chance » de ne pas être immunisée contre la toxo, du coup j'avais quand même des aliments qui était proscrits, et du coup pour la ligne c'était bon pour moi. Y'avait quand même d'aliments que je pouvais pas manger. Après j'essayais le plus possible, enfin à partir du milieu parce qu'au début j'ai fait n'importe quoi, de manger le plus équilibré possible. »

I : « D'accord. Et donc tout ça, y'a des professionnels de santé qui ont abordé un petit peu le sujet avec vous ? »
P : « Non pas spécialement. Ma gynéco au début de ma grossesse c'était *« il faut prendre un kilo par mois »* et à partir du moment où j'étais alitée et que j'avais pris un petit peu plus c'était *« toute façon vous êtes alitée donc c'est normal qu'on dépasse un peu ».* Après j'avoue qu'on a pas été plus loin. »
I : « Ca ne vous a pas stressé ? Comment avez vous vécu sa façon d'être sur le sujet ? »
P : « Au début un peu, elle me mettait un peu trop la pression. Après, j'avais pas ce besoin de réponse à des questions, je cherchais beaucoup moi même. »

I : « Si on parle du post-partum, pour vous quelles sont les conséquences d'une prise de poids en post-partum ? »
P : « Euh, sur mon physique ? »
I : « Oui, sur tout. Vous, votre vécu. Comment vivez vous votre post partum ? »
P : « Dans l'ensemble la prise de poids c'est délicat pour l'après. Quand t'es grosse enceinte t'es mignonne mais après … t'es juste grosse ! Et puis c'est compliqué, hormis la fatigue, l'épuisement, les douleurs variées, tu dois aussi gérer le fait que tu rentres plus dans grand chose, et que moralement ça t'aide pas. Ca c'est au niveau mental. Après physique, je saurai pas dire. Les douleurs aux jambes peut-être, elles sont plus lourdes. Je dirai que ca impacte sur la fatigue. Je sais pas si c'est vraiment lié mais c'est mon ressenti. »

I : « D'accord. Et comment vous gérez ? »
P : « Au départ je gérais pas du tout. J'étais partie du principe que j'allais accoucher, avoir mon bébé, en plus j'avais un gros bébé, j'étais partie du principe où ça allait vite partir. Là deux mois après je suis à presque moins dix kilos, je pensais que ça allait être moins compliqué. Moins dix sur seize. Je pensais ça moins compliqué, surtout que je fais vraiment attention. Après j'ai le retour de couche qui a duré très longtemps, est-ce que c'est lié je ne sais pas, mais je m'attendais à perdre plus vite. »
I : « Vous êtes déçue ? »
P : « Oui. C'est le plus dur. Maintenant je suis très épanouie avec le petit, y'a pas de souci. Mais c'est compliqué. Tu proscris la plage, le maillot, les shorts, tout quoi. »

I : « Et vous vous sentez aidée ? »

P : « Absolument pas. Du point de vue gynéco pas du tout, je l'ai revu un mois après elle m'a accueillie en me disant « alors vous avez tout perdu ? ». Non mais en fait pas du tout quoi ! Ni plus ni moins c'est mois qui ait du l'appeler parce que je m'arrêtais pas de

saigner donc elle m'a posé un stérilet il y a quelques jours. Sachant que bon, sans arrêt des saignements tu peux pas commencer ta rééducation, qui dit pas de rééducation dis pas de sport. C'est un peu un engrenage quoi. »

I : « D'accord. Et vous avez l'impression de ne pas avoir eu de recours, que vous n'avez pas eu de personne à qui vous adresser pour parler de ça ? »
P : « Je pense que si j'avais eu la sage-femme pour la rééducation j'aurais pu discuter elle aurait pu m'orienter. Surtout la sage-femme que j'avais pendant ma grossesse je n'ai aucun doute là-dessus. Par contre c'est vrai que au niveau de la gynéco pas du tout. »

I : « Et vous auriez aimé, que dans cette période un peu délicate il y ait quelqu'un qui vous parle de tout ça ? Qui mette le sujet sur la table, qui vous aide à en parler aussi ? »
P : « Ben je pense que pour l'instant pas spécialement, parce que je suis encore au stade de me dire « oui d'accord t'as pas tout perdu mais bon on n'est qu'a deux mois », mais je pense que ce serait quelque chose, après la reprise du travail, d'un rythme de vie où le petit fait ses nuits tout ça, peut être que oui, j'aimerais qu'on m'aide. Là j'essaie de relativiser, en me disant que ça fait que deux mois, on est a moins dix, on va essayer de se laisser un peu de temps pour la suite. »

I : « D'accord. Et du coup, si vous deviez avoir un recours, vous tourner vers quelqu'un pour parler de ça, qui aimeriez vous que ce soit, avec qui vous sentiriez vous en confiance pour en parler ? Comme professionnel de santé. »
P : « Je sais pas trop. J'ai pas de lien spécifique avec gynéco. Et ma sage-femme je vais pas être suivi par elle. Donc en fait je sais pas du tout. Je dirai personne en fait. »

I : « Et est-ce que vous pensez que votre médecin généraliste, sans connaître la relation que vous entretenez avec lui, justement est-ce qu'il pourrait être présent à ce moment là de votre vie, est-ce qu'il aurait un rôle à jouer là dedans, est-ce que vous pensez que c'est pas du tout adapté ? »
P : « Oui il pourrait, dans la mesure où il me connaît depuis que je suis toute petite. Si c'était un généraliste que je connaissais depuis un an, j'aurais peut être pas répondu la même chose. Elle oui, dans cette mesure là c'est possible. Après c'est vrai que dans les consultations chez ton généraliste, c'est délicat de prendre beaucoup de temps, quand tu vois le monde qu'il y a. Elle est pas du genre à expédier parce qu'elle t'écoute quand même mais bon »
I : « Vous auriez l'impression de ne pas avoir spécialement le temps ? »
P : « Ben c'est plus par rapport aux autres, je pense qu'elle prendrait le temps parce qu'elle néglige aucun patient, mais bon moi quand j'arrive et que je vois les personnes qui sont derrières j'aurai du mal à me dire je vais rester trois quart d'heure alors que tu sais que d'habitude tu te dis « bon allez elle passe dans dix minutes c'est à moi ». »

I : « D'accord. Donc finalement personne ne sort vraiment du lot pour aborder ce sujet avec vous. »
P : « En professionnel de santé non, après voilà c'est différent avec des amies ou de la famille qui ont expérimenté une grossesse t'as plus tendance à te confier sur du vécu, là oui. »

I : « D'accord. Merci beaucoup pour votre temps en tout cas »

Annexe n°7 – Résumé

Introduction : Le poids est un sujet difficilement abordable en consultation de médecine générale, de part ses représentations sociétales, notamment chez les jeunes femmes. La difficulté d'abord d'un tel sujet nuit à la prévention du surpoids et de l'obésité, principaux facteurs de mortalité à l'échelle mondiale. L'objectif de cette étude en miroir était de confronter les points de vues des médecins généralistes et de leurs jeunes patientes afin de proposer des pistes d'amélioration de la communication sur ce sujet encore tabou.

Matériel et Méthodes : Cette étude qualitative par théorisation ancrée a été menée de janvier à juillet 2019. Un échantillonnage théorique a été constitué. Le recueil des données s'est fait au cours d'entretiens semi dirigés. L'analyse a été réalisé manuellement. Une triangulation permanente des données et des sources a été menée.

Résultats : Onze médecins généralistes et neuf patientes ont été inclus ; vingt entretiens semi dirigés ont été conduits. Les médecins considèrent la prévention du surpoids et de l'obésité comme une de leur mission principale mais rencontrent des difficultés pour l'aborder sereinement. Ils déplorent le manque de temps et la superficialité de leur relation avec les patientes jeunes. Les patientes témoignent principalement de l'absence de préparation à leurs changements corporels, ainsi que d'un sentiment de solitude en post-partum. Elles n'envisagent pas spontanément leur médecin généraliste comme premier recours pour discuter de leur poids. Pour les deux groupes, la difficulté majeure reste le tabou autour du surpoids et de l'obésité et sa perception négative. Les médecins souhaiteraient pouvoir communiquer plus simplement sur le sujet et trouver les occasions adéquates pour le faire. Les patientes attendent du corps médical un soutien plus grand et aimeraient identifier un professionnel adapté vers lequel se tourner.

Conclusion : L'abord du poids en consultation de médecine générale avec des femmes en période périnatale est encore complexe. L'amélioration de la communication est un véritable point clef. D'une part, en formant les praticiens à des techniques d'entretien adaptées, et d'autre part, en communiquant auprès des jeunes femmes les missions de leur médecin généraliste. Intégrer le médecin généraliste à la périnatalité par le biais de l'entretien prénatal précoce est également une piste, ce qui permettrait aux patientes de se tourner plus facilement vers lui dans le post-partum.

Mots-clés : Médecin généraliste - Poids - Périnatalité - Communication – Prévention

IX. Serment d'Hippocrate

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

Introduction : Le poids est un sujet difficilement abordable en consultation de médecine générale, de part ses représentations sociétales, notamment chez les femmes jeunes en période périnatale. La difficulté d'abord d'un tel sujet nuit à la prévention du surpoids et de l'obésité dans cette période de vie complexe. L'objectif de cette étude en miroir était de confronter les points de vues des médecins généralistes et de leurs jeunes patientes afin de proposer des pistes d'amélioration de la communication sur ce sujet encore tabou.

Matériel et Méthodes : Cette étude qualitative par théorisation ancrée a été menée de janvier à juillet 2019. Un échantillonage théorique a été constitué. Le recueil des données s'est fait au cours d'entretiens semi dirigés. L'analyse s'est faite par trois niveaux de codage. Une triangulation permanente des données et des sources a été menée.

Résultats : Onze médecins généralistes et neuf patientes ont été inclus ; vingt entretiens semi dirigés ont été conduits. Bien qu'il apparaisse clair que les médecins considèrent la prévention du surpoids et de l'obésité comme une de leur mission principale, les patientes jeunes n'envisagent pas leur généraliste comme premiers recours pour aborder ce sujet délicat. Les médecins déplorent le manque de temps et la superficialité de la relation avec leurs patientes jeunes. De leur côté les patientes témoignent surtout de l'absence de préparation à leurs changements corporels, ainsi que de leur solitude en post-partum. Pour les deux groupes, la difficulté majeure reste le tabou autour du surpoids et l'obésité et sa perception négative. Les médecins souhaiteraient pouvoir communiquer plus simplement sur le sujet du poids et trouver les occasions adéquates pour le faire. Les patientes attendent du corps médical un soutien plus grand et aimeraient identifier un recours adapté vers lequel se tourner.

Conclusion : L'abord du poids en consultation de médecine générale avec des femmes en période périnatale est encore compliqué. L'amélioration de la communication est un véritable point clef, aussi bien en formant les praticiens à des techniques d'entretien adaptées, qu'en communiquant auprès des jeunes femmes les missions de leur médecin généraliste. Intégrer le médecin généraliste à la périnatalité par le biais de l'entretien périnatal est également une piste, permettant aux patientes de se tourner plus facilement vers lui dans le post partum.

Mots-clés : Médecin généraliste - Poids - Périnatalité - Communication - Prévention