



HAL
open science

Obésité et grossesse : l'information délivrée par les professionnels de santé en périnatalité

Marion Perkowski

► **To cite this version:**

Marion Perkowski. Obésité et grossesse : l'information délivrée par les professionnels de santé en périnatalité. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-03230514

HAL Id: dumas-03230514

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03230514>

Submitted on 20 May 2021

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.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

MARION PERKOWSKI

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

Obésité et grossesse : information délivrée par les professionnels de santé en périnatalité

Soutenu le : 25 juin 2018

Directeur de mémoire : Paul BERVEILLER – MD, PhD Praticien Hospitalo-Universitaire

Service de Gynécologie Obstétrique – CHI Poissy Saint-Germain

EA 7404 – GIG (UVSQ)

JURY

Mme Sophie BAUMANN, sage-femme enseignante, UVSQ

M Rui LOURENCO, sage-femme enseignant, UVSQ

Mme Sarah LOUIS, sage-femme libérale

Numéro national d'étudiant : 21402993

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Ce mémoire symbolise pour moi l'aboutissement de ces six années d'études, et je tiens à remercier, toutes les personnes qui ont participé de près comme de loin à sa rédaction.

Je tiens à remercier tout particulièrement mon directeur de mémoire, Paul BERVEILLER, pour son soutien, sa confiance et son accompagnement précieux tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Merci à l'ensemble des sages-femmes et gynécologues-obstétriciens ayant participé à l'étude.

Merci à tous les relecteurs, qui ont eu la patience et l'extrême gentillesse de relire et corriger ce travail dont notamment Alice, Benjamin, Conchy, Marie-Isabelle, Marie-Noëlle et Josselin.

Merci à l'équipe pédagogique du département de maïeutique de l'UVSQ, pour son soutien tout au long de ces quatre années d'études et notamment, à ma référente pédagogique Elodie PROT.

Merci à mes amies de promotion et en particulier, Alice, Alizée, Mathilde d'avoir été à mes côtés.

Et enfin, merci à mes parents et mon grand frère, de m'avoir soutenue et permis de réaliser ce formidable projet professionnel qui est de devenir sage-femme.

Merci à tous.

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES ANNEXES	IX
LEXIQUE	X
OBESITE ET GROSSESSE : L'INFORMATION DELIVREE PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE EN PERINATALITE	XI
OBESITY AND PREGNANCY : THE INFORMATION DELIVERED BY HEALTH PROFESSIONALS IN PERINATALITY	XIII
INTRODUCTION	1
1 CONTEXTE	2
1.1 Généralités	2
1.1.1 Définition	2
1.1.2 Epidémiologie	3
1.1.3 Les causes et déterminants de l'obésité	3

1.2	Les conséquences de l'obésité sur la santé maternelle et la grossesse	5
1.2.1	Les complications générales	5
1.2.2	Les complications obstétricales	6
1.2.3	Les complications fœtales, néonatales et infantiles	6
1.3	Le circuit de santé du suivi de grossesse et du post-partum	7
1.3.1	L'organisation du suivi de grossesse et du post-partum	7
1.3.2	L'information et les messages de prévention délivrés durant le suivi de grossesse et le post-partum	8
1.4	Les prises en charge de l'obésité	9
1.4.1	Le suivi diététique et nutritionnel	9
1.4.2	Le suivi psychologique	10
1.4.3	La chirurgie bariatrique	11
2	MATERIEL ET METHODES	13
2.1	Hypothèses et objectifs	13
2.2	Type et population d'étude	13
2.3	Outil méthodologique et déroulement de l'étude	14
2.4	Stratégie d'analyse et variables retenues	17
3	RESULTATS	19
3.1	Le sujet de l'obésité au sein de notre population d'étude	19
3.2	L'information sur l'obésité délivrée par les professionnels de santé en périnatalité	20
3.2.1	L'information sur l'impact de l'obésité maternelle au cours de la grossesse	20
3.2.2	L'information de l'impact de l'obésité sur la santé	21
3.2.3	Les prises en charge possibles	22
3.3	Les principaux freins des professionnels de santé à aborder l'obésité en périnatalité	23
3.3.1	Les facteurs organisationnels	24
3.3.2	Les facteurs humains liés aux professionnels de santé	24
3.3.3	Les facteurs humains liés aux patientes	25

4	DISCUSSION	27
4.1	Résumé des principaux résultats	27
4.2	Limites, biais et points forts de l'étude	27
4.2.1	Limites et biais de l'étude	27
4.2.2	Les points forts de l'étude	28
4.3	Discussion des résultats	28
4.3.1	Le sujet de l'obésité en périnatalité	28
4.3.2	L'information de l'obésité en périnatalité	29
4.3.3	Le positionnement des professionnels de santé	30
4.4	Implications et perspectives	32
4.4.1	Création d'une fiche d'information à destination des patientes obèses	32
4.4.2	Favoriser la formation et sensibilisation des sages-femmes et gynécologues-obstétriciens au sujet de l'obésité	32
4.4.3	Création de circuit de prise en charge pour les femmes enceintes obèses	33
	CONCLUSION	35
	BIBLIOGRAPHIE	36
	ANNEXES	41

Liste des tableaux

TABLEAU 1 : CLASSIFICATION DE LA CORPULENCE SELON L'IMC [4]	2
TABLEAU 2 : TENDANCE A ABORDER LE SUJET DE L'OBESITE EN FONCTION DES CARACTERISTIQUES DES PROFESSIONNELS DE SANTE	19

Liste des figures

FIGURE 1 : DIAGRAMME DE FLUX	16
FIGURE 2 : PRINCIPALES CATEGORIES DE RISQUES DE L'OBESITE MATERNELLE SUR LA GROSSESSE ACTUELLE SELON LA FREQUENCE A LAQUELLE LES PROFESSIONNELS DE SANTE LES ABORDENT	21
FIGURE 3 : PRINCIPALES CATEGORIES DE RISQUES DE L'OBESITE SUR LA SANTE SELON LA FREQUENCE A LAQUELLE LES PROFESSIONNELS DE SANTE LES ABORDENT	22
FIGURE 4 : PRINCIPALES CATEGORIES DE FREINS DECLAREES SELON LA FREQUENCE A LAQUELLE L'OBESITE EST ABORDEE PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE	23

Liste des annexes

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE	41
ANNEXE 2 : COMPOSITION DES CATEGORIES DE RISQUES DE L'OBESITE SUR LA GROSSESSE ACTUELLE	48
ANNEXE 3 : COMPOSITION DES CATEGORIES DE RISQUES DE L'OBESITE SUR LA SANTE	50

Lexique

BMI : Body Mass Index

CHIPS : Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy Saint-Germain-en-Laye

CNGOF : Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France

CNSF : Collège National des Sages-femmes

GO : Gynécologue-obstétricien

GYN MED : Gynécologue médical

HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève

IMC : Indice de Masse Corporelle

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

NICE : The National Institute of Health and Care Excellence

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNNS : Programme National Nutrition Santé

SF : Sage-femme

TCC : Thérapie cognitivo-comportementales

Obésité et grossesse : l'information délivrée par les professionnels de santé en périnatalité

Objectifs

L'obésité est devenue depuis plusieurs années un problème de santé publique du fait d'une incidence croissante de cas, atteignant notamment 12% des femmes enceintes en France. L'objectif de ce mémoire était de faire un état des lieux des pratiques professionnelles concernant l'information sur l'obésité délivrée en périnatalité, et ainsi d'objectiver les tenants et aboutissants ayant une influence sur la qualité de cette information.

Matériel et méthodes

Etude descriptive par questionnaire en ligne de juin 2017 à janvier 2018. Notre population d'étude regroupait des sages-femmes et gynécologues obstétriciens exerçant en milieu hospitalier et extrahospitalier d'Ile-de-France et de 4 Centres Hospitaliers Universitaires de Province (Nord, Bas-Rhin, Champagne-Ardenne, Haute-Garonne et Maine et Loire). L'échantillon total était de 377 réponses.

Résultats

Les professionnels de santé en périnatalité interrogés avaient « *plutôt tendance* » à aborder le sujet de l'obésité avec leurs patientes obèses (60,2%). Nous avons observé que les moins âgés et ceux exerçant en milieu hospitalier avaient significativement « *moins tendance* » à l'aborder. Dans l'ensemble, l'information délivrée était majoritairement orale et concernait les risques de l'obésité maternelle ainsi que les prises en charges possibles durant la grossesse. Les principaux freins à cette information étaient liés à des facteurs d'ordre organisationnel mais également à des facteurs humains. Cette étude révèle des freins liés notamment au positionnement personnel des praticiens concernant l'approche de l'obésité auprès des patientes et leur méconnaissance sur le sujet. En effet, quasiment un

professionnel sur cinq ne connaissait pas la définition de l'obésité (19,4%). De plus, un professionnel de santé sur deux a déclaré n'être pas suffisamment formé et/ou sensibilisé au sujet de l'obésité maternelle (54,4%). Ce ressenti s'est retrouvé de manière significative chez les professionnels ayant répondu avoir « *moins tendance* » à aborder le sujet (70,7%).

Conclusion

L'information sur l'obésité maternelle est insuffisante et parcellaire. L'approche de ce sujet est soumise à de nombreux facteurs organisationnels et humains, notamment lié au manque d'outils d'information, de réseau de prises en charge et de formation des professionnels. La formation et la sensibilisation des professionnels à l'obésité restent primordiales. De plus, la création de supports d'informations et de réseaux de prises en charge pluridisciplinaires en lien avec la maternité est à développer afin d'améliorer la qualité de l'information fournie aux patientes enceintes.

Mots-clés : Obésité maternelle, information, prévention, sages-femmes, gynécologues-obstétriciens

Obesity and pregnancy : the information delivered by health professionals in perinatal

Objective

For several years, obesity has become a public health issue due to an increasing occurrence of cases, reaching 12% of pregnant women in France. The aim of this dissertation was to review the current state of professional practices concerning the information on obesity delivered in perinatal, and thus to point the ins and outs that influence the quality of this information.

Methods

We led a descriptive study through an online survey between June 2017 and January 2018. We questioned a group of midwives and gynecologists obstetricians practicing both in hospitals and outside hospitals in Ile-de-France and in 4 University Hospital located in Nord, Bas-Rhin, Champagne-Ardenne, Haute-Garonne and Maine et Loire. The total sample consisted in 377 responses.

Results

Perinatal health professionals that we surveyed had "*a tendency*" to talk about obesity with their obese patients (60.2%). We observed that the youngest and the hospital-based respondents were significantly "*less inclined*" to tackle this issue. Overall, the information provided was mostly oral and concerned the risks of maternal obesity as well as possible care during pregnancy. The main brakes to this information were linked to organizational factors but also to human factors. This study reveals some obstacles related to the personal position of practitioners regarding the approach of obesity with patients and their lack of knowledge on the subject. Indeed, almost one out of five professionals did not know the definition of obesity (19.4%). Moreover, half the health professionals stated that they were not sufficiently trained

and / or aware of maternal obesity (54.4%). This perception was significantly present among professionals who answered that they were "*less inclined*" to deal with the subject (70.7%).

Conclusion

The information on maternal obesity is insufficient and fragmented. Approaching this topic is subject to many organizational and human factors, especially related to the lack of information tools, network of care and training for professionals. Training professionals and making them aware of the problem of obesity remain essential. In addition, the creation of information frames and multidisciplinary care networks related to maternity has to be developed in order to improve the quality of the information provided to pregnant patients.

Keywords : Maternal obesity, information, prevention, midwives, gynecologists-obstetricians

Introduction

L'obésité est une maladie systémique grave touchant aussi bien les adultes que les enfants [1,2]. Sa prévalence est en augmentation constante en France ainsi que dans les pays développés [1]. En 2016, l'obésité maternelle avoisinait les 12% en France, soit plus d'une femme enceinte sur 10 [3]. Cette maladie entraîne de multiples et graves complications sur la santé à court et moyen termes. De plus, elle impacte également le bon déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du devenir de(s) enfant(s).

Parallèlement, la grossesse est une période propice pour véhiculer des messages de prévention pour la santé des femmes. En effet, il s'agit d'un moment privilégié pendant lequel les femmes sont à l'écoute des conseils prodigués par les professionnels de santé, et ce, dans l'intérêt de leur(s) enfant(s). De plus, la grossesse amène les femmes à consulter et à rencontrer des professionnels de santé, et ce, quel que soit leur statut socio-économique ou leur état de santé sous-jacent. Ainsi, la grossesse semble être un moment opportun afin d'orienter et prendre en charge les femmes obèses enceintes.

Or, à ce jour, il n'existe pas d'étude ni de recommandation sur les pratiques professionnelles en périnatalité concernant l'information à délivrer aux femmes enceintes sur leur obésité (contenu de l'information, professionnels de recours...).

Dans ce contexte, nous avons donc souhaité dresser un état des lieux des pratiques professionnelles concernant l'information délivrée sur l'obésité en périnatalité. Dans un premier temps, nous analyserons l'information délivrée par les praticiens. Puis, nous aborderons les éventuels freins rencontrés par les professionnels à l'abord de cette thématique.

1 Contexte

1.1 Généralités

1.1.1 Définition

Au XXI^{ème} siècle, l'obésité est devenue un problème de santé majeur au niveau international [1].

L'obésité se définit par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [4] comme « *une accumulation anormale de graisse corporelle qui peut nuire à la santé et réduire l'espérance de vie* ». Depuis 2001 en France, les pouvoirs publics placent l'obésité en tête des préoccupations de santé nationale avec la mise en place du Programme National Nutrition Santé (PNNS) [5]. Elle se mesure par le biais de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) ou Body Mass Index (BMI) dans les pays Anglo-Saxons. Il s'agit de la mesure du poids (kg) rapportée à la taille (m) au carré. A partir de cette mesure, l'OMS [4] a réalisé une classification de la corpulence rapportée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Classification de la corpulence selon l'IMC [4]

Classification	IMC (kg/m²)
Maigreur	< 18,5
Normal	18,5 à 24,9
Surpoids	25,0 à 29,9
Obésité de classe I ou modérée	30,0 à 34,9
Obésité de classe II ou sévère	35,0 à 39,9
Obésité de classe III ou morbide	>40

1.1.2 Epidémiologie

La fréquence de l'obésité en France ne cesse d'augmenter comme le démontre l'enquête ObEpi [1] de 2012 réalisée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).

L'obésité chez les adultes en France a doublé en 20 ans passant de 8% à 15% en 2012 [1]. Cette prévalence tend à augmenter plus rapidement chez les femmes en France [1]. En effet, en 2012 l'augmentation la plus importante de cas d'obésité touchait la catégorie des femmes en âge de procréer avec : une femme obèse sur 15 chez les 18-24 ans et une femme obèse sur 10 chez les 25-34 ans [1]. Plus récemment, l'Enquête nationale périnatale de 2016 a révélé que la prévalence de l'obésité maternelle en France s'élevait maintenant à 12% [3] au lieu de 10% en 2009 [6]. Concernant la population d'enfants et d'adolescents français, on a recensé 3,5% à 4% d'obèses en 2010 d'après l'enquête de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) [7]. A l'échelle mondiale, la prévalence de l'obésité chez les moins de 5 ans doublera quasiment dans 10 ans si les tendances actuelles se poursuivent [2].

Enfin, cette évolution touche donc la population française et les pays développés dans son ensemble, c'est-à-dire toutes les générations, et ce, quels que soient l'âge et le sexe. Cet accroissement de la fréquence de l'obésité a naturellement des conséquences en termes de risques de santé, mais également en termes de dépenses de santé. D'après le constat dressé par une étude du Trésor public [8], le coût social de la surcharge avoisinait en France pour 2012 les 20 milliards d'euros.

1.1.3 Les causes et déterminants de l'obésité

Les causes et déterminants de l'obésité sont multiples et leurs interactions complexes. En effet, au-delà des facteurs biologiques ou génétiques individuels que l'on ne peut pas négliger, l'obésité résulte avant tout d'un déséquilibre entre l'apport alimentaire et la dépense énergétique [9]. Ce déséquilibre est fortement conditionné

par l'environnement des individus, aussi bien à un stade précoce que tout au long de la vie [9].

Tout d'abord, la diminution des coûts de préparation des aliments et la facilité à consommer (plats préparés, *fast-food...*), l'accès à la vaste offre dans le secteur alimentaire (diversité des aliments et éléments incitatifs de la publicité) influencent positivement le phénomène d'obésité [8]. De plus, l'inégalité sociale des revenus et de l'éducation accentue ces déterminants économiques [9]. D'autres facteurs environnementaux sont impliqués tels que, les modes de vie plus sédentaires aussi bien dans le travail que dans les loisirs ainsi que les moyens de transport [9].

Les facteurs psychologiques peuvent également avoir un rôle dans l'établissement et l'entretien d'une obésité. Celle-ci peut être considérée comme une maladie psychosomatique [10]. Il s'agirait d'un conflit interne représenté par une alimentation excessive liée à une culpabilité intense [10]. Hilde Bruch, psychanalyste et psychiatre spécialisée dans les troubles des conduites alimentaires décrit plus particulièrement deux types d'obésité. L'obésité de développement souvent associée à des troubles de la personnalité ou émotionnels et l'obésité réactionnelle en conséquence d'un événement traumatisant [10]. Il est notamment décrit que la dépression est prédictive d'une obésité en développement [11].

L'ensemble de tous ces facteurs a un impact sur la prise de poids des individus et peut donc conduire au développement d'une obésité.

1.2 Les conséquences de l'obésité sur la santé maternelle et la grossesse

1.2.1 Les complications générales

L'obésité est une maladie systémique aux conséquences sous-estimées. C'est une maladie grave, fréquente et trop souvent considérée comme un mal uniquement « *esthétique* ». En effet, en 2015, l'obésité représentait environ 2,4 millions de décès au niveau mondial [12].

L'obésité favorise l'apparition de maladies cardio-vasculaires dont les infarctus du myocarde mais également d'autres maladies telles que l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, le syndrome d'apnée du sommeil et d'autres maladies respiratoires, ainsi que des maladies articulaires notamment l'arthrose, etc [13]. Elle est également associée à un risque accru de certains cancers, en particulier le cancer de l'endomètre [13]. Outre les effets de l'obésité sur la santé, les conséquences physiques et mentales sont également largement évoquées (problèmes de mobilité, altération de l'image de soi, gêne et stress...). On y retrouve également des conséquences sociales telles que la discrimination ou la stigmatisation [13].

Le monde médical se trouve parfois démunie face à l'obésité qui se trouve être un problème de santé publique récent, en constante augmentation et dont les prises en charge sont complexes. D'une part, le matériel médical a dû être adapté pour la prise en charge de ces patients avec par exemple la création et l'acquisition de lits et tables d'opération supportant plus de 200kg, des brassards à tensions de grandes tailles [14].

Plus particulièrement, l'augmentation des comorbidités associées à l'obésité en fait une pathologie complexe à traiter et aux multiples risques [14].

1.2.2 Les complications obstétricales

Sur le plan périnatal, l'obésité est associée à de nombreuses complications qui peuvent survenir de la fécondation jusqu'au développement de l'enfant et de l'adolescent.

Ces complications incluent la diminution de la fertilité [15] et l'augmentation du taux de fausses couches [15]. Par ailleurs, la prévalence du diabète gestationnel chez les patientes obèses est 4 à 9 fois supérieure de la normale [16]. Indépendamment du risque élevé de diabète gestationnel, l'obésité est associée à un risque multiplié par 2 à 3 [17] de macrosomie ainsi qu'un risque augmenté de dystocie des épaules (RR= 1,61 [18]). L'obésité maternelle est un facteur de risque indépendant de pré-éclampsie avec 3 à 4 fois plus de risque [19]. Par ailleurs, la prévalence d'hémorragie du post-partum augmente de façon linéaire avec l'IMC. Ce risque est doublé en cas d'obésité de classe III par rapport à un poids normal [20]. De plus, le risque d'échecs de déclenchement et de césariennes augmente proportionnellement à l'IMC [21,22,23].

La grossesse et le post-partum induisent à eux seuls un risque thromboembolique de 4 à 5 fois de plus que la normale. Du fait du contexte d'obésité, la prévalence des complications thromboembolique est doublée [24]. Enfin, une des raisons de l'augmentation du risque infectieux est le taux d'échecs de déclenchement élevé induisant d'avantage de césariennes, mais également l'accès limité des cicatrices pour leur soin d'hygiène [25].

1.2.3 Les complications fœtales, néonatales et infantiles

Concernant les complications fœtales, on observe un taux plus important de malformations congénitales comme par exemple le *spina bifida* avec un risque multiplié par 2 [26]. L'augmentation du risque de malformations congénitales serait supposée être liée aux désordres métaboliques et aux dysfonctions placentaires engendrés par l'obésité [26]. Egalement, on observe une fréquence plus importance

de prématurité [27], de termes dépassés (ou imprécis) et de mort fœtale in-utero [28]. L'ensemble de ces observations conduit à un risque de mortalité périnatale multiplié par 2 à 3 [28].

De plus, l'obésité préexistante chez la mère engendre un risque augmenté pour l'enfant de devenir obèse ainsi que de développer des pathologies associées à cette obésité telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, des troubles métaboliques, etc [30,31]. Plusieurs mécanismes entreraient en jeu tel que l'héritage génétique avec la modification épigénétique, les pathologies préexistantes ou d'apparition durant la grossesse telles que le diabète de type 2 ou gestationnel, l'hypertension artérielle mais également l'environnement et le mode de vie durant l'enfance [30,31].

Ainsi, les grossesses des patientes obèses doivent être considérées comme des grossesses à risques [29].

1.3 Le circuit de santé du suivi de grossesse et du post-partum

1.3.1 L'organisation du suivi de grossesse et du post-partum

La grossesse n'est pas une maladie, ni un état pathologique en lui-même mais peut en revanche se compliquer en présence de certaines pathologies ou de certains antécédents. En France, ce suivi de grossesse est fixé par un cadre législatif [32]. Toute grossesse doit alors se dérouler sous une surveillance médicale attentive et, particulièrement chez les femmes enceintes obèses puisqu'il s'agit de grossesses à risques [29,32]. De façon générale, l'organisation du suivi de grossesse est fondée sur la notion de niveau de risque avec l'identification des facteurs de risques d'ordre médical, psychologique ou social [33]. En fonction des facteurs de risques, deux types de suivi (suivi A et suivi B) et deux procédures d'orientation (demande d'avis A1 et demande d'avis A2) sont définis par accord professionnel, en fonction des professionnels de santé impliqués ou à solliciter [33]. Ses objectifs sont le dépistage,

la prévention et l'information, la surveillance par des moyens cliniques et para-cliniques, l'intervention et l'orientation si besoin et un accompagnement vigilant et personnalisé. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande 7 à 8 consultations prénatales [33].

Le post-partum constitue, pour les cliniciens, une occasion unique et privilégiée d'aborder la santé physique, psychique et sociale des femmes et de leur enfant [34]. Selon les recommandations du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), la consultation du post-partum ayant lieu 6 à 8 semaines après la naissance représente également le moment opportun afin de discuter avec la femme de son poids [35]. La rétention pondérale du poids acquis durant la grossesse constitue un facteur de risque d'obésité si cette rétention excède les 6 mois du post-partum [35].

1.3.2 L'information et les messages de prévention délivrés durant le suivi de grossesse et le post-partum

Dès le premier contact avec la patiente, les soignants doivent lui donner une information tenant compte de son mode de vie et de sa situation psychosociale [33]. Ils doivent délivrer une information fondée sur les données actualisées de la littérature et sur la réglementation en vigueur [36]. Les consultations ont en commun : l'identification systématique des besoins de soins complémentaires et l'orientation vers une filière de soins spécifiques [33]. Dès lors, une attention particulière doit être apportée aux femmes qui ont un surpoids ou une obésité en début de grossesse.

Il s'agit du rôle des professionnels de santé d'aviser les femmes obèses des risques de complications médicales liés à leur poids, auxquels elles et leur(s) enfant(s) sont exposés durant la grossesse, mais également des complications médicales à long terme [37]. Ainsi, les professionnels de santé doivent également conseiller et informer leurs patientes des possibilités de prises en charge de l'obésité au cours de la grossesse, mais également en post-partum et à plus long terme [35].

On considère le suivi de grossesse comme étant un moment unique et

primordial afin d'aborder plusieurs questions de prévention chez les femmes telle que le suivi gynécologique avec le frottis cervico-vaginal et l'examen mammaire [14]. En effet, le circuit de santé de la grossesse balaye une grande partie de la population féminine française de toutes catégories socio-économiques dont notamment les femmes n'ayant pas tendance à consulter du fait de leur bon état de santé ou milieu social. De ce fait, les patientes ne présentant pas encore de pathologies hormis l'obésité, ne consultent pas forcément un praticien et ne reçoivent alors pas de conseils et d'informations bien fondés concernant la prise en charge de celle-ci.

La grossesse représente donc le moment opportun afin d'apporter aux femmes enceintes obèses une information concernant leur obésité et les prises en charge possible et ainsi pouvoir les orienter si elles le souhaitent.

1.4 Les prises en charge de l'obésité

1.4.1 Le suivi diététique et nutritionnel

La prise de poids idéale durant la grossesse dépend de l'IMC. D'après l'*Institute of Medicine*, celle-ci est de 5 à 9kg en cas d'obésité [38]. Au regard de la littérature actuelle, l'intervention nutritionnelle et physique durant la grossesse permettrait de contrôler la prise de poids mais n'améliorait pas l'incidence des complications materno-fœtales majeures liées à l'obésité [39,40]. Le suivi diététique et nutritionnel durant la grossesse n'a donc pas pour objectif d'agir sur ces complications mais de réguler tout d'abord la prise de poids. Si cette dernière est excessive, elle entraîne des conséquences significatives telles que la macrosomie et l'apparition d'un diabète gestationnel [38]. Il est d'autant plus important de réguler la prise de poids durant la grossesse et notamment chez les patientes obèses [41]. A l'inverse, faire un régime hypocalorique pendant la grossesse n'est pas recommandé car cela peut nuire à la santé de l'enfant à naître [37]. Une alimentation saine, variée et équilibrée pendant la grossesse suffit. Aucun complément alimentaire multivitaminé n'est nécessaire, mis à part l'acide folique conseillé systématiquement [36,37].

Les futures mères obèses peuvent bénéficier dès la première consultation des conseils d'un(e) diététicien(ne) pour atteindre leur objectif de prise de poids durant la grossesse. Ces derniers leur proposeront une évaluation personnalisée, des conseils sur l'alimentation et sur l'activité physique ainsi que des conseils sur des stratégies de modifications comportementales telles que l'établissement d'objectifs [37].

Cependant, la part globale de femmes enceintes ayant eu une consultation ou une réunion d'information dédiée à la diététique durant leur grossesse en France en 2016 est relativement faible (12,6%) malgré le nombre important de femmes en surpoids, obèses ou présentant un diabète gestationnel [3].

1.4.2 Le suivi psychologique

Dans le traitement de l'obésité, la prise en charge psychologique a toute son importance, non seulement en présence de troubles des conduites alimentaires, mais également lorsque des comportements alimentaires problématiques sont détectés [42]. L'aide psychothérapeutique permettra aux patientes d'être plus à même de maîtriser les perturbations alimentaires à l'origine de leurs prises de poids.

Dans un premier temps, l'objectif est d'améliorer l'estime de soi de la patiente, de l'aider à gérer ses émotions et les problèmes qu'elle peut être amenée à vivre. Dans un second temps, ce travail psychothérapeutique peut contribuer à réguler ses comportements alimentaires dans le but de stopper la prise de poids ou voire de contribuer à une perte pondérale. Ce suivi psychothérapeutique a démontré sa pertinence lorsqu'il s'inscrit dans une prise en charge pluridisciplinaire, incluant notamment le traitement nutritionnel, une activité physique et le suivi médical [42]. Parmi les approches psychothérapeutiques possibles, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont celles qui ont le plus prouvé leur efficacité [42]. Néanmoins, à ce jour d'autres approches sont explorées et semblent montrer leur intérêt dans la gestion du poids des patientes obèses ou de leur bien-être telles que

la pleine conscience, l'hypnose, le travail sur l'image corporelle ou la thérapie familiale [42].

1.4.3 La chirurgie bariatrique

A ce jour, il n'existe qu'un seul traitement invasif de l'obésité : la chirurgie bariatrique. Cette chirurgie induit une perte de poids importante et améliore ainsi le pronostic pour les futures grossesses ainsi que pour la vie future [43]. La perte de poids liée à la chirurgie bariatrique est associée à une réduction des risques d'apparition de diabète gestationnel, d'hypertension, de macrosomie, de naissances prématurées et de mortalité périnatale [44].

Toutefois, la chirurgie bariatrique est ouverte uniquement à une population répondant aux nombreux critères d'inclusion qui sont [37]:

- « en première intention dans le cas où l'IMC est supérieur ou égal à 40kg/m², mais également dans le cas où l'IMC est supérieur ou égal à 35kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie.
- En deuxième intention après des échecs de prise en charge médicale, nutritionnelle ou diététique. Lorsque les patients sont bien informés au préalable, ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme [...] ».

Les différentes techniques sont [37] :

- celles basées exclusivement sur une restriction gastrique qui sont l'anneau gastrique, la gastroplastie verticale calibrée ou longitudinale (*sleeve gastrectomy*)
- celles comportant une malabsorption intestinale : le *bypass*.

La chirurgie bariatrique peut induire des carences nutritionnelles notamment en vitamine B12 et en acide folique mais peut également induire des complications parfois dramatiques telles que les invaginations intestinales, occlusions, vomissements selon le type d'intervention réalisée [43,45]. La question de délai entre la chirurgie et la grossesse reste encore floue, mais selon certaines études, il serait

recommandé d'attendre 12 à 24 mois afin de réduire majoritairement le risque de retard de croissance intra-utérin [44].

L'obésité constitue donc une pathologie complexe aux multiples causes, ayant de graves conséquences sur la santé et nécessitant une prise en charge globale et pluridisciplinaire. Sachant l'importance de la prévention de l'obésité au cœur de notre société actuelle et l'absence d'études ou de recommandations sur les pratiques professionnelles concernant l'information à délivrer aux femmes obèses en périnatalité, il nous a semblé dès lors intéressant de l'évaluer.

Cette étude n'a pas pour but d'évaluer les connaissances des professionnels de santé concernant l'obésité, mais de connaître les pratiques professionnelles concernant l'information délivrée en périnatalité.

2 Matériel et méthodes

2.1 Hypothèses et objectifs

L'objectif principal de cette étude était de réaliser un état des lieux des pratiques professionnelles hospitalières et extrahospitalières sur l'information de l'obésité délivrée en périnatalité.

L'objectif secondaire était d'objectiver les différents freins ayant une influence sur cette information.

Nous avons émis deux hypothèses :

- L'information globale délivrée en périnatalité par les professionnels de santé sur l'obésité est succincte, voire inexistante ; et ce, quel que soit le profil du soignant.
- L'information concernant l'obésité est probablement insuffisante en périnatalité du fait de l'approche difficile de ce sujet par les soignants à cette période précise de la vie d'une femme.

2.2 Type et population d'étude

Pour répondre à nos hypothèses, nous avons réalisé une étude descriptive à l'aide d'un auto-questionnaire.

Notre population d'étude était constituée de sages-femmes et gynécologues-obstétriciens seniors exerçant en milieu hospitalier et extrahospitalier. Nous avons sélectionné les professionnels selon leur type d'exercice dans leur pratique courante.

Nous avons inclus les « modes d'exercices » pouvant délivrer en pratique courante une information concernant la promotion de la santé en périnatalité. Nous avons alors sélectionné les exercices suivants : consultations d'obstétricales, service des « grossesses à haut-risque », service de suites de couches, échographies de dépistage, préparation à la naissance et la parentalité, rééducation périnéale et aide médicale à la procréation.

Nos critères d'exclusion étaient l'exercice en salle de naissance, les suivis gynécologiques de prévention et l'exercice de recherche clinique. De plus, nous avons exclu les professionnels de santé exerçant dans deux départements différents afin de faciliter les tests statistiques.

2.3 Outil méthodologique et déroulement de l'étude

Le questionnaire (**Annexe 1**) a été élaboré avec l'aide du Docteur Paul Berveiller, directeur de ce mémoire et de Mme Lopez-Gareri doctorante en démographie.

Ce questionnaire a été construit en 4 parties : informations générales, informations délivrées sur l'obésité, informations délivrées sur les possibilités de prise en charge de l'obésité et enfin, prévention et formation professionnelle concernant l'obésité. Il était constitué de 17 questions fermées et 6 questions ouvertes à réponses courtes. L'unique différence entre les questionnaires à destination des professionnels hospitaliers de ceux des professionnels extrahospitaliers concernait les réponses aux questions concernant la profession exercée et le type d'exercice dans leur pratique courante.

Il a été diffusé de juin 2017 à janvier 2018 uniquement par courrier électronique. Pour faciliter sa diffusion, nous avons opté pour un questionnaire gratuit en ligne de la marque Google intitulé *Google Forms*.

Le questionnaire a été envoyé aux chefs de services, cadres sages-femmes supérieures des différents services de 43 maternités publiques et privées réparties

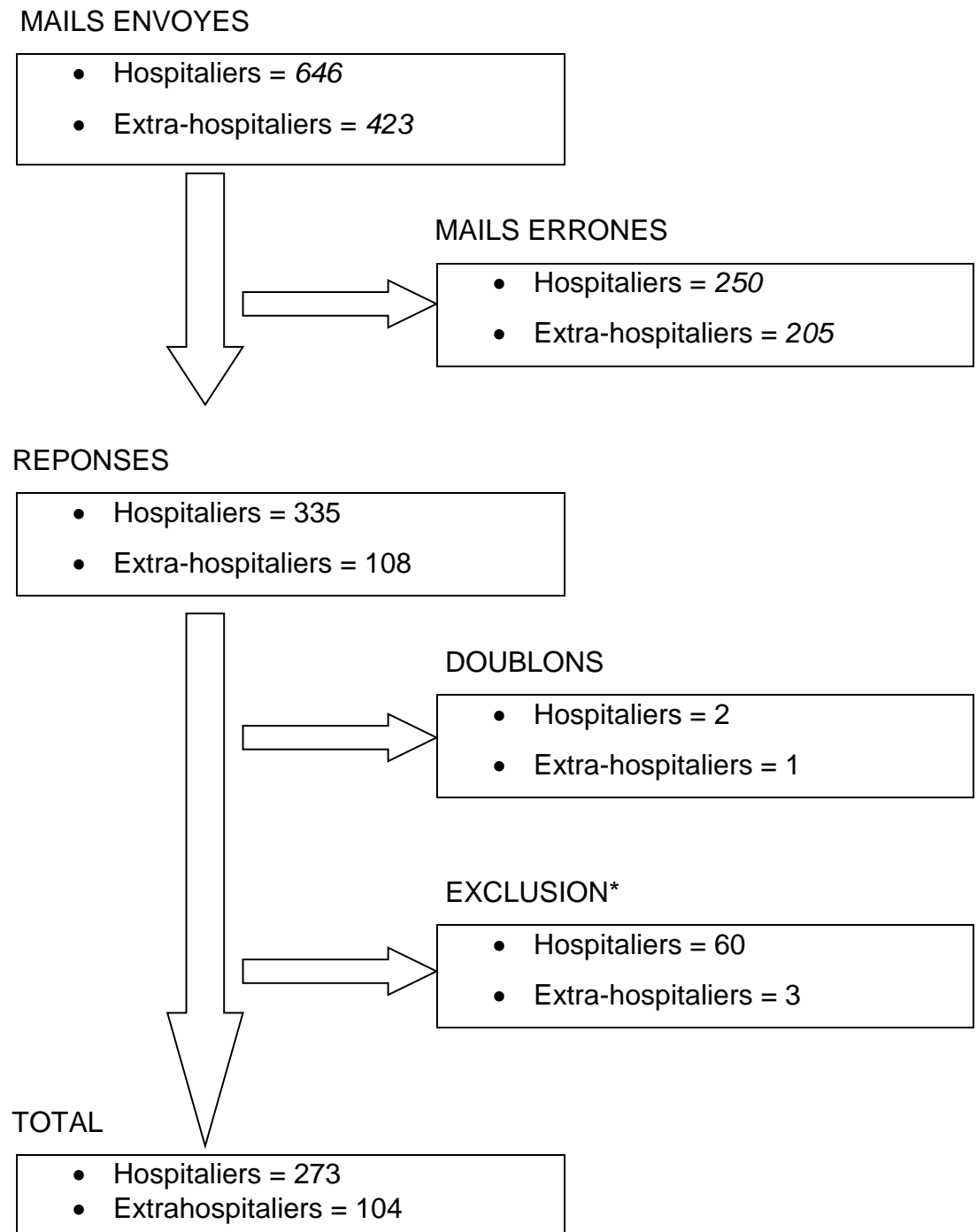
sur l'ensemble des départements d'Ile-de-France. Il devait être ensuite transmis par mail aux sages-femmes et gynécologues-obstétriciens seniors de leur maternité.

Face à un faible nombre de réponses des gynécologues-obstétriciens seniors hospitaliers d'Ile-de-France, nous les avons relancés individuellement sur leur adresse mail professionnelle. De plus, afin d'augmenter nos effectifs de réponses, nous avons distribué le questionnaire à destination de 5 Centres Hospitaliers Universitaires de Province en décembre 2017 (Nord, Bas-Rhin, Champagne-Ardenne, Haute-Garonne et Maine et Loire).

Concernant les professionnels libéraux, les adresses mails des sages-femmes d'Ile-de-France ont été obtenues sur le site de l'Ordre National des Sages-femmes. Le réseau des sages-femmes territoriales exerçant en Protection Maternelle et Infantile (PMI) a été obtenu lors d'un stage en PMI en janvier 2018. Il n'existait pas d'annuaire mailing en ligne des gynécologues-obstétriciens exerçant en libéral. Nous avons alors contacté le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins d'Ile de France ainsi que les 7 Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins d'Ile de France. Seul le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine et Marne (94) ont pu diffuser le lien du questionnaire sur sa newsletter en janvier 2018.

Les données recueillies ont été utilisées uniquement dans le cadre de notre étude et étaient anonymes.

Figure 1 : Diagramme de flux



* Critères d'exclusions : cités dans 2.2 Type et matériel d'étude

2.4 Stratégie d'analyse et variables retenues

Afin de répondre à nos hypothèses, les résultats quantitatifs ont été analysés selon la moyenne, l'écart type et la médiane et les résultats qualitatifs par effectifs et pourcentages. Nous avons utilisé le logiciel *R-3.3.2* afin d'analyser nos réponses de façon statistiques avec le test de χ^2 et de Fisher pour comparer des pourcentages et le test de Student pour comparer les moyennes. Le seuil de significativité a été retenu pour un petit p inférieur à 5% (soit $<0,05$). *R* est un logiciel de statistiques gratuit en ligne développé par R Development Core Team (Etats-Unis). Concernant les questions à réponses ouvertes, nous avons élaboré une grille d'évaluation (**Annexes 2 et 3**) afin d'y catégoriser les résultats que nous avons ensuite analysés en pourcentages.

Les variables permettant de décrire la population étaient : le sexe, l'âge, l'Indice de Masse Corporelle (IMC), le type d'exercice (hospitalier ou extra-hospitalier), la profession et le département d'exercice.

Pour les questions fermées, nous avons des réponses binaires (oui/non) ou à échelle numérique (0, 1, 2, 3). Les réponses à échelle numérique ont été ensuite analysées de façon binaire par effectifs et pourcentages afin de faciliter les tests statistiques. Ainsi, nous avons constitué nos deux groupes d'étude correspondant aux professionnels « ayant moins tendance à aborder le sujet de l'obésité avec leurs patientes obèses » et ceux « ayant plutôt tendance à l'aborder ». Le groupe moins tendance rassemblait les réponses cotées 0 = jamais, 1 = un peu et le groupe plutôt tendance rassemblait les réponses cotées 2 = souvent, 3 = systématiquement. Ces deux groupes nous ont permis de faire des tests statistiques afin de répondre à notre hypothèse principale. Afin de décrire le reste des résultats concernant l'information donnée par les professionnels de santé, nous avons également procédé au même codage binaire. Nous avons exclu les professionnels ayant déclaré ne jamais aborder le sujet de l'obésité.

Les questions ouvertes à réponses courtes ont été d'abord analysées sur grilles d'évaluation afin d'y dégager les principales catégories. Elles ont été ensuite



analysées par catégorie en code binaire (0, 1) afin d'obtenir des proportions. Du fait de la possibilité de réponses multiples aux questions ouvertes, les pourcentages de ces questions peuvent dépasser 100%.

3 Résultats

3.1 Le sujet de l'obésité au sein de notre population d'étude

Tableau 2 : Tendances à aborder le sujet de l'obésité en fonction des caractéristiques des professionnels de santé

	Moins tendance n = 150 (39,8%)	Plutôt tendance n = 227 (60,2%)	p
Femmes	141 (94%)	203 (89,4%)	0,176
Âge (ans)	32,5 +/- 7,5; 31	39,2 +/- 9,5 ; 37	< 0 ,001
IMC (kg/m²)	23,1 +/- 4,2 ; 22 DA ¹ = 2	23,1 +/- 3,8 ; 22 DA = 1	0,935
Hospitaliers	120 (80%)	153 (67,4%)	
• Sage-femme (SF)	102 (68%)	92 (40,5%)	
• Gynécologue-obstétricien (GO)	18 (12%)	57 (25,1%)	
• Gynécologue médical (Gyn méd)	0 (0%)	4 (1,8%)	0,01
Extra-hospitaliers	30 (20%)	74 (32,6%)	
• SF libérale	23 (15,3%)	54 (23,8%)	
• SF de PMP ²	7 (4,7%)	19 (8,4%)	
• Gyn méd libéral	0 (0%)	1 (0,4%)	
Ile-de-France	133 (88,7%)	196 (86,3%)	
• Paris	28 (18,7%)	50 (22%)	
• Petite couronne ³	59 (39,3%)	77 (33,9%)	0,614
• Grande couronne ⁴	46 (30,7%)	69 (30,4%)	
Province	17 (11,3%)	31 (13,7%)	

Valeurs exprimées en moyenne +/- écart-type ; médiane.

¹ Données manquantes, ² Protection Maternelle et Infantile

³ Petite couronne : Hauts de Seine, Val de Marne et Seine Saint-Denis

⁴ Grande couronne : Yvelines, Seine et Marne, Val d'Oise et Essonne

Notre population d'étude était majoritairement constituée de femmes (91,2%). Nous avons obtenu 78,8% de réponses de sages-femmes et 21,2% de gynécologues-obstétriciens. L'âge moyen des professionnels était de 36 ans. Les praticiens étaient en moyenne de corpulence normale (IMC moyen à 23,1 kg/m²). Enfin, ils exerçaient principalement en milieu hospitalier (72,4%) et en Ile-de-France (87,3%).

Dans le groupe « *ayant moins tendance* » à aborder le sujet de l'obésité, 22 professionnels ont déclaré ne jamais l'aborder avec leurs patientes obèses. Nous avons donc retiré de notre analyse leurs réponses de notre partie 3.2.

3.2 L'information sur l'obésité délivrée par les professionnels de santé en périnatalité

3.2.1 L'information sur l'impact de l'obésité maternelle au cours de la grossesse

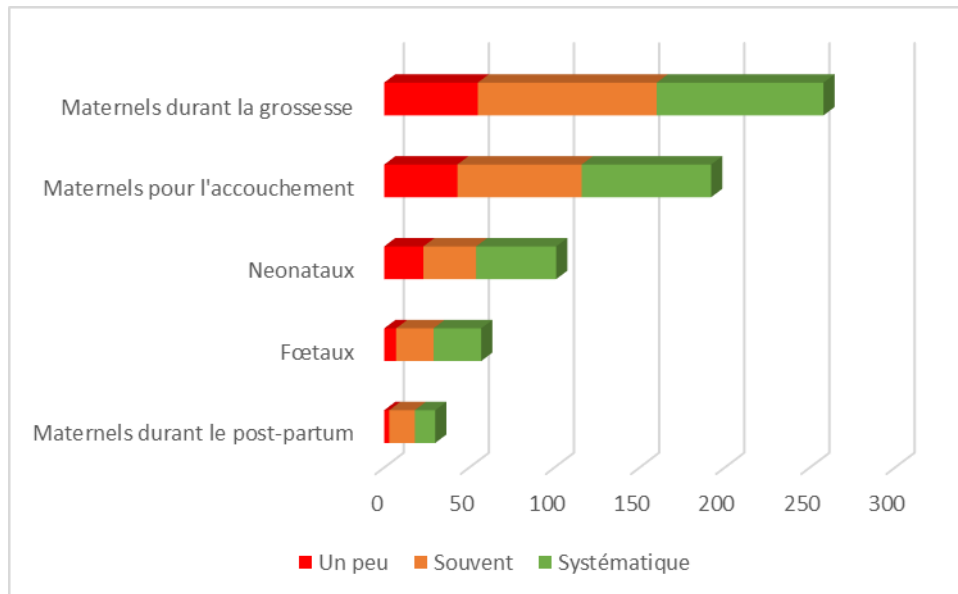
Tout d'abord, nous avons interrogé les professionnels sur la fréquence à laquelle ils abordaient oralement les risques et complications de l'obésité maternelle au cours de la grossesse. Nous avons observé que 70% d'entre eux avaient « *plutôt tendance* » à l'aborder.

Par ailleurs, nous les avons interrogés sur la fréquence à laquelle ils délivraient un support écrit sur ces risques. Seuls 7% des professionnels ont déclaré en délivrer un.

Chez les professionnels qui informaient oralement les patientes de ces risques, nous leur avons demandé, à l'aide d'une question ouverte, quels principaux risques ils mentionnaient. Ces risques ont été regroupés en catégories et analysés en fonction de la fréquence à laquelle les praticiens les abordaient. La composition des différentes catégories de risques est détaillée en **Annexe 2**.

Nous avons choisi de présenter les résultats sous la forme d'un diagramme.

Figure 2 : Principales catégories de risques de l'obésité maternelle sur la grossesse actuelle selon la fréquence à laquelle les professionnels de santé les abordent



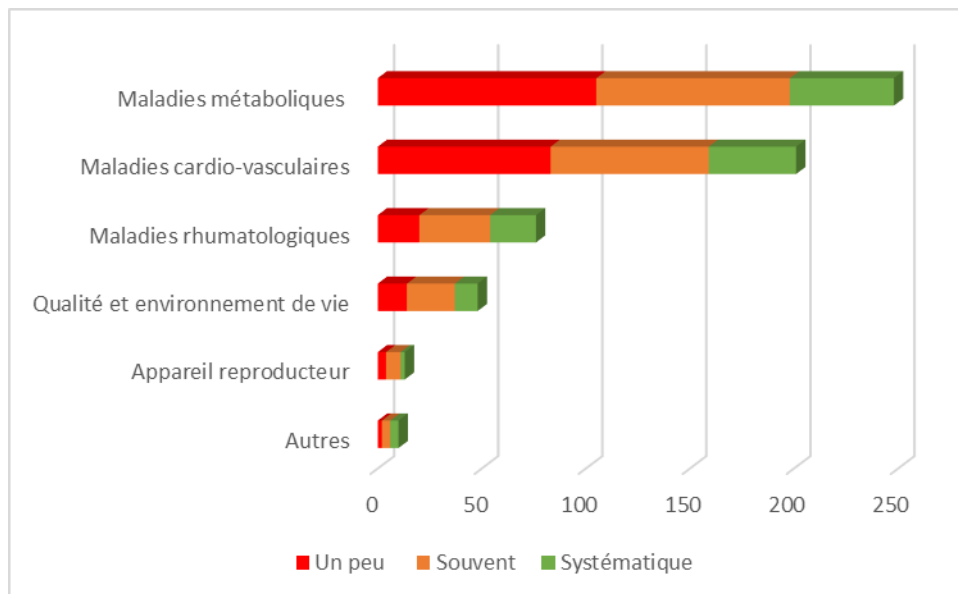
Chez l'ensemble des praticiens abordant ces risques, les deux principales catégories abordées étaient les risques et complications maternels durant la grossesse et pour l'accouchement. Les risques et complications néonatales, fœtales et maternelles en post-partum étaient moins abordés.

3.2.2 L'information de l'impact de l'obésité sur la santé

Nous avons procédé au même interrogatoire concernant les risques et les complications de l'obésité sur la santé globale de la patiente. Nous avons pu observer que 50,1% des professionnels avaient « *plutôt tendance* » à l'aborder oralement.

La composition des différentes catégories de risques de l'obésité sur la santé est détaillée en **Annexe 3**.

Figure 3 : Principales catégories de risques de l'obésité sur la santé selon la fréquence à laquelle les professionnels de santé les abordent



Chez l'ensemble des professionnels abordant ces risques, les deux principales catégories mentionnées étaient les maladies métaboliques et cardio-vasculaires. Les complications rhumatologiques et gynécologiques ainsi que la qualité de vie des personnes obèses étaient moins décrites.

3.2.3 Les prises en charge possibles

Enfin, nous les avons interrogés sur la fréquence à laquelle ils conseillaient leurs patientes sur les prises en charge possibles pour traiter l'obésité.

Concernant le suivi diététique et/ou nutritionnel en dehors de toute pathologie obstétricale, 69,3% des praticiens avaient « *plutôt tendance* » à les conseiller. Seuls 36,1% des professionnels conseillaient leur patiente sur les prises en charge possibles à mettre en œuvre après la grossesse.

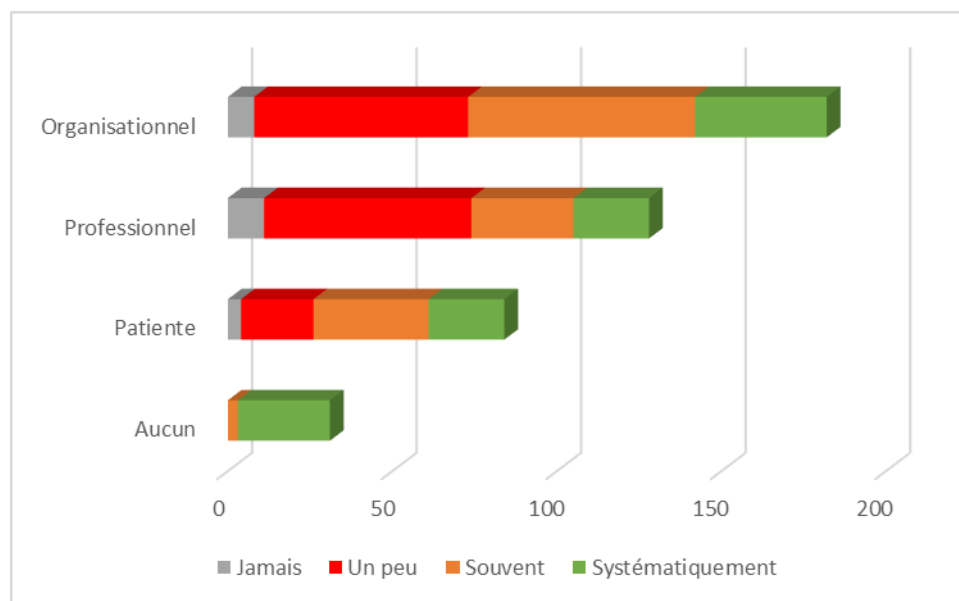
Par ailleurs, nous avons demandé si ces praticiens délivraient à leurs patientes obèses des coordonnées de professionnels pouvant les prendre en charge durant la grossesse ainsi qu'à distance de la grossesse. Étaient cités comme exemple dans la question le « *diététicien(ne), nutritionniste, chirurgien bariatrique etc* ». Seuls 23,7% des praticiens ont admis donner des coordonnées.

3.3 Les principaux freins des professionnels de santé à aborder l'obésité en périnatalité

Nous avons interrogé les professionnels sur les motifs qui pouvaient influencer voire faire obstacle à aborder cette thématique avec les patientes. Nous avons utilisé pour cela une question ouverte. Ces motifs ont été classés en quatre catégories : facteurs organisationnels, facteurs humains liés au professionnel, facteurs humains liés à la patiente et aucun motif.

Nous les avons alors croisés avec notre résultat premier concernant la fréquence à laquelle les professionnels abordaient le sujet de l'obésité, représentés dans la figure ci-dessous.

Figure 4 : Principales catégories de freins déclarées selon la fréquence à laquelle l'obésité est abordée par les professionnels de santé



Les deux catégories de freins principalement évoquées par les praticiens étaient les facteurs d'ordre organisationnels et liés au positionnement personnel du professionnel.

De plus, pour la majorité des professionnels ayant déclaré ne « *jamais* » aborder l'obésité avec leurs patientes, les facteurs liés au positionnement personnel du professionnel de santé étaient prépondérants.

La composition de ces catégories a été basée sur les citations relevées dans les questionnaires. Le détail de ces catégories est décrit ci-dessous.

3.3.1 Les facteurs organisationnels

Les professionnels de santé ont soulevé majoritairement un « *manque de temps* » et de « *disponibilité* » ainsi qu'une « *surcharge d'information* » à délivrer à leurs patientes en plus des informations d'une grossesse classique. Le « *manque de support écrit* » et de « *circuit non défini pour la prise en charge* » de ces patientes sont rapportés eux aussi comme étant des freins. De plus, ils ont déclaré que la présence d'une « *tierce personne* » ou des « *chambres/box doubles* » pouvaient faire barrière à aborder le sujet.

De plus, les praticiens exerçant en milieu hospitalier ont souligné le fait d'avoir des « *interventions tardives dans la grossesse* » et un « *manque de suivi des mêmes patientes* ».

3.3.2 Les facteurs humains liés aux professionnels de santé

La deuxième catégorie de freins correspondait à des motifs d'ordre personnel, liés au positionnement et au ressenti personnel du professionnel face à l'obésité.

La pathologie a été décrite comme étant un sujet « *difficile* » et « *délicat* » à aborder, et les plaçait dans une situation inconfortable. Les principales citations dégagées ont été : « *gène* », « *n'ose pas* », « *mal à l'aise* », « *sur la retenue* », « *quels mots adéquats utiliser ?* ».

Concernant le vocabulaire utilisé pour parler de l'obésité, les praticiens ont majoritairement déclaré utiliser uniquement des synonymes. En effet, 62,1% employaient des synonymes contre seulement 23,3% le terme « *obésité* ». Nous

avons retrouvé trois principaux synonymes qui étaient : « *surpoids* », « *excès de poids* » et « *surcharge pondérale* ». Les autres synonymes d'obésité déclarés par les praticiens étaient : « *ronde* », « *costaud* », « *enveloppée* », « *enrobée* », « *forte* », « *voluptueuse* », « *embonpoint* », « *gourmande* ».

Le champ lexical de l'appréhension était très présent : « *peur de vexer* », « *peur de faire culpabiliser* », « *peur de stigmatiser* », « *peur d'angoisser* », « *peur de froisser* », « *peur de manquer de tact* » etc. Les praticiens ont soulevé la crainte « *d'entraver* » la relation patient-soignant. Ils portaient beaucoup d'attention sur l'interprétation que la patiente aurait de leur intervention, notamment face à leur propre poids : « *étant mince, je ne sais pas comment me positionner* » ou « *je suis obèse donc pas crédible aux yeux de certaines patientes* ». La difficulté de distinguer le fait de « *juger un fait médical et non une personne* » a également été relevée.

De plus, certains professionnels ont rapporté qu'ils estimaient qu'aborder le sujet de l'obésité en périnatalité n'était « *pas le sujet du moment* » ou « *pas la priorité* ».

Enfin, « *un manque de formation sur le sujet* » a été décrit comme frein important. Un professionnel de santé sur deux ne se sentait pas assez formé sur l'obésité (54,4%). Nous avons retrouvé de manière significative ce ressenti chez les praticiens « *ayant moins tendance à aborder le sujet* » (70,7%). De plus, environ un professionnel sur cinq ne connaissait pas la définition de l'obésité (19,4%).

3.3.3 Les facteurs humains liés aux patientes

Enfin, les praticiens ont déclaré que la réaction de la patiente, la situation psychologique et personnelle mais également socio-économique influençaient leur positionnement sur la délivrance d'information sur l'obésité.

En effet, ils ont déclaré qu'une « *attitude fermée* », « *la posture défensive* », « *le déni de la patiente* » ou « *le refus de la patiente* » concernant son obésité les freinaient à aborder ce sujet avec ces patientes.

Ils ont décrit également la notion de « *précarité* » de certaines patientes et la « *barrière de la langue* ».

De plus, « *la fragilité émotionnelle* » de la patiente, « *la culpabilité* », « *l'angoisse maternelle* » liée à sa surcharge pondérale étaient des éléments qui dissuadaient certains professionnels de les informer sur leur obésité.

4 Discussion

4.1 Résumé des principaux résultats

L'objectif principal de cette étude était de connaître les pratiques professionnelles concernant l'information délivrée sur l'obésité en périnatalité.

Notre hypothèse principale est invalidée. Les professionnels de santé en périnatalité interrogés avaient plutôt tendance à aborder le sujet de l'obésité avec leurs patientes obèses. L'âge et le milieu d'exercice des professionnels influençaient la délivrance de l'information. Dans l'ensemble, l'information délivrée était principalement orale et concernait les risques de l'obésité maternelle ainsi que les prises en charges possibles durant la grossesse.

Les principaux freins à cette information étaient liés à des facteurs d'ordre organisationnel mais également à des facteurs humains. Notamment cette étude révèle des freins liés au positionnement personnel des praticiens concernant l'approche de l'obésité auprès des patientes et liés à leur méconnaissance sur le sujet.

4.2 Limites, biais et points forts de l'étude

4.2.1 Limites et biais de l'étude

Le biais majeur de notre étude est celui de la participation et de la désirabilité sociale. En effet, les professionnels de santé qui ont participé à l'étude sont en général ceux qui sont intéressés et préoccupés par la thématique de l'obésité maternelle. C'est-à-dire que le profil des praticiens qui ont participé à l'étude sont principalement ceux qui, d'une part portent un intérêt pour la recherche clinique et d'autres part, ceux qui s'interrogent sur le problème de santé lié à l'obésité.

De plus, il s'agit d'une étude descriptive par auto-questionnaire. Il s'agit donc uniquement de résultats déclaratifs. Une étude observationnelle en situation pourrait être réalisée pour compléter ces résultats. Enfin, l'accès à l'adresse mail des gynécologues-obstétriciens en secteur libéral à poser des difficultés. Notre taux de réponse est donc faible, ce qui rend notre échantillon de population non homogène.

4.2.2 Les points forts de l'étude

Tout d'abord, l'un des points forts de notre étude est son aspect multicentrique. En effet, des professionnels de santé issus de différentes maternités publiques et privées d'Ile-de-France et de province nous ont répondu. Nous avons ainsi obtenu un échantillon total de 377 réponses. Cet échantillon était composé de différents types d'exercices : sages-femmes hospitalières, libérales, exerçant en PMI et des gynécologues obstétriciens seniors hospitaliers.

Ces multiplicités ont donc enrichi notre étude.

4.3 Discussion des résultats

4.3.1 Le sujet de l'obésité en périnatalité

Selon le **tableau 2**, les deux différences significatives dégagées de notre étude concernant la tendance à aborder le sujet de l'obésité étaient l'âge du professionnel et le milieu d'exercice.

Concernant l'âge, nous pouvons expliquer nos résultats en émettant l'hypothèse que les personnes plus jeunes n'ont pas autant d'assurance ou de recul que les personnes plus âgées. A l'inverse, ce résultat peut être également surprenant. Nous pouvons penser que les jeunes professionnels de santé soient plus sensibilisés, formés et accordent d'avantage d'importance à délivrer des messages de prévention.

Concernant le milieu d'exercice, nous pouvons émettre l'hypothèse que les professionnels de santé exerçant en milieu extra-hospitalier délivrent davantage

d'informations sur l'obésité du fait d'une plus grande proximité dans la relation soignant/patient lié à un suivi plus régulier qu'en milieu hospitalier.

Enfin, selon le **tableau 2**, nous n'avons pas pu conclure sur l'influence du paramètre de l'IMC dans la tendance à aborder l'obésité du fait d'une population normo pondérée. De plus, nous n'avons pas retrouvé de différence significative selon le sexe du fait d'un trop faible échantillon de soignants de sexe masculin.

4.3.2 L'information de l'obésité en périnatalité

Nous avons observé que l'information des risques de l'obésité sur « la grossesse » était principalement délivrée au détriment des risques de l'obésité sur « la santé globale ». Cette différence peut être expliquée par le fait que le sujet principal d'information en périnatalité concerne la grossesse actuelle et le(s) futur(s) enfant(s) à naître.

Nos résultats ne révèlent pas précisément le(s) type(s) de prise en charge proposés par les professionnels de santé à leurs patientes obèses (suivi diététique, chirurgie bariatrique, consultation psychologue, etc). Nous avons seulement étudiée de façon ciblée la proposition de suivi diététique et/ou nutritionnel durant la grossesse, en dehors de toutes pathologies obstétricales. Les facteurs psychologiques ont également leur importance dans la compréhension, l'accompagnement et/ou la prise en charge de l'obésité en périnatalité. Il serait alors pertinent d'interroger les professionnels de santé sur leur pratique et leur positionnement concernant l'information donnée aux patientes obèses sur la possibilité de s'entretenir avec une psychologue dans la prise en charge de l'obésité.

La principale catégorie de freins dégagée par cette étude correspond aux facteurs organisationnels. Le temps actuel des consultations varie de 15 à 30 minutes en milieu hospitalier et extrahospitalier. De plus, l'activité importante des différents services d'hospitalisation peut également influencer la disponibilité des professionnels à délivrer une information sur l'obésité. Ainsi, la surcharge d'activité peut les conduire à prioriser le contenu de leur information en ciblant sur les

pathologies associées à l'obésité qui présentent un retentissement à l'instant t telles que par exemple l'hypertension artérielle ou le diabète gestationnel. Il est vrai que l'information délivrée sur l'état de santé des patients ne cessent d'augmenter. En effet, la loi relative aux droits des malades dite « Kouchner » de 2002 met fin au paternalisme médical et oblige à plus de transparence. Les professionnels de santé doivent alors délivrer une quantité d'information conséquente aux patientes dans un laps de temps limité, tout en ayant une écoute attentive de la patiente afin d'adapter leur discours à leurs besoins.

Enfin, il a été identifié que les circuits de prises en charge concernant l'obésité maternelle sont souvent inexistantes ou balbutiantes et constituent donc un frein supplémentaire. Nous pouvons mettre en avant le paradoxe entre le fait de délivrer une information orale sur les risques et les prises en charge possibles de l'obésité et le fait de ne pas pouvoir par la suite orienter ces femmes dans un circuit spécialisé pour assurer leur prise en charge globale.

4.3.3 Le positionnement des professionnels de santé

Premièrement, il est primordial de s'interroger sur le manque de formation décrit par les professionnels de santé concernant l'obésité ayant directement une influence sur la délivrance d'informations sur ce sujet. Mais également le taux non négligeable (19,4%) de professionnels ne connaissant pas le seuil définissant l'obésité. L'obésité maternelle est pourtant un sujet abordé dans les différentes formations initiales des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens et également lors de différents congrès. Cependant, il n'existe pas à ce jour de recommandations françaises concernant l'information à délivrer aux patientes obèses enceintes (contenu de l'information, professionnels de recours...).

Deuxièmement, les professionnels de santé utilisent très peu le terme « obésité » avec leurs patientes. Plusieurs études montrent que le terme obésité est associé à de nombreuses représentations péjoratives en France [46]. Son utilisation reviendrait à assimiler les patientes à des individus « *socialement fainéants, passifs,*

laids et malades ». Cependant les acteurs médicaux ne se réfèrent pas exactement aux mêmes définitions lorsqu'ils parlent d'obésité. Ainsi, lors de l'utilisation du terme « obésité », le sens sous-entendu diffère entre soignants et patientes, et peut amener à de l'agressivité, du malaise voire de l'évitement par les patientes. Ceci pourrait expliquer que les professionnels de santé utilisent principalement d'autres termes synonymes d'obésité permettant d'atténuer son caractère « traumatisant ». Il est connu que la relation thérapeutique entre patients et soignants est essentielle pour une meilleure observance. Les professionnels de santé ont alors des appréhensions à aborder le sujet de l'obésité par peur d'altérer la relation avec leurs patientes.

Troisièmement, certains professionnels considèrent que le sujet de l'obésité en périnatalité n'est « *pas la priorité* » ni « *le sujet du moment* ». Le suivi médical de la grossesse a notamment pour objectif de faire du dépistage et de véhiculer des messages de prévention sur la santé globale des femmes. Dans les discours des soignants, l'obésité est une maladie et doit être considérée comme telle. Elle ne doit pas être minimisée ou mise de côté du fait de la grossesse. De ce fait, l'obésité doit être une priorité et le sujet de moment du fait non seulement de l'impact sur la santé de la femme, mais également de(s) enfant(s) en devenir.

Enfin, les patientes obèses ne se définissent pas forcément comme « malades » et l'absence de solutions efficaces et la complexité de l'obésité conduit certains praticiens à moins s'en préoccuper.

4.4 Implications et perspectives

4.4.1 Création d'une fiche d'information à destination des patientes obèses

Face à l'information insuffisante et aux différents freins décrits dans notre étude, nous avons pensé à la création d'un outil pouvant combiner : une fiabilité de l'information pour les patientes, un gain de temps ainsi qu'un support pour les professionnels de santé.

Cette fiche sera composée à titre d'information et de prévention, d'une synthèse des principaux risques de l'obésité maternelle sur la grossesse mais également des risques au sens général sur la santé de la patiente obèse. Elle abordera également les prises en charge possibles de l'obésité : suivi diététique et nutritionnel, suivi psychologique, chirurgie bariatrique, etc. Les coordonnées des professionnels pouvant prendre en charge et suivre l'obésité seront mentionnés de façon personnalisée, en fonction des réseaux.

4.4.2 Favoriser la formation et sensibilisation des sages-femmes et gynécologues-obstétriciens au sujet de l'obésité

Face au manque de formation ressenti par les professionnels de santé et les nombreuses difficultés décrites et rencontrées concernant l'abord du sujet de l'obésité, il pourra être intéressant d'élaborer une fiche ou un livret à destination des sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Dans ce projet, plusieurs thématiques pourront être abordées : définition de l'obésité, déterminants et facteurs de l'obésité, risques et complications de l'obésité maternelle, mais également des pistes d'aide à la verbalisation du sujet et son explication à la patiente. Ceci pourrait permettre de répondre au manque de formation et d'outils rencontrés par les professionnels de santé. Elle aurait également comme second objectif de rappeler aux professionnels la complexité de cette pathologie afin de lutter contre la stigmatisation et discrimination décrite dans le monde médicale concernant l'obésité.

4.4.3 Création de circuit de prise en charge pour les femmes enceintes obèses

Il sera primordial de créer davantage de circuits de prise en charge pour ces femmes enceintes obèses afin de pouvoir les orienter vers différents professionnels de santé. Ceci pourrait prendre la forme de consultations spécialisées avec des sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, diététiciennes, nutritionnistes, psychologues spécialisés dans la prise en charge de ces patientes.

Nous avons mis en place ce projet au Centre Hospitalier de Poissy Saint-Germain-en-Laye (CHIPS) avec la collaboration du Dr De Jonghe et du Dr Chouillard.

En effet, le CHIPS est un Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO) et, il n'existait pas de réseau en lien avec la maternité. Nous avons donc mis en place un circuit de soins simplifié de la femme obèse enceinte qui peut aller consulter, dès le début de la grossesse, et pas seulement en post-partum. Cela comprend d'abord la création d'une consultation spécifique avec un obstétricien dédiée à aborder l'obésité pendant la grossesse. Cette consultation a été nommée « consultation ObéFemme ». L'information délivrée serait bien entendu centrée sur l'obésité, ses risques et des traitements potentiels. Les sages-femmes et gynécologues-obstétriciens pourront ainsi orienter leurs patientes obèses à cette consultation à l'aide du support de la fiche d'information créée. Cette fiche sera créée en collaboration avec Alexandra Burdet, psychologue clinicienne de la maternité de l'Hôpital Intercommunal de Poissy Saint-Germain-en-Laye (CHIPS). A l'issue de cette consultation spécialisée, la patiente pourra si elle le souhaite, être adressée vers les professionnels du réseau prenant en charge l'obésité (consultation de nutrition, diététique, psychologue et chirurgien bariatrique).

Le projet s'appuie sur l'expérience des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) qui ont lancé en 2017 un nouveau programme de prise en charge des femmes enceintes souffrant d'obésité ou de surpoids [47]. Les mères reçoivent un programme personnalisé par une équipe multidisciplinaire comme cité au-dessus. Un

registre a également été mis en place afin d'évaluer l'impact du projet sur la qualité des soins prodigués à la femme enceinte et sur l'évolution des enfants à court, moyen et long terme.

Pour conclure, il serait intéressant d'élaborer au même titre que l'étude menée au sein du HUG, un suivi de l'impact du projet au sein de la maternité du CHIPS. De plus, nous avons l'intention de soumettre le résumé de notre étude au congrès du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) de 2018 afin d'y présenter notre étude et notre projet. Nous souhaitons également contacter le Collège National des Sages-femmes (CNSF) afin d'y présenter notre étude et notre projet. Enfin, nous avons été également sollicités par la maternité de type III du centre hospitalier Robert-Ballanger à Aulnay-sous-Bois pour réaliser une présentation de l'étude à leur équipe médicale.

Conclusion

L'obésité maternelle fait partie des préoccupations et des discours des professionnels de santé en périnatalité. Cependant l'information délivrée par ces derniers sur l'impact de cette maladie et sa prise en charge reste insuffisante et parcellaire. Sa fréquence et son contenu peuvent être alors améliorés.

En effet, l'obésité reste un sujet très délicat et difficile à aborder pour les professionnels de santé. Son approche est soumise à de nombreux facteurs notamment organisationnels et humains. De plus, il faudrait s'assurer que les professionnels de santé soient aptes à apporter des réponses et puissent orienter les patientes obèses vers des circuits de prise en charge spécialisés et efficaces.

Parallèlement, la grossesse reste indubitablement un moment privilégié d'écoute et d'implication des patientes concernant leur santé personnelle dans l'intérêt de leur(s) enfant(s). Il est important d'intégrer la problématique de l'obésité en consultation de la même manière que les addictions ou l'hypertension artérielle. Si les patientes ne se sentent pas prêtes à en parler, cela reste un moyen de leur démontrer que le sujet est abordable à tout moment. La création d'une fiche d'information sur l'obésité peut y trouver alors tout son intérêt.

Pour conclure, la formation et la sensibilisation des praticiens en périnatalité sur l'obésité maternelle restent primordiales. Par ailleurs, la création de supports d'informations et de réseaux de prises en charge pluridisciplinaires en lien avec la maternité est à développer.

Bibliographie

- [1] Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). *Enquête épidémiologie nationale sur le surpoids et l'obésité*. Obépi. 2012.
- [2] WHO. *Draft final report of the commission on Ending Childhood Obesity*. Geneva: World Health Organisation, 2015.
- [3] Institut nationale de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). *Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010*. 2017.
- [4] Organisation mondiale de la santé. *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*. 2003
- [5] Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. *Programme national nutrition santé (PNNS)*. 2011.
- [6] Devlieger R, Benhalima K, Damm P, Van Assche A, Mathieu C, Mahmood T, et al. *Maternal obesity in Europe : where do we stand and how to move forward ?* A scientific paper commissioned by the European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2016 Jun ; 201 : 203-8
- [7] INPES. *La santé des collégiens en France. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. 2010.
- [8] Trésor Public. *Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter?* Lettre n°179 Trésor-Eco 2016.
- [9] Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML et al. *The global obesity pandemic : shaped by global drivers and local environments*. Lancet Long Engl. 2011 ; 21 ; 378(9793) :804-14.
- [10] Bruch (Hilde). – *Les yeux et le ventre. L'obèse et l'anorexique*, Paris, Payot, 1994.

- [11] Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, et al. *Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies*. Arch Gen Psychiatry 2010 ; 67 : 220–29.
- [12] The GBD 2015 Obesity Collaborators. *Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years*. N Engl J Med. 2017; 377 : 13-27
- [13] Roberto CA, Swinburn B, Hawkes C, Huang TT-K, Costa SA, Ashe M, et al. *Patchy progress on obesity prevention : emerging examples, entrenched barriers, and new thinking*. Lancet Lond Engl. 2015 ; 13 ; 385(9985) :2400-9
- [14] Haute Autorité de Santé. *Projet de grossesse : informations, messages de prévention et examens à proposer*. 2009.
- [15] Maggard MA, Yermilov L, Li Z, Maglione M, Newberry S, Suttorp M, et al. *Pregnancy and fertility following bariatric surgery : a systematic review*. JAMA. 2008 ;19 ;300(19) :2286-96
- [16] Chu SY, Callaghan WN, Kim SY, Schmid CH, Lau J, England LJ et al. *Maternal obesity and risk of gestational diabetes mellitus : a meta analysis*. Diabetes Care. 2007 ; 30 :2070-6
- [17] Alberico S, Montico M, Barresi V, Monasta L, Businelli C, Soini V, et al. *The role of gestational diabetes, pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain on the risk of newborn macrosomia : results from a prospective multicentre study*. BMC Pregnancy Childbirth. 2016 ; 15 ; 14 :23
- [18] Zhang C, Wu Y, Li S, Zhang D. *Maternal prepregnancy obesity and risk of shoulder dystocia : a meta-analysis*. BJOG. 2017 ; 125 : 407-413
- [19] Wang Z, Wang P, Liu H, et al. *Maternal adiposity as an independant risk factor for pre-eclampsia : a meta-analysis of prospective cohort studies*. Obes Rev 2015 ; 14 : 508-21.
- [20] Blomberg M. *Maternal obesity and risk of postpartum hemorrhage*. Obstet Gynecol. 2011 ;118(3) :562-8
- [21] Arrowsmith S, Wray S, Quenby S. *Maternal obesity and labour complications following induction of labour in prolonged pregnancy* BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2011 ;118(5) :578-88

- [22] Barau G, Robillard P-Y, Hulsey TC, Dedecker F, Laffite A, Gerardin P, et al. *Linear association between maternal pre-pregnancy body mass index and risk of caesarean section in term deliveries.* BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2006 ;113(10) :1173-7
- [23] Whiteman VE, McIntosh C, Rao K, Mbah AK, Salihu HM. *Interpregnancy BMI change and risk of primary caesarean delivery.* J Obstet Gynaecol. 2011 ; 31 : 589-93.
- [24] Morgan ES, Wilson E, Watkins T, Gao F, Hunt BJ. *Maternal obesity and venous thromboembolism.* Int J Obstet Anest. 2012 ; 21(3) :253-63.
- [25] Stamilio DM, Scifres CM. *Extreme obesity and postcesarean maternal complications.* Obstet Gynecol. 2014 ; 124(2 Pt 1) :227-32.
- [26] Stothard KJ, Tennant PWG, Bell R, Rankin J. *Maternal overweight and obesity and the risk of congenital anomalies : a systematic review and meta-analysis.* JAMA. 2009 ; 11 ; 301(6) :636-50.
- [27] Lutsiv O, Mah J, Beyene J, McDonald SD. *The effects of morbid obesity on maternal and neonatal health outcomes : a systematic review and meta-analyses.* Obes Rev Off J Int Assoc Study Obs. 2015 ; 16(7) :531-46
- [28] Aune D, Saugstad OD, Henriksen T, Tonstad S. *Maternal body mass index and the risk of fetal death, stillbirth, and infant death : a systematic review and meta-analysis.* JAMA. 2014 ; 16 ;311(15) :1536-46
- [29] Kim SS, Zhu Y, Grantz KL, et al. *Obstetric and neonatal risks among obese women without chronic disease.* Obstet Gynecol. 2016 ; 128 :104-12
- [30] Godfrey KM, Reynolds RM, Prescott SL, Nyirenda M, Jaddoe VVW, Eriksson JG, et al. *Influence of maternal obesity and the long-term health of offspring.* Lancet Diabetes Endocrinol. 2016
- [31] Santangeli L, Sattar N, Huda SS. *Impact of maternal obesity on perinatal and childhood outcomes.* Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2015 ;29(3) :438.
- [32] Code de santé publique. Article L2122-1. *Chapitre II : Examens de prévention durant et après la grossesse.*
- [33] Haute Autorité de Santé (HAS). *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées.* 2016.

- [34] Collège national des gynécologues obstétriciens. *Post-partum. Recommandations pour la pratique clinique*. 2015.
- [35] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Weight management before, during and after pregnancy*. Juillet 2010.
- [36] Haute Autorité de Santé. *Comment mieux informer les femmes enceintes ?* 2005
- [37] Haute Autorité de Santé. *Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours*. 2011.
- [38] Institute of medicine. *Weight gain during pregnancy :reexamining the guidelines*. Mai 2009.
- [39] Poston L, Bell R, Croker H, Flynn AC, Godfrey KM, Goff L, et al. *Effect of a behavioural intervention in obese pregnant women (the UPBEAT study) : a multicentre, randomised controlled trial*. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015 ; 3(10) :767-77.
- [40] Lau Y, Klainin-Yobas P, Htun TP, Wong SN, Tan KL, Ho-Lim ST, et al. *Electronic-based lifestyle interventions in overweight or obese perinatal women : a systematic review and meta-analysis*. *Obesity Reviews*. 2017 : 18 : 1070-1087.
- [41] Michelle A, Kominiarek et al. *Gestational weight gain*. *AJOG* 2017 ; 217(6) :642-651
- [42] W Gohner. *Two-year follow-up of an interdisciplinary cognitive-behavioral intervention program for obese adults*. *J Psychol* 2012 (146)
- [43] Narayanan RP, Syed AA. *Pregnancy Following Bariatric Surgery-Medical Complications and Management*. *Obes Surg*. 2016 Oct;26(10):2523–9
- [44] Johansson K, Cnattingius S, Näslund I, Roos N, Trolle Lagerros Y, Granath F, et al. *Outcomes of pregnancy after bariatric surgery*. *N Engl J Med*. 2015 26;372(9):814–24.
- [45] Ram Prakash Narayanan, Akheel A. Syed. *Pregnancy following bariatric surgery – Médical Complications and Management*. *Obesity Surgery*. 2016
- [46] Solenn Carof. *Les représentations sociales du corps « gros »*. *Anthropologie & Santé* [En ligne], 14 | 2017, mis en ligne le 01 avril 2017, consulté le 14 avril 2018. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2396>

[47] Contrepoids® Maternité. *Un suivi spécial pour les femmes enceintes souffrant d'obésité ou de surpoids*. Dossier de presse. [En ligne]. Janvier 2017, consulté le 14 avril 2018.

URL : [http://www.hugge.ch/sites/interhug/files/presse/2017.20.01_cp_et_dossier_de_presse - contrepoids maternité.pdf](http://www.hugge.ch/sites/interhug/files/presse/2017.20.01_cp_et_dossier_de_presse_-_contrepoids_maternite.pdf)

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

L'information sur l'obésité maternelle délivrée par les professionnels de santé aux patientes obèses en périnatalité

Nous réalisons une étude auprès des professionnels de santé gynécologues-obstétriciens seniors et sages-femmes d'Ile de France.

Notre objectif est d'évaluer la fréquence et le contenu de l'information sur l'obésité maternelle délivrée par les professionnels de santé aux patientes obèses en périnatalité et d'en identifier les freins et moteurs.

Ce questionnaire a été au préalable testé par des sages-femmes et gynécologues-obstétriciens seniors du CHI de Poissy.

Il est succinct, rapide et se réalise en moins de 5 minutes.

Ce questionnaire est anonyme.

Nous vous remercions d'avance de votre collaboration,

Marion Perkowski, Etudiante Sage-Femme (UVSQ – Université Paris Saclay)

Dr Paul Berveiller, Praticien Hospitalo-Universitaire du Service de Gynécologie-Obstétrique du CHI Poissy-Saint-Germain-en-Laye.

*Questions obligatoires

Partie 1 : Informations générales

- Vous êtes*

- Un homme
- Une femme

- Quel est votre âge ?*
-

- Vous exercez la profession de ?*
 - Gynécologue-obstétricien
 - Sage-femme
 - Autre

- Quand quel(s) département(s) travaillez-vous ?*

Question à choix simple ou multiples

- Paris
 - Seine et Marne (77)
 - Yvelines (78)
 - Essonne (91)
 - Hauts-de-Seine (92)
 - Seine-Saint-Denis (93)
 - Val de Marne (94)
 - Val d'Oise (95)
 - Autre
-
- Dans quel(s) service(s) exercez-vous en majorité ?*

Question à choix simple ou multiples

- Service de consultations obstétricales
- Service d'explorations fonctionnelles
- Service d'hospitalisation grossesse à hauts risques
- Service d'hospitalisation suites de couches
- Autre

Partie 2 : Informations sur l'obésité

- A partir de quel IMC parlez-vous d'obésité ?*

.....

- Utilisez-vous le terme « obésité » pour parler du poids avec vos patientes obèses ?*

- Oui
- Non

- Utilisez-vous des synonymes du terme "obésité" pour parler du poids avec vos patientes obèses ? Si oui, lesquels?*

Réponse courte à mots-clés.

.....

- Concernant l'obésité, à quelle fréquence abordez-vous ce thème et ses risques avec vos patientes obèses ?*

	0	1	2	3	
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Systematiquement

- Dans votre pratique professionnelle, quel(s) est ou sont les principaux freins pouvant entraver la fréquence et/ou le contenu de l'information sur l'obésité que vous délivrez à vos patientes obèses?*

Réponse courte à mots-clés. Exemples d'axes de réponse : votre positionnement/convictions professionnels, votre positionnement/convictions personnels, votre organisation/disponibilité à délivrer des informations etc.

.....

.....

.....

- Informez-vous vos patientes obèses : des risques de l'obésité sur leur santé au long terme ?*

	0	1	2	3	
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Systematiquement

- Si oui, quels sont les principaux risques de l'obésité que vous abordez avec vos patientes obèses ?*

Réponse courte à mots-clés.

.....

- Informez-vous vos patientes obèses : des risques materno-fœtaux de l'obésité sur leur grossesse actuelle ?*

	0	1	2	3	
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Systematiquement

- Si oui, quels sont les principaux risques materno-foetaux que vous abordez avec vos patientes obèses ?*

Réponse courte à mots-clés.

.....

Partie 3 : Informations sur les possibilités de prise en charge de l'obésité

- Conseillez-vous à vos patientes obèses de voir un(e) diététicien(ne) ou nutritionniste durant leur grossesse en dehors de toute pathologie obstétricale ?*

	0	1	2	3	
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Systématiquement

- Conseillez-vous vos patientes obèses sur les prises en charge possibles de l'obésité après le post-partum ?*

	0	1	2	3	
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Systématiquement

- Délivrez-vous un support d'information à vos patientes obèses concernant les risques materno-foetaux liés à l'obésité ?*

	0	1	2	3	
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Systématiquement

- Délivrez-vous un support d'information à vos patientes obèses concernant les coordonnées d'un(e) diététicien(ne), d'un(e) nutritionniste, d'un chirurgien bariatrique etc ?*

	0	1	2	3	
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Systématiquement

Partie 4 : Prévention et formation professionnelle concernant l'obésité maternelle

- Pensez-vous que l'on devrait accorder plus d'importance à la prévention et au suivi de l'obésité pendant et après la grossesse ?*

	0	1	2	3	
Pas d'intérêt / Sans bénéfice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolument

- Pensez-vous qu'une fiche d'information sur l'obésité délivrée durant le suivi de grossesse permettrait d'améliorer le suivi de l'obésité au long terme ?*

	0	1	2	3	
Pas d'intérêt / Sans bénéfice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolument

- Enfin, pensez-vous être suffisamment sensibilisé(e)/formé(e) au sujet de l'obésité maternelle et de ses conséquences materno-foetales ?*

	0	1	2	3	
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Suffisamment

- Par quels intermédiaires avez-vous été sensibilisé(e) au sujet de l'obésité maternelle et de ses conséquences materno-fœtales ?

Question à choix simple ou multiples

- Etudes en maïeutique
- Etudes en médecine
- STAFF
- Formation continue en obstétrique
- Congrès d'obstétrique
- Formation continue en néonatalogie
- Congrès de néonatalogie
- Formation continue en Aide Médicale à la Procréation
- Congrès d'Aide Médicale à la Procréation
- Autre

- Quel est votre poids (kg) ?*

.....

- Quelle est votre taille (cm) ?*

.....

Annexe 2 : Composition des catégories de risques de l'obésité sur la grossesse actuelle

Il s'agit des termes rapportés par les professionnels de santé ayant répondu aborder « *un peu* », « *souvent* » et « *systématiquement* » les risques de l'obésité maternelle sur la grossesse actuelle.

- Les risques maternels

Durant la grossesse	Pour l'accouchement	Durant le post-partum
<ul style="list-style-type: none"> - « <i>diabète gestationnel</i> », - « <i>hypertension gravidique</i> », - « <i>pré-éclampsie</i> », - « <i>problèmes thromboemboliques</i> », - « <i>menaces d'accouchement prématuré</i> », - « <i>fausses couches</i> », - « <i>hématome rétro-placentaire</i> », - « <i>décès</i> », - « <i>grossesses pathologiques</i> », - « <i>grossesses à suivre dans une structure hospitalière</i> » 	<ul style="list-style-type: none"> - « <i>risques de césarienne et suites opératoires</i> », - « <i>accouchement voie basse instrumentale</i> », - « <i>accouchement dystocique (travail long, dystocie de démarrage, disproportion foeto-pelvienne, dystocie des épaules)</i> », - « <i>mauvaises conditions cliniques pour l'accouchement</i> », - « <i>hémorragie du post-partum immédiat</i> », - « <i>risques anesthésiques (augmentation des doses d'anesthésiant, difficulté d'intubation, difficulté de pose d'analgésie péridurale)</i> » 	<ul style="list-style-type: none"> - « <i>difficulté de cicatrisation</i> », - « <i>augmentation du risque infectieux</i> », - « <i>difficulté d'allaitement maternel (montée laiteuse retardée)</i> », - « <i>augmentation du risque thromboembolique</i> », - « <i>difficulté de mobilisation</i> »

- Les risques foëtaux et néonataux

Foëtaux	Néonataux
<ul style="list-style-type: none"> - « <i>mort foëtale in utero</i> », - « <i>défaut de dépistage à l'échographie de malformation</i> », - « <i>augmentation de malformations</i> », - « <i>difficulté à capter le rythme cardiaque foëtale</i> », - « <i>augmentation du risque d'hypoxie foëtale lié au travail long</i> » 	<ul style="list-style-type: none"> - « <i>macrosomie</i> », - « <i>retard de croissance/petit poids pour l'âge gestationnel</i> », - « <i>hypoglycémie néonatales</i> », - « <i>prématurité induite</i> », - « <i>risque d'obésité infantile</i> », - « <i>risque de développer des maladies métaboliques à l'âge adulte (diabète, hypertension)</i> »

Annexe 3 : Composition des catégories de risques de l'obésité sur la santé

Il s'agit des termes rapportés par les professionnels de santé ayant répondu aborder « *un peu* », « *souvent* » et « *systématiquement* » les risques de l'obésité sur la santé.

<p>Maladies métaboliques</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « <i>maladies métaboliques</i> » - « <i>diabète</i> » - « <i>hypertension artérielle</i> » - « <i>cholestérolémie</i> » - « <i>dyslipidémies</i> » - « <i>problèmes endocriniens</i> »
<p>Maladies cardio-vasculaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « <i>maladies cardio-vasculaires</i> » - « <i>accidents cardiovasculaires</i> » - « <i>infarctus</i> » - « <i>surcharge cardiaque</i> » - « <i>maladies thromboemboliques</i> » - « <i>phlébites</i> » - « <i>embolie pulmonaire</i> » - « <i>varices</i> » - « <i>insuffisance veineuse</i> »
<p>Maladies rhumatologiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « <i>arthrose</i> » - « <i>ostéoporose</i> » - « <i>troubles orthopédiques</i> » - « <i>douleurs articulaires et osseuses</i> »

<p>Qualité et environnement de vie</p>	<ul style="list-style-type: none">- « mortalité précoce »- « morbidité »- « longévité »- « diminution de l'espérance de vie »- « décès »- « sédentarité »- « fatigue »- « confort de vie »- « mobilité »- « dépression »- « mauvaise estime de soi »- « violences »- « éducation alimentaire des enfants »- « mauvaises habitudes alimentaires sur la descendance »- « handicap social »
<p>Appareil reproducteur</p>	<ul style="list-style-type: none">- « troubles de la fertilité »- « infertilité »- « troubles du cycle »- « risques des traitements contre l'infertilité »- « contre-indication à certains moyens contraceptifs »- « cancer de l'endomètre »- « prolapsus »



Autres	<ul style="list-style-type: none">- « <i>difficultés actes chirurgicaux</i> »- « <i>morbidité opératoire</i> »- « <i>apnée du sommeil</i> »- « <i>problème de peau</i> »- « <i>risque de cancer</i> »
--------	---