

## Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 26 avril 2024

Par Maud DESNOYERS

### ETAT DES LIEUX SUR LE RETOUR AU POIDS PRE-CONCEPTIONNEL DES FEMMES A 6 MOIS DE L'ACCOUCHEMENT

Thèse dirigée par le Professeur Gaëtan HOUDARD

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER

M. le Professeur Pierre JESUS

Mme le Professeur Nadège LAUCHET

M. le Professeur Gaëtan HOUDARD

Présidente

Juge

Juge

Juge







## Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 26 avril 2024

Par Maud DESNOYERS

### ETAT DES LIEUX SUR LE RETOUR AU POIDS PRE-CONCEPTIONNEL DES FEMMES A 6 MOIS DE L'ACCOUCHEMENT

Thèse dirigée par le Professeur Gaëtan HOUDARD

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER

M. le Professeur Pierre JESUS

Mme le Professeur Nadège LAUCHET

M. le Professeur Gaëtan HOUDARD

Présidente

Juge

Juge

Juge



**Doyen de la Faculté**

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

**Asseseurs**

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

<b>ABOYANS</b> Victor	CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>AJZENBERG</b> Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>AUBARD</b> Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>AUBRY</b> Karine	O.R.L.
<b>BALLOUHEY</b> Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
<b>BERTIN</b> Philippe	THERAPEUTIQUE
<b>BOURTHOUMIEU</b> Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
<b>CAIRE</b> François	NEUROCHIRURGIE
<b>CHRISTOU</b> Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
<b>CLAVERE</b> Pierre	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe	NEUROLOGIE
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
<b>DESCAZEAUD</b> Aurélien	UROLOGIE

<b>DRUET-CABANAC</b> Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
<b>DURAND</b> Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
<b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
<b>FAUCHER</b> Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
<b>FAVREAU</b> Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>FEUILLARD</b> Jean	HEMATOLOGIE
<b>FOURCADE</b> Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
<b>GAUTHIER</b> Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>GUIGONIS</b> Vincent	PEDIATRIE
<b>HANTZ</b> Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>HOUETO</b> Jean-Luc	NEUROLOGIE
<b>JACCARD</b> Arnaud	HEMATOLOGIE
<b>JACQUES</b> Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN</b> M. Odile	IMMUNOLOGIE
<b>JESUS</b> Pierre	NUTRITION
<b>JOUAN</b> Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
<b>LABROUSSE</b> François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>LACROIX</b> Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
<b>LAROCHE</b> Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique	HEPATOLOGIE
<b>LY</b> Kim	MEDECINE INTERNE
<b>MAGNE</b> Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
<b>MAGY</b> Laurent	NEUROLOGIE
<b>MARCHEIX</b> Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
<b>MARQUET</b> Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

<b>MATHONNET</b> Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>MELLONI</b> Boris	PNEUMOLOGIE
<b>MOHTY</b> Dania	CARDIOLOGIE
<b>MONTEIL</b> Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
<b>MOUNAYER</b> Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
<b>NUBUKPO</b> Philippe	ADDICTOLOGIE
<b>OLLIAC</b> Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
<b>PARAF</b> François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
<b>PLOY</b> Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>PREUX</b> Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
<b>ROUCHAUD</b> Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
<b>SALLE</b> Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
<b>STURTZ</b> Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>TCHALLA</b> Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
<b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
<b>TOURE</b> Fatouma	NEPHROLOGIE
<b>VALLEIX</b> Denis	ANATOMIE
<b>VERGNENEGRE</b> Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
<b>VERGNE-SALLE</b> Pascale	THERAPEUTIQUE
<b>VIGNON</b> Philippe	REANIMATION
<b>VINCENT</b> François	PHYSIOLOGIE
<b>YARDIN</b> Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

### **Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales**

<b>BRIE</b> Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	---



### **Professeur des Universités de Médecine Générale**

**DUMOITIER** Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

### **Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale**

**HOUDARD** Gaëtan (du 01-09-2019 au 31-08-2025)

### **Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale**

**BUREAU-YNIESTA** Coralie (du 01-09-2022 au 31-08-2025)

**LAUCHET** Nadège (du 01-09-2020 au 31-08-2023)

**SEVE** Léa (du 01-09-2021 au 31-08-2024)

### **Professeurs Emérites**

**ADENIS** Jean-Paul du 01-09-2017 au 31-08-2021

**ALDIGIER** Jean-Claude du 01-09-2018 au 31-08-2022

**BESSEDE** Jean-Pierre du 01-09-2018 au 31-08-2022

**BUCHON** Daniel du 01-09-2019 au 31-08-2022

**DARDE** Marie-Laure du 01-09-2021 au 31-08-2023

**DESSPORT** Jean-Claude du 01-09-2020 au 31-08-2022

**MABIT** Christian du 01-09-2022 au 31-08-2024

**MERLE** Louis du 01-09-2017 au 31-08-2022

**MOREAU** Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2023

**NATHAN-DENIZOT** Nathalie du 01-09-2022 au 31-08-2024

**TREVES** Richard du 01-09-2021 au 31-08-2023

**TUBIANA-MATHIEU** Nicole du 01-09-2018 au 31-08-2021

**VALLAT** Jean-Michel du 01-09-2019 au 31-08-2023

**VIROT** Patrice du 01-09-2021 au 31-08-2023

**Assistants Hospitaliers Universitaires**

<b>ABDALLAH</b> Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
<b>APPOURCHAUX</b> Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>BUSQUET</b> Clémence	HEMATOLOGIE
<b>CHAZELAS</b> Pauline	BIOCHIMIE
<b>LABRIFFE</b> Marc	PHARMACOLOGIE
<b>LADES</b> Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
<b>LOPEZ</b> Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
<b>MARTIN ép. DE VAULX</b> Laury	ANESTHESIE REANIMATION
<b>MEYER</b> Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
<b>MONTMAGNON</b> Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
<b>PLATEKER</b> Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
<b>ROUX-DAVID</b> Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>SERVASIER</b> Lisa	CHIRURGIE OPTHOPEDIQUE

**Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux**

<b>ABDELKAFI</b> Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
<b>AGUADO</b> Benoît	PNEUMOLOGIE
<b>ALBOUYS</b> Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
<b>ASLANBEKOVAN</b> Natella	MEDECINE INTERNE
<b>BAUDOUIN</b> Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
<b>BEAUJOUAN</b> Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
<b>BLANCHET</b> Aloïse	MEDECINE D'URGENCE
<b>BLANQUART</b> Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)
<b>BOGEY</b> Clément	RADIOLOGIE

<b>BONILLA</b> Anthony	PSYCHIATRIE
<b>BOSCHER</b> Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>BURGUIERE</b> Loïc	SOINS PALLIATIFS
<b>CHASTAINGT</b> Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
<b>CHAUBARD</b> Sammara	HEMATOLOGIE
<b>CHROSCIANY</b> Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
<b>COLLIN</b> Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
<b>COUMES-SALOMON</b> Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
<b>CURUMTHAULEE</b> Faiz	OPHTALMOLOGIE
<b>DARBAS</b> Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
<b>DU FAYET DE LA TOUR</b> Anaïs	MEDECINE LEGALE
<b>DUPIRE</b> Nicolas	CARDIOLOGIE
<b>FESTOU</b> Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
<b>FORESTIER</b> Géraud	RADIOLOGIE
<b>FRACHET</b> Simon	NEUROLOGIE
<b>GIOVARA</b> Robin	CHIRURGIE INFANTILE
<b>LADRAT</b> Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
<b>LAGOUEYTE</b> Benoît	ORL
<b>LAPLACE</b> Benjamin	PSYCHIATRIE
<b>LEMACON</b> Camille	RHUMATOLOGIE
<b>MEYNARD</b> Alexandre	NEUROCHIRURGIE
<b>MOI BERTOLO</b> Emilie	DERMATOLOGIE
<b>MOHAND O'AMAR ép. DARI</b> Nadia	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
<b>NASSER</b> Yara	ENDOCRINOLOGIE
<b>PAGES</b> Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
<b>PARREAU</b> Simon	MEDECINE INTERNE

<b>RATTI</b> Nina	MEDECINE INTERNE
<b>ROCHER</b> Maxime	OPHTALMOLOGIE
<b>SALLEE</b> Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
<b>SEGUY ép. REBIERE</b> Marion	MEDECINE GERIATRIQUE
<b>THEVENOT</b> Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
<b>TORDJMAN</b> Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
<b>TRAN</b> Gia Van	NEUROCHIRURGIE
<b>VERNAT-TABARLY</b> Odile	OPHTALMOLOGIE

### **Chefs de Clinique – Médecine Générale**

<b>BOURGAIN</b> Clément
<b>HERAULT</b> Kévin
<b>RUDELLE</b> Karen

### **Praticiens Hospitaliers Universitaires**

<b>HARDY</b> Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
<b>LAFON</b> Thomas	MEDECINE D'URGENCE
<b>TRICARD</b> Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

## Remerciements

---

### Aux membres du jury :

Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER, merci pour ces trois années d'enseignement facultaire et de me faire l'honneur de présider ce jury.

Monsieur le Professeur Pierre JESUS, je vous remercie de participer à mon jury. Merci d'apporter vos connaissances et votre expérience sur mon sujet.

Madame le Professeur Nadège LAUCHET, merci d'avoir accepté de juger cette thèse et de votre implication auprès des internes de médecine générale.

### A mon directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Gaëtan HOUDARD, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je vous remercie infiniment pour votre bienveillance, vos encouragements et vos conseils qui m'ont permis de mener à bout ce travail.

### A mon tuteur :

Monsieur le Docteur Hervé NOINSKI, merci de m'avoir fait découvrir la médecine rurale et d'avoir relu l'ensemble de mes écrits.

### Aux médecins et autres personnes rencontrés lors de mon internat :

Aux médecins généralistes libéraux qui m'ont accueillie lors de mes stages : Docteur GRANDON, Docteur PAROT, Docteur BAUDOT, Docteur ZIRNHELT, merci de m'avoir fait découvrir la richesse et la diversité de notre métier.

Un remerciement particulier aux Docteurs Jean-François SIMONNET et Gilles PETIT, merci de m'avoir particulièrement soutenue et réussi à me donner confiance en mes qualités de médecin généraliste. Votre bienveillance, l'amour de votre métier et votre volonté de transmettre sont admirables. J'espère pouvoir bénéficier de vos précieux conseils encore longtemps.

Au Docteur CHAZAT-RABY de la PMI de la Creuse, je vous remercie de m'avoir fait connaître les particularités du métier de médecin de la PMI et permis d'approfondir mes connaissances sur le suivi pédiatrique.

Aux services des urgences, de cardiologie, de gynécologie-obstétrique du CH de Guéret ainsi qu'au service de pneumologie de Sainte-Feyre qui m'ont donné l'opportunité de me former dans une ambiance de travail agréable.

Aux sages-femmes et secrétaires du service de gynécologie-obstétrique du CH de Guéret pour leur gentillesse lors de mon passage en stage et surtout pour leur disponibilité lors du recueil de données de ma thèse. Au Professeur Yves AUBARD pour m'avoir grandement simplifié le recueil des données sur le CHU de Limoges.

A Emilie et Magalie, merci pour nos partages d'expériences médicales qui m'apportent tant. Merci d'avoir été là dans mes nombreux moments de doute tout au long de nos études et de toujours trouver les mots qu'il faut.

A Sylanda, merci de m'avoir accompagnée dans mes premiers pas en tant que remplaçante.

A ma famille et mes proches :

A mes amies de longue date, Oriane et Marie, merci d'être encore à mes côtés aujourd'hui et de me faire partager de superbes moments avec nos familles respectives. Nos discussions sur le post-partum ne sont pas pour rien dans l'origine de ma thèse.

A mes parents, merci d'avoir accepté et soutenu mon projet fou de recommencer des études de médecine alors que vous aviez déjà tellement fait pour moi lors de mes études précédentes. Vous qui dites souvent que vous n'avez jamais pu m'aider parce que vous n'avez pas fait de grandes études, vous avez su m'inculquer la valeur du travail et l'amour de l'autre qui m'ont permis d'en être là où j'en suis aujourd'hui.

A mon frère, ma belle-sœur, merci de m'avoir supportée pendant toutes ces années. Désolée d'avoir pris la place devant la cheminée pendant des journées entières pour réviser mais cela en valait la peine.

A ma belle-famille, merci pour votre accueil, votre confiance en moi qui me touche beaucoup. Mention spéciale à Marie-France pour son temps de relecture.

A mon mari Rémy, pour ton soutien sans faille depuis presque dix ans. Merci d'être toujours là pour moi, de m'aimer comme tu le fais et d'être le père formidable que tu es.

A Jeanne et Luce, mes deux rayons de soleil du quotidien qui m'ont fait vivre la plus incroyable des expériences, celle de devenir maman. Je vous aime.

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Liste des abréviations

---

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

ENP : Enquête nationale périnatale

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension artérielle

IMC : Indice de masse corporelle

IOM : Institute Of Medecine

Kg : Kilogramme

OMS : Organisation mondiale de la santé

Poids PC : Poids pré-conceptionnel

SA : Semaine d'aménorrhée

## Table des matières

---

Introduction .....	20
I. Le poids du début de grossesse au post-partum .....	21
I.1. Définition et situation épidémiologique .....	21
I.1.1. L'indice de Masse Corporelle : l'IMC .....	21
I.1.2. Le post-partum .....	21
I.1.3. Situation épidémiologique en France.....	22
I.2. Les recommandations concernant la prise pondérale en cours de grossesse.....	22
I.3. Les complications dues à une prise de poids excessive pendant la grossesse .....	23
I.3.1. Du côté de la mère .....	23
I.3.2. Du côté de l'enfant.....	23
I.4. Le suivi de la femme enceinte par le médecin généraliste .....	24
I.5. Le post-partum.....	25
I.5.1. Les consultations de suivi.....	25
I.5.2. Le médecin généraliste dans le suivi du post-partum .....	26
I.6. Le suivi pondéral de la femme du début de grossesse au post-partum .....	26
I.6.1. Le suivi pondéral pendant la grossesse.....	27
I.6.2. Le suivi pondéral lors du post-partum .....	27
I.6.3. Les risques associés à la rétention de poids en post-partum.....	27
II. Matériel et méthodes .....	29
II.1. Type d'étude .....	29
II.2. Population d'étude .....	29
II.3. Recueil de données .....	29
II.4. Analyse statistique .....	30
III. Résultats .....	31
III.1. Population de l'étude.....	31
III.1.1. Participation.....	31
III.1.2. Caractéristiques socio-démographiques.....	31
III.1.3. Caractéristiques liées au poids.....	33
III.1.3.1. IMC avant grossesse (Figure 1) .....	33
III.1.3.2. Prise de poids pendant la grossesse.....	33
III.1.4. Pathologies chroniques avant grossesse.....	34
III.1.5. Caractéristiques en lien avec la grossesse et l'accouchement.....	34
III.1.5.1. Modalités de début de grossesse.....	34
III.1.5.2. Alimentation pendant la grossesse.....	35
III.1.5.3. Complications pendant la grossesse .....	35
III.1.5.4. Terme .....	35
III.1.5.5. Mode d'accouchement .....	36
III.1.6. Caractéristiques en lien avec le post-partum .....	36
III.1.6.1. Mode d'alimentation des nouveau-nés .....	36
III.1.6.2. Alimentation de la mère pendant le post-partum .....	36
III.1.6.3. Activité physique depuis l'accouchement .....	36
III.1.6.4. Hospitalisation en post-partum .....	36
III.2. Analyses statistiques.....	37
III.2.1. Distribution du poids des femmes à 6 mois de l'accouchement (Figure 7).....	37

III.2.2. Lien entre les caractéristiques individuelles et le poids de la femme à 6 mois de l'accouchement (Tableau 2) .....	37
III.2.3. Lien entre les caractéristiques liées à la grossesse ou à l'accouchement et le poids de la femme à 6 mois de l'accouchement (Tableau 3) .....	40
III.2.4. Lien entre les caractéristiques en lien avec le post-partum et le poids de la femme à 6 mois de l'accouchement (Tableau 4) .....	40
III.3. Différentes modalités de suivi du poids après accouchement .....	41
III.3.1. Surveillance du poids par la patiente .....	41
III.3.2. Surveillance du poids par un professionnel de santé .....	41
III.3.2.1. Par quels professionnels de santé la surveillance a-t-elle été effectuée ? ....	42
III.3.2.2. A quelles occasions la surveillance par les professionnels de santé a-t-elle eu lieu ? .....	42
III.3.2.3. A quelle fréquence la surveillance pondérale a-t-elle eu lieu ? .....	42
III.3.2.4. Consultation d'un professionnel de santé sans contrôle du poids.....	43
IV. Discussion .....	44
IV.1. Points forts et biais de l'étude .....	44
IV.1.1. Points forts de l'étude.....	44
IV.1.2. Biais de l'étude.....	44
IV.2. Validité externe.....	45
IV.3. Retour au poids pré-conceptionnel à 6 mois post-partum : un objectif difficile à atteindre.....	46
IV.4. Etude des liens entre différentes caractéristiques et le poids des femmes à 6 mois post-partum .....	47
IV.4.1. Prise de poids gestationnelle .....	47
IV.4.2. Hospitalisation de la femme pendant le post-partum .....	47
IV.4.3. Autres caractéristiques identifiées dans la littérature .....	48
IV.5. Suivi pondéral de la femme en post-partum.....	49
IV.5.1. Le poids en post-partum est une préoccupation des femmes.....	49
IV.5.2. Contrôle du poids par les professionnels de santé .....	49
IV.6. Place du médecin généraliste.....	50
IV.6.1. Dans le suivi post-partum.....	50
IV.6.2. Dans le contrôle du poids.....	51
Conclusion .....	52
Références bibliographiques .....	53
Annexes .....	59
Serment d'Hippocrate.....	63

## Table des illustrations

---

Figure 1 : IMC avant grossesse .....	33
Figure 2 : Prise de poids pendant la grossesse par rapport aux recommandations de l'IOM	34
Figure 3 : Mode d'obtention de la grossesse .....	34
Figure 4 : Alimentation pendant la grossesse .....	35
Figure 5 : Complications pendant la grossesse .....	35
Figure 6 : Alimentation de la mère depuis l'accouchement .....	36
Figure 7 : Distribution du poids des femmes 6 mois après l'accouchement .....	37

## Table des tableaux

---

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée.....	31
Tableau 2 : Tableau de contingence entre les caractéristiques individuelles des femmes et le poids à 6 mois post-partum .....	38
Tableau 3 : Tableau de contingence entre les caractéristiques liées à la grossesse ou l'accouchement et le poids des femmes à 6 mois post-partum .....	40
Tableau 4 : Tableau de contingence entre les caractéristiques en lien avec le post-partum et le poids des femmes à 6 mois post-partum .....	41

## Introduction

---

Le surpoids et l'obésité sont des problèmes de santé publique majeurs. En effet, selon un récent rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ils se classent au quatrième rang des facteurs de risque de décès. L'obésité est une maladie multifactorielle associée à de nombreuses maladies telles que les maladies cardio-vasculaires, le diabète de type II et le cancer. Sa prévalence, en constante augmentation, pourrait l'amener dans les décennies à venir à dépasser le tabagisme comme principal facteur de risque de cancer évitable dans certains pays européens.(1)

En France, environ la moitié des adultes et 17% des enfants présentent un surpoids ou une obésité. Le 4<sup>ème</sup> Programme national nutrition santé 2019-2023 avait pour objectifs notamment de stabiliser le surpoids et de réduire de 15% l'obésité des adultes.(2)

Or, la grossesse est une période de prise de poids rapide pouvant être importante. En 2021, la prise de poids moyenne pour une grossesse en France était de 12,5 kilogrammes (kg) mais celle-ci est bien entendu très variable d'une femme à l'autre.(3)

Heureusement, la grossesse est une période bien encadrée par un suivi régulier prévoyant un contrôle pondéral mensuel, ce qui permet de prévenir une prise de poids excessive en dispensant des conseils sur une alimentation saine, variée et équilibrée et la pratique d'activité physique régulière.(4)(5)(6)

En revanche, après l'accouchement, la femme est beaucoup moins au centre de l'attention des professionnels de santé et son suivi semble s'arrêter lors de la consultation postnatale réalisée vers 6 à 8 semaines après l'accouchement. Ce manque d'intérêt pour le post-partum se traduit par une pauvreté de la littérature à ce sujet.(7)

Concernant le poids, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) préconise un retour au poids pré-conceptionnel dans les 6 mois après l'accouchement. Si cela n'est pas le cas, la femme court le risque de présenter un excès de poids pouvant impacter négativement sa vie future.(8)

L'objectif principal de ce travail est donc d'évaluer le taux de retour au poids pré-conceptionnel des femmes à 6 mois de leur accouchement.

Les objectifs secondaires sont d'établir un lien entre différentes caractéristiques et le retour au poids pré-conceptionnel à 6 mois post-partum ainsi que de déterminer les modalités de surveillance pondérale pendant ces 6 mois post-partum.

# I. Le poids du début de grossesse au post-partum

---

## I.1. Définition et situation épidémiologique

### I.1.1. L'indice de Masse Corporelle : l'IMC

L'indice de masse corporelle, ancien indice de Quételet du nom de son inventeur, est un indicateur permettant d'estimer la corpulence de la personne. Il s'obtient en divisant le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres :

$$\text{IMC (kg/m}^2\text{)} = \text{poids (kg)} / \text{taille (m)} \times \text{taille (m)}$$

Chez les enfants et adolescents, la courbe d'IMC visible dans les carnets de santé, est dépendante du sexe.

Chez l'adulte, l'OMS a déterminé quatre catégories de poids définies selon l'IMC :

- **Insuffisance pondérale** : < 18,5 kg/m<sup>2</sup>
- **Poids normal** : 18,5 à 24,9 kg/m<sup>2</sup>
- **Surpoids** : 25 à 29,9 kg/m<sup>2</sup>
- **Obésité** :
  - o Grade I : 30 à 34,9 kg/m<sup>2</sup>
  - o Grade II : 35 à 39,9 kg/m<sup>2</sup>
  - o Grade III : ≥ 40 kg/m<sup>2</sup>

L'IMC constitue une mesure utile pour estimer la prévalence de l'obésité dans une population mais il ne tient pas compte de l'importante variation observée dans la répartition des graisses dans l'organisme. Il ne permet pas non plus de distinguer le poids associé à la masse musculaire de celui associé à la masse grasse.

A noter, en dehors d'une grossesse, le périmètre abdominal est une mesure simple et pratique permettant d'identifier les sujets présentant un risque élevé de maladies liées à l'obésité « androïde », ayant le plus de conséquences indésirables pour la santé.(9)

### I.1.2. Le post-partum

Le post-partum vient du latin *post* signifiant « après » et *partus* signifiant « accouchement ».

Il caractérise la période s'étendant de l'accouchement au retour de couches (réapparition des règles) selon la définition du Larousse.(10)

La durée de cette période peut donc être très variable selon les femmes, le retour de couches survenant environ six semaines après la fin de l'allaitement (11). Certains auteurs vont même plus loin, comme la sage-femme Anna Roy qui estime que le post-partum dure trois ans.(12)

Mais plus qu'une notion de durée, le post-partum est une période de bouleversements physiques, psychiques et familiaux. C'est une étape charnière où la relation mère-enfant se construit.

Il s'agit d'une période où la femme est vulnérable et présente des risques de difficultés liées aux changements de nombreux repères ou à des complications médicales nécessitant un suivi et une attention particulière.(13)

### **I.1.3. Situation épidémiologique en France**

Le surpoids et l'obésité sont des problématiques mondiales de santé publique qui concernent de plus en plus de personnes.

En France, une enquête épidémiologique nationale nommée ObEpi-Roche était effectuée tous les trois ans depuis 1997 jusqu'en 2012, permettant de faire un état des lieux de l'évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité. Les premières études montraient une forte hausse de prévalence de l'obésité (pour rappel 8,5 % en 1997) mais l'avant dernière datant de 2012 semblait indiquer un possible ralentissement de cette progression passant de 14,5% en 2009 à 15 % en 2012.(14)

L'étude Constances, cohorte française réalisée entre 2013 et 2016 auprès de plus de 60 000 personnes et basée sur des données anthropométriques mesurées, retrouvait une prévalence de l'obésité de 15 % en 2016 avec une augmentation significative de l'obésité chez les jeunes adultes (18/29 ans).(15)

En 2020, la Ligue contre l'obésité a lancé une nouvelle étude descriptive sur le modèle des précédentes études ObEpi-Roche. Elle retrouve 17 % des participants en obésité et 30,3 % en surpoids soit un total de 47,3 % de personnes avec un poids excessif par rapport à l'IMC normal. Le surpoids est plus important chez les hommes (53,5 % pour les hommes versus 41,3% pour les femmes) tandis que l'obésité semble plus élevée chez les femmes (17,4 % pour les femmes contre 16,6 % pour les hommes). La prévalence du surpoids et de l'obésité semble augmenter avec l'âge et dans les populations les moins qualifiées sur le plan socio-professionnel (ouvriers, employés). Enfin, les régions du nord de la France ont une prévalence d'obésité plus importante que celles du sud à l'exception de l'Ile-de-France, des Pays de la Loire et de la Bretagne. A noter, cette étude a exclu les femmes enceintes et celles ayant accouché dans les trois mois précédents. (16)

En comparant avec l'étude précédente ObEpi-Roche de 2012, on remarque une augmentation de la prévalence de l'obésité de deux points passant de 15 à 17 %. Ceci est d'autant plus marqué pour l'obésité de grade III (IMC  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>) avec une prévalence de 1,2% en 2012 et 2 % en 2020. Cette étude relève également une tendance inquiétante avec l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez les jeunes adultes passant de 5,4% en 2012 à 9,2 % en 2020 chez les 18/24 ans et de 10,8% à 13,8% en 2020 chez les 25/34 ans.

Le surpoids quant à lui, subit une diminution de deux points faisant évoluer la prévalence de 32,3% à 30,3 % en 2020 confirmant le plafonnement de la prévalence du surpoids en France depuis plusieurs années.

### **I.2. Les recommandations concernant la prise pondérale en cours de grossesse**

La Haute Autorité de Santé (HAS) dans ses recommandations aux professionnels de santé de 2005, recommande une prise pondérale moyenne d'1 kg les premiers mois et d'1,5 kg les deux derniers mois. Elle nuance tout de même en précisant que la prise de poids dépend de l'IMC de début de grossesse.(17)

Le CNGOF recommande une prise de poids de 500g par mois au 1<sup>er</sup> trimestre, d'1 kg par mois au 2<sup>ème</sup> trimestre et de 2 kg par mois au 3<sup>ème</sup> trimestre soit une prise totale de 9 à 12 kg.(18)

En 2009, the Institute Of Medecine (IOM) a publié des nouvelles recommandations sur la prise de poids maternelle en fonction de l'IMC :

- Pour les femmes avec un IMC inférieur à 18,5 kg/m<sup>2</sup> : prise de poids conseillée entre 12,5 et 18 kg
- Pour les femmes avec un IMC normal : prise de poids entre 11,5 et 16 kg
- Pour les femmes en surpoids : prise de poids entre 7 et 11,5 kg
- Pour les femmes obèses : prise de poids entre 5 et 9 kg.

Pour les grossesses gémellaires, l'IOM recommande :

- Pour les femmes avec un IMC normal : prise de poids entre 17 et 25 kg
- Pour les femmes en surpoids : prise de poids entre 14 et 23 kg
- Pour les femmes obèses : prise de poids entre 11 et 19 kg.

Ces nouvelles recommandations ont supprimé les recommandations pour les populations particulières (femmes de petite taille, adolescentes, selon l'origine ethnique).(19)

### **I.3. Les complications dues à une prise de poids excessive pendant la grossesse**

La prise de poids au-delà des recommandations pendant la grossesse peut affecter aussi bien la santé immédiate et future de la femme que celle de son enfant.

#### **I.3.1. Du côté de la mère**

Concernant la femme enceinte, la littérature retrouve une augmentation du risque de complications vasculaires (hypertension artérielle gravidique, pré-éclampsie) pendant la grossesse lors d'une prise pondérale excessive chez les femmes avec un IMC normal avant grossesse.(20)(21)

L'élévation du risque de développer un diabète gestationnel décrit par certains (22)(23) est plus discutée et serait plutôt due pour d'autres à l'excès pondéral existant avant grossesse.(21)(24)

Une prise de poids excessive semble de plus influencer le déroulement de l'accouchement avec un allongement de la durée de travail, un risque d'accoucher par césarienne et un risque d'échec d'un déclenchement du travail.(20)(21)

Une prise de poids excessive pendant la grossesse engendre également une probabilité plus importante de rétention de poids en post-partum. En découle, si la prise de poids perdure, une majoration du risque d'obésité maternelle et donc de maladies cardio-vasculaires.(25)

Enfin, une étude finlandaise a retrouvé un sur risque de développer un cancer du sein post-ménopausique pour une prise pondérale pendant la grossesse supérieure à 15 kg.(26)

En revanche, l'initiation et la durée de l'allaitement maternel ne semblent pas affectés par la prise de poids en excès pendant la grossesse.(27)

#### **I.3.2. Du côté de l'enfant**

Il est bien établi qu'une prise de poids en excès pendant la grossesse entraîne un poids de naissance du nouveau-né plus élevé et notamment un risque de macrosomie.(20)(21)(28)

De plus, le bébé a un risque augmenté d'avoir un score d'Apgar faible à 5 minutes de vie, d'inhalation de liquide méconial, de convulsion, de polyglobulie, d'hyperbilirubinémie et d'hypoglycémie néonatale.(28)(29)

#### I.4. Le suivi de la femme enceinte par le médecin généraliste

Au cours de la grossesse, un suivi régulier, mensuel est proposé à la femme enceinte. Sept consultations prénatales sont prises en charge à 100 % par l'assurance maladie.(17)

Si la grossesse ne présente pas de risque particulier, le médecin généraliste peut être amené à suivre la patiente. Il s'agit du suivi A décrit par la HAS.

DIFFERENTS SUIVIS ET DEMANDES D'AVIS POSSIBLES POUR LES GROSSESSES EN FONCTION DES SITUATIONS A RISQUE IDENTIFIEES (ACCORD PROFESSIONNEL)
<b>Suivi A</b> : lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme.
<b>Avis A1</b> : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et /ou d'un autre spécialiste est conseillé.
<b>Avis A2</b> : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
<b>Suivi B</b> : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Le médecin devra donc rechercher plusieurs situations à risque afin de définir le suivi recommandé :

- **Des facteurs de risque généraux** : individuels (âges extrêmes, obésité ou insuffisance pondérale), sociaux, risque professionnel, antécédents familiaux (pathologies génétiques transmissibles)
- **Des antécédents personnels** notamment **chirurgicaux** et **pathologies utéro-vaginales**
- **Des antécédents personnels en lien avec une précédente grossesse** : diabète gestationnel, hypertension gravidique, infections urinaires récurrentes
- **Une exposition à des toxiques** : alcool, tabac, drogue, médicament tératogène
- **Des facteurs de risque médicaux** : diabète, hypertension artérielle, évènement thrombotique, pathologies pulmonaire (notamment l'asthme), hématologique (notamment un trouble de la coagulation), digestive, neurologique (notamment l'épilepsie), thyroïdienne ou psychiatrique, maladie du système
- **Des maladies infectieuses** : notamment toxoplasmose, rubéole, herpès génital, syphilis, VIH, hépatites
- **Des facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux** : notamment néoplasie mammaire, hématome rétro-placentaire, incompatibilité foeto-maternelle.(4)

Dans l'enquête périnatale de 2021, le médecin généraliste était le professionnel assurant le suivi de la grossesse au cours des six premiers mois dans uniquement 4,3% des cas. Le gynécologue-obstétricien reste le professionnel le plus consulté (51,5 %) mais on note une

forte augmentation du suivi par les sages-femmes libérales passant de 8,5% en 2016 à 22,9% en 2020.(3)

Dans une étude réalisée en 2017 en Haute-Normandie auprès de 102 personnes, 27% des femmes interrogées ont déclaré avoir consulté au moins une fois un médecin généraliste pour le suivi mensuel de leur grossesse. Parmi celles-ci, 49 % ont reçu des recommandations concernant le régime alimentaire à adopter pendant leur grossesse et 77% déclarent que le médecin généraliste a surveillé leur poids durant la grossesse.(30)

## **I.5. Le post-partum**

### **I.5.1. Les consultations de suivi**

A la sortie de la maternité, deux séances de suivi postnatal peuvent être réalisées, le plus souvent par une sage-femme. La première doit se faire dans la semaine après la sortie de la maternité et dans les 24 heures en cas de sortie précoce. Elles ont pour but la prévention et le suivi éducatif en cas de besoins particuliers décelés. Pour la mère, l'objectif est de dépister et de prévenir les principales complications du post-partum de nature infectieuse, hémorragique, thromboembolique, vasculo-rénale et psychologique.(31)

Par la suite, deux consultations pour la maman doivent être systématiquement proposées :

- **L'entretien postnatal :**

En France, depuis le premier juillet 2022, « un entretien postnatal précoce obligatoire est réalisé par un médecin ou une sage-femme entre les quatrième et huitième semaines qui suivent l'accouchement » (Article L2122-1 du Code de la santé publique).(32)

Son rôle est de dépister les premiers signes d'une dépression du post-partum ou des facteurs de risque exposant la patiente et d'analyser les besoins de la patiente ou de son conjoint en termes d'accompagnement.

Un second entretien peut être proposé entre les dixième et quatorzième semaines chez les femmes qui ont accouché pour la première fois ou les femmes qui présentent des signes de dépression ou des facteurs de risque qui y exposent.

- **La consultation postnatale :**

Cette consultation clôture le suivi de grossesse en effectuant un « rôle de synthèse, d'information de la patiente et de ses médecins habituels »(8). Le médecin doit repérer les séquelles de la grossesse, rechercher les facteurs de risque pour une prochaine grossesse notamment ceux accessibles à un traitement pouvant améliorer son pronostic.

Elle se fait dans les six à huit semaines suivant l'accouchement par un médecin gynécologue-obstétricien, gynécologue médical, et si la grossesse et l'accouchement se sont déroulés sans complication par un médecin généraliste ou une sage-femme.

Elle est prise en charge à 100 % par l'assurance maladie.

Elle comprend un examen clinique ciblé sur les symptômes de la femme et les complications apparues. L'examen gynécologique n'est pas obligatoire mais un frottis cervico-vaginal est réalisé si le précédent date de plus de deux ans ou était pathologique. La patiente doit être pesée afin d'encourager si nécessaire la perte de poids.

Le professionnel consulté doit favoriser un arrêt des toxiques (tabac, alcool, drogues).

La patiente doit être informée des risques d'avoir une grossesse rapprochée (moins de six mois) et ainsi une discussion sur la contraception doit s'effectuer. Le praticien doit évaluer l'observance et la tolérance de la contraception prescrite en post-partum immédiat et si besoin la modifier.

Les professionnels de santé doivent soutenir l'allaitement maternel en s'enquérant des difficultés éprouvées par la patiente afin de l'aider au mieux.

Les troubles psychiques maternels et des difficultés dans la relation mère-enfant doivent être dépistés.

Le statut vaccinal des parents doit être évoqué, notamment pour la rubéole et la coqueluche qui nécessitent une vaccination dans le post-partum immédiat chez les mères séronégatives. A noter, depuis 2022, selon les recommandations de la HAS, les femmes enceintes devraient avoir été vaccinées contre la coqueluche à partir du deuxième trimestre de grossesse. Si c'est le cas et qu'au moins un mois s'est écoulé entre la vaccination et l'accouchement, l'entourage proche n'a pas besoin d'être vacciné.(33)

De façon plus spécifique, en cas de retard de croissance in utéro, de mort fœtale in utéro ou de pré-éclampsie sévère ou précoce, le médecin doit rechercher un syndrome des antiphospholipides. Une consultation de néphrologie sera proposée aux patientes gardant une protéinurie ou une hypertension artérielle à trois mois après l'accouchement en cas de pré-éclampsie. Enfin, après une cholestase gravidique, un contrôle d'un bilan hépatique afin de s'assurer de sa normalisation devra être fait huit à douze semaines après l'accouchement.

### **I.5.2. Le médecin généraliste dans le suivi du post-partum**

Comme cité précédemment, le médecin généraliste fait partie des professionnels aptes à suivre une patiente qui vient d'accoucher notamment pour la réalisation des deux consultations obligatoires.

En revanche, en France, peu de médecins généralistes réalisent ce suivi. Dans son étude sur l'activité des médecins généralistes au cours de la grossesse et du post-partum, réalisée à partir des données de l'étude ECOGEN, Alexanian montre que celle-ci ne représente qu'une très faible part des consultations de médecine générale (1,2% de l'ensemble des consultations). Et parmi ces consultations, la majorité concernait la grossesse et uniquement 5% le post-partum. Les médecins réalisant plus souvent ces consultations étaient des femmes de moins de 50 ans, exerçant en ville.(34)

Dans d'autres pays, comme l'Angleterre ou l'Australie, le médecin généraliste réalise plus de 90 % des consultations du post-partum.(35)(36)

### **I.6. Le suivi pondéral de la femme du début de grossesse au post-partum**

Depuis 1995, des enquêtes nationales périnatales permettent de connaître l'évolution de la santé périnatale. La dernière de 2021 a montré une augmentation du nombre de femmes présentant une surcharge pondérale avant grossesse avec 23 % des femmes en surpoids et 14,4% en situation d'obésité. L'enquête retrouve une plus forte prévalence de femmes obèses dans les régions du nord de la France et également dans les départements et régions d'outre-mer.(3)

### I.6.1. Le suivi pondéral pendant la grossesse

Le poids est un élément faisant partie du suivi régulier par les professionnels de santé tout au long de la grossesse.

Le poids et la taille doivent être notés dès le début de la grossesse afin de calculer l'IMC et un suivi mensuel du poids doit être effectué comme le recommande la HAS.(4)

### I.6.2. Le suivi pondéral lors du post-partum

Dès la naissance, la femme se retrouve allégée de ses premiers kilogrammes correspondant au poids du bébé, du placenta et du liquide amniotique. Puis 6 semaines après l'accouchement, le volume plasmatique revient à son niveau d'avant grossesse et l'utérus a retrouvé sa taille normale. Le poids restant, appelé rétention de poids en post-partum, reflète alors la masse grasse prise pendant la grossesse.(37)

Dans ses recommandations pour la pratique clinique de 2015, le CNGOF précise que lors de la consultation postnatale, le « poids est mesuré pour encourager la perte de poids (accord professionnel) avec pour objectif un retour au poids pré-conceptionnel dans les 6 mois (grade C)».(8)

Pour les personnes en surpoids ou obèses, l'assurance maladie conseille en plus une consultation 6 à 12 mois après la naissance afin d'aborder le problème du surpoids et de l'obésité.(38)

En France, la dernière enquête nationale périnatale de 2021 donne un aperçu de l'évolution du poids de la femme à deux mois de l'accouchement : (3)

IMC avant la grossesse et gain de poids après l'accouchement (1)	
IMC avant la grossesse	Gain de poids 2 mois après l'accouchement
IMC inférieur à 18,5 (insuffisance pondérale)	Gain de 6,1 kilogrammes
IMC entre 18,5 et 24,9 (corpulence normale)	Gain de 4,6 kilogrammes
IMC entre 25 et 29,9 (surpoids)	Gain de 3,5 kilogrammes
IMC égal ou supérieur à 30 (obésité)	Poids identique à celui avant la grossesse

(1) Source : Enquête nationale périnatale 2021

### I.6.3. Les risques associés à la rétention de poids en post-partum

Le premier risque identifié dans plusieurs études est celui d'un **excès pondéral à long terme**. A titre d'exemple, Linné et al. retrouvent un risque de surpoids 15 ans après, chez les femmes ayant eu une rétention de poids excessive à 12 mois post-partum (39). Dans l'étude de Leslie et al. auprès de femmes enceintes en surpoids ou obèses, 43 % ayant déjà eu une grossesse déclarent ne pas avoir perdu le poids pris lors de cette précédente grossesse.(40)

Il peut également y avoir un risque pour le déroulement d'une grossesse ultérieure. En effet, une grande cohorte suédoise réalisée entre 1992 et 2001 a montré que les femmes qui avaient gagné plus de trois unités d'IMC entre les deux grossesses comparativement aux femmes ayant gagné moins d'une unité d'IMC, avaient un risque plus élevé de **pré-éclampsie, d'hypertension gravidique, de diabète gestationnel et d'extraction par césarienne**.(41)

De plus, une rétention de poids entre deux grossesses, peut augmenter la morbi-mortalité fœtale avec un risque pour le bébé d'avoir **un faible score Apgar à la naissance** (42), **de macrosomie** (43) et **de mortinaissance** (41).

Ces complications sont observées même chez les femmes ayant un IMC normal ou inférieur à 18,5kg/m<sup>2</sup> avant leur première grossesse d'où la nécessité de porter l'attention sur l'ensemble des femmes et pas uniquement celles en surpoids ou obèses avant grossesse.(41)(44)

En conclusion, tout comme le contrôle de la prise de poids pendant la grossesse, il est important de vérifier la perte de poids au cours du post-partum afin de réguler le poids des femmes pendant leurs années de procréation et après.

## II. Matériel et méthodes

---

### II.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, transversale réalisée à l'issue du 6<sup>ème</sup> mois après l'accouchement des femmes de Haute-Vienne et de Creuse, basée sur des données déclaratives obtenues par entretiens téléphoniques et à partir d'un recueil de données rétrospectives via des dossiers médicaux hospitaliers.

### II.2. Population d'étude

La population d'étude est l'ensemble des femmes ayant accouché au sein de la maternité de niveau III de l'Hôpital de la mère et de l'enfant du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges et de la maternité de niveau II du Centre Hospitalier de Guéret entre le 20 novembre et le 20 décembre 2022.

Ont été exclues :

- Les femmes ayant accouché à domicile par souci de simplification de la récupération des données médicales
- Les mineures
- Les femmes ne connaissant pas leur poids à 6 mois de l'accouchement et n'ayant pas de possibilité de se peser lors de notre appel.

### II.3. Recueil de données

L'étude s'est déroulée en deux grandes parties.

La première consistait, après accord des chefs de service des deux établissements, en un recueil de données rétrospectives à partir des dossiers médicaux des patientes des deux maternités permettant de récupérer les données suivantes : âge à l'accouchement, poids avant et en fin de grossesse, taille, parité, date du précédent accouchement, profession de la mère, type de grossesse, mode de vie, origine, lieu de vie, consommation de toxique, antécédents personnels, complications pendant la grossesse, terme et mode d'accouchement.

Puis, les patientes étaient contactées par téléphone, 6 mois après la date de leur accouchement, afin de :

- Recueillir leur poids actuel (soit à 6 mois de l'accouchement)
- Compléter les données manquantes du dossier médical si nécessaire
- Obtenir des informations sur le déroulement du post-partum : allaitement (nature et durée), reprise d'une activité physique, attention portée à leur alimentation pendant la grossesse et pendant le post-partum, hospitalisation de la femme
- Obtenir des informations sur leur suivi pondéral et médical depuis leur accouchement : par qui ? A quelle occasion ? A quelle fréquence ?

Le guide de recueil des données est présenté en annexe 1.

Les patientes étaient contactées à partir des coordonnées téléphoniques mentionnées dans leur dossier médical. Après une brève présentation de l'étude, les patientes donnaient ou non leur accord pour leur participation.

Les femmes n'ayant pas répondu au premier appel ont toutes été rappelées jusqu'à trois fois.

#### **II.4. Analyse statistique**

La base de données est présentée sous forme d'un tableau Excel®. Les statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel intégré au site BiostaTGV.

La description de la population et l'objectif principal sont exprimés par des calculs d'effectifs et de pourcentages.

Les variables quantitatives sont exprimées par un indicateur de tendance centrale (moyenne) et un indice de dispersion (écart-type).

Les comparaisons des variables qualitatives ont été réalisées avec le test exact de Fisher pour un effectif inférieur à cinq et le test du Chi<sup>2</sup> pour un effectif supérieur ou égal à 5.

Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0,05.

## III. Résultats

---

### III.1. Population de l'étude

#### III.1.1. Participation

227 patientes ont été incluses sur la période déterminée par un accouchement au sein des maternités de l'Hôpital de la mère et de l'enfant du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges et du Centre Hospitalier de Guéret, du 20 novembre au 20 décembre 2022.

Sur les 227 patientes contactées, nous avons obtenu 130 réponses. Parmi elles, 7 personnes ont refusé de participer à l'étude.

Sur les 123 réponses restantes, 16 ont été exclus faute de pouvoir nous fournir leur poids à 6 mois de leur accouchement le jour de notre appel.

Au total, 107 réponses ont donc été analysées.

#### III.1.2. Caractéristiques socio-démographiques

Les caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée sont présentées dans le tableau 1.

67,2 % de la population d'étude a entre 25 et 34 ans.

53,3 % des femmes de notre étude sont primipares.

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
<b>Age des femmes à l'accouchement</b>		
-Moins de 20 ans	2	1,90%
-De 20 à 24 ans	15	14%
-De 25 à 29 ans	34	31,70%
-De 30 à 34 ans	38	35,50%
-De 35 à 39 ans	12	11,20%
-40 ans et plus	6	5,60%
<b>Parité avant grossesse</b>		
-Pas d'enfant	57	53,30%
-1 enfant	33	30,80%
-2 enfants	7	6,50%
-3 enfants ou plus	10	9,30%

### **Catégorie socio-professionnelle**

-Agricultrice	1	0,90%
-Artisane, commerçante, cheffe d'entreprise	5	4,70%
-Cadre, profession intellectuelle supérieure	16	14,90%
-Profession intermédiaire de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique	13	12,10%
-Employée	42	39,20%
-Ouvrière	2	1,90%
-Congé parental	2	1,90%
-Etudiante	6	5,60%
-Sans activité professionnelle	20	18,70%

---

### **Mode de vie**

-Seule	7	6,54%
-En couple	99	92,50%
-Avec un proche ou en collectivité	1	0,90%

---

### **Habitat**

-Rural	65	60,70%
-Urbain	42	39,30%

---

### **Origine de la mère**

-Europe	85	79,40%
-Afrique	18	16,80%
-Asie	3	2,80%
-Amérique	1	0,90%

---

### **Toxiques**

-Tabac	16	15%
-Alcool	0	0%
-Aucun	91	85%

---

### III.1.3. Caractéristiques liées au poids

#### III.1.3.1. IMC avant grossesse (Figure 1)

47 femmes soit 43,9 % de la population étudiée avaient un IMC avant grossesse considéré comme normal.

9 femmes (8,4 %) présentaient un IMC avant grossesse inférieur à 18,5 kg/m<sup>2</sup>.

27 femmes (25,2 %) étaient en surpoids et 24 femmes (22,4%) étaient en situation d'obésité avant leur grossesse. Parmi ces dernières, 13 (12,1 %) étaient en obésité en de grade I, 5 (4,7 %) en obésité de grade II et 6 (5,6 %) au stade d'obésité de grade III.

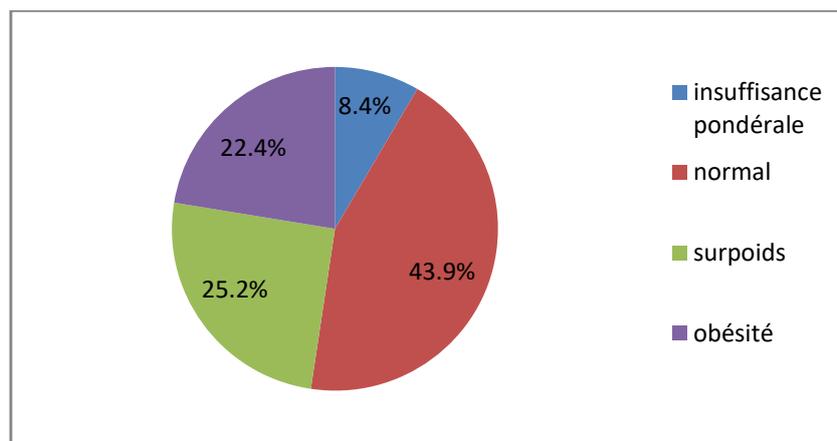


Figure 1 : IMC avant grossesse

#### III.1.3.2. Prise de poids pendant la grossesse

Dans notre étude, la **prise de poids moyenne** au cours de la grossesse était de **11,75 kg +/- 6,7 kg**.

Si nous regardons la prise de poids selon l'IMC avant grossesse, nous constatons une prise de poids moyenne de :

- 15,7 kg +/- 6,8 kg chez les femmes avec un IMC < 18,5 kg/m<sup>2</sup> avant grossesse
- 11,8 kg +/- 5,4 kg chez les femmes avec IMC normal avant grossesse
- 13 kg +/- 7 kg chez les femmes en surpoids avant grossesse
- 8,6 kg +/- 7,4 kg chez les femmes obèses avant grossesse.

Si on compare la prise de poids par rapport aux recommandations de l'IOM (Figure 2) :

- 30 femmes soit 28% ont eu une prise de poids inférieure aux recommandations
- 46 femmes soit 43 % ont eu une prise de poids adéquate
- 31 femmes soit 29 % ont eu une prise de poids excessive.

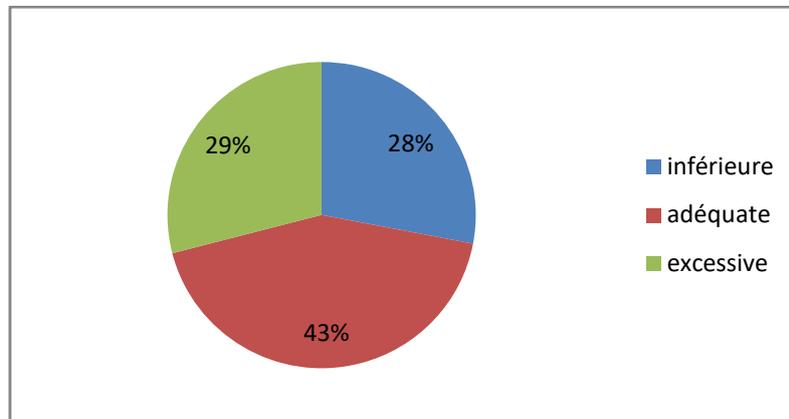


Figure 2 : Prise de poids pendant la grossesse par rapport aux recommandations de l'IOM

#### III.1.4. Pathologies chroniques avant grossesse

La population d'étude était composée de 73 femmes (68,2%) sans aucune pathologie chronique avant leur grossesse, 11 femmes (10,3 %) asthmatiques, 9 femmes (8,4%) présentant un trouble d'ordre psychiatrique, 3 femmes (2,8%) avec une dysthyroïdie, 2 femmes (1,9%) ayant une pathologie cardiaque, et 1 femme pour chaque comorbidité suivante : épilepsie, diabète, thrombopénie, drépanocytose, neurofibromatose, mélanome, sleeve gastrectomie, porphyrie, maladie de Verneuil.

#### III.1.5. Caractéristiques en lien avec la grossesse et l'accouchement

##### III.1.5.1. Modalités de début de grossesse

98 grossesses (91,6 %) ont été obtenues spontanément et 9 (8,4%) avec assistance médicale à la procréation (Figure 3).

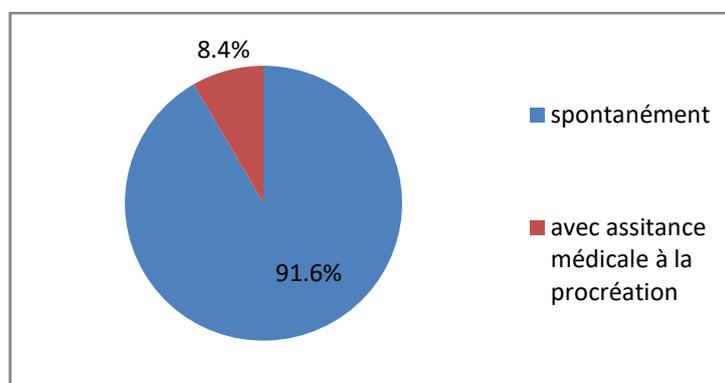


Figure 3 : Mode d'obtention de la grossesse

104 (97,2 %) femmes ont eu une grossesse simple et 3 femmes (2,8%) une grossesse gémellaire.

5 femmes (4,7 %) ont débuté leur grossesse moins d'un an après avoir accouché et 102 femmes (95,3%) avaient eu une grossesse il y a plus de 12 mois auparavant ou étaient primipares.

### III.1.5.2. Alimentation pendant la grossesse

48 femmes (44,9 %) ont déclaré avoir porté attention à leur alimentation pendant leur grossesse et 59 femmes (55,1 %) déclarent ne pas y avoir prêté d'attention particulière (Figure 4).

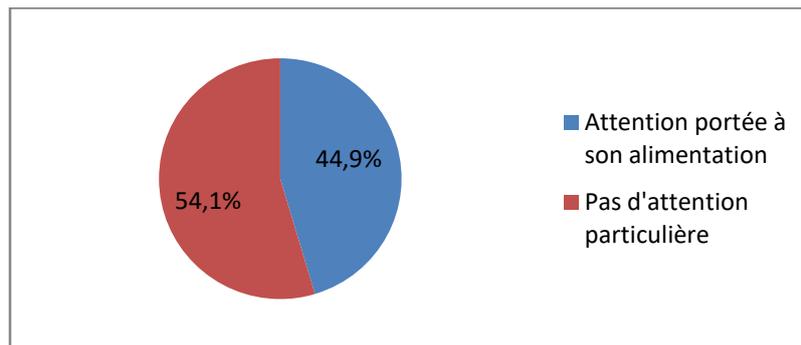


Figure 4 : Alimentation pendant la grossesse

### III.1.5.3. Complications pendant la grossesse

Au cours de notre étude, 13 femmes ont développé un diabète gestationnel, 5 femmes ont eu une menace d'accouchement prématuré, 3 femmes ont présenté une HTA gravidique, 1 femme a eu simultanément un diabète gestationnel et une HTA gravidique, 1 femme a déclaré un diabète gestationnel et eu une menace d'accouchement prématuré et 4 femmes ont présenté d'autres complications (cholestase gravidique, hématome rétro placentaire, retard de croissance in utéro, épisode dépressif).

Au total, 28 femmes (26,1 %) ont fait une complication pendant leur grossesse et 79 femmes (73,8 %) ont eu une grossesse simple (Figure 5).

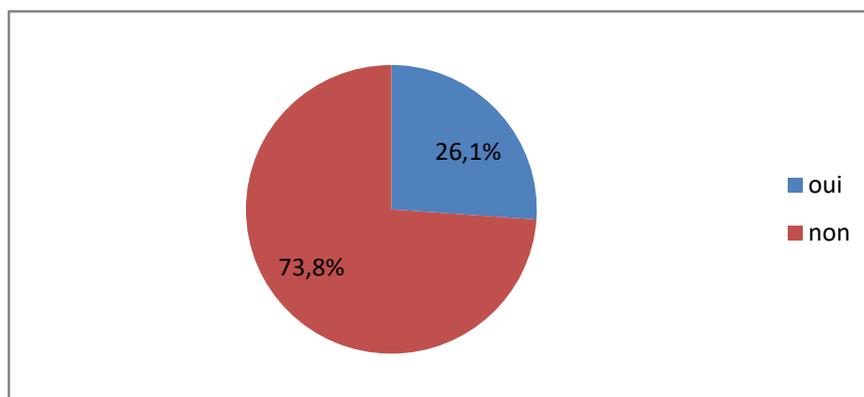


Figure 5 : Complications pendant la grossesse

### III.1.5.4. Terme

92 femmes (86 %) ont accouché après 37 semaines d'aménorrhée (SA) et 15 patientes (14 %) ont eu un accouchement prématuré (avant 37 SA).

### III.1.5.5. Mode d'accouchement

77 naissances (72 % des accouchements) ont eu lieu par voie basse.

30 femmes (28 % des accouchements) ont eu une césarienne.

### III.1.6. Caractéristiques en lien avec le post-partum

#### III.1.6.1. Mode d'alimentation des nouveau-nés

61 femmes (57%) ont choisi un allaitement maternel à la naissance et 46 femmes (43 %) ont opté pour un allaitement artificiel.

L'allaitement maternel a duré moins de 3 mois pour 24 femmes (22,4%) et plus de 3 mois pour 37 femmes (34,6%).

#### III.1.6.2. Alimentation de la mère pendant le post-partum

57 femmes (53,3%) ont déclaré avoir porté attention à leur alimentation depuis leur accouchement et 50 (46,7%) n'y ont pas prêté attention (Figure 6).

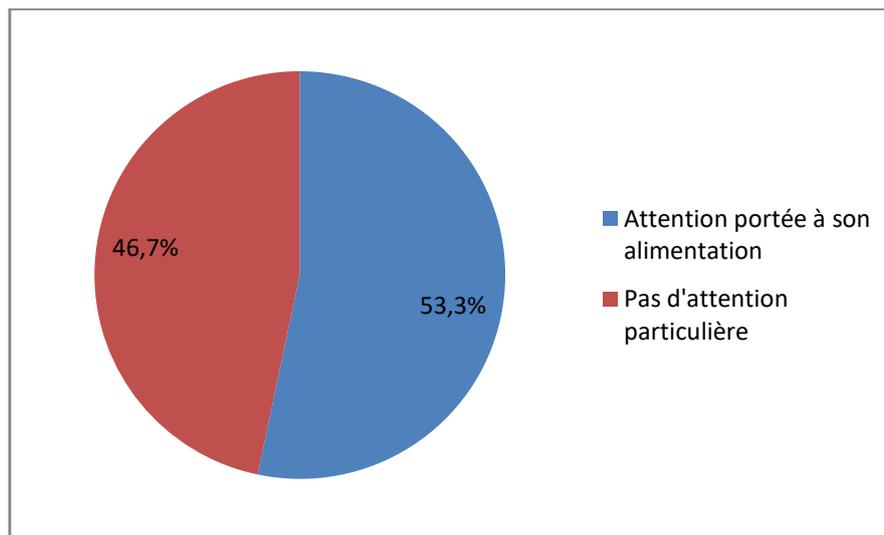


Figure 6 : Alimentation de la mère depuis l'accouchement

#### III.1.6.3. Activité physique depuis l'accouchement

Six mois après leur accouchement, 25 femmes ont repris une activité physique régulière soit 23,3 % des femmes de l'échantillon.

#### III.1.6.4. Hospitalisation en post-partum

3 femmes de notre étude (2,8%) ont présenté des problèmes de santé nécessitant une hospitalisation pendant leur post-partum.

## III.2. Analyses statistiques

### III.2.1. Distribution du poids des femmes à 6 mois de l'accouchement (Figure 7)

A 6 mois de leur accouchement, **41 femmes** soit **38,3 %** des femmes de notre étude **ont retrouvé leur poids d'avant grossesse** :

- 20 femmes soit 18,7 % de notre échantillon d'étude ont un poids à 6 mois inférieur à leur poids pré-conceptionnel (PC)
- 21 femmes soit 19,6 % de l'échantillon ont un poids identique à leur poids PC.

A 6 mois de leur accouchement, **66 femmes** soit **61,7 %** des femmes **ont une rétention pondérale** par rapport à leur poids PC :

- 28 femmes soit 26,2 % ont entre 0,5 et 4,9 kg en plus que leur poids PC
- 28 femmes soit 26,2 % ont entre 5 et 10 kg en plus que leur poids PC
- 10 femmes soit 9,3 % ont plus de 10 kg en plus de leur poids PC.

La rétention de poids moyenne est de 3 kg +/- 5,4 kg.

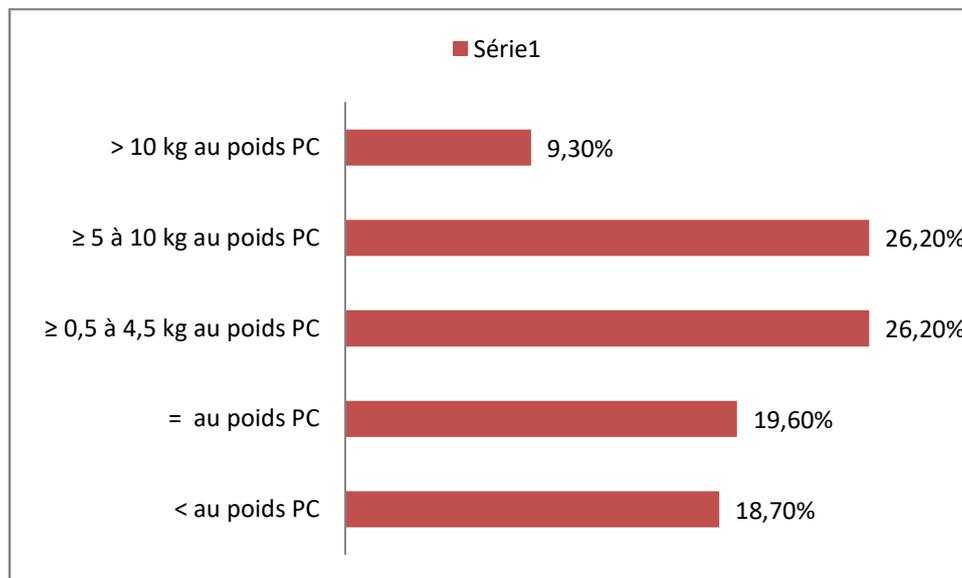


Figure 7 : Distribution du poids des femmes 6 mois après l'accouchement

### III.2.2. Lien entre les caractéristiques individuelles et le poids de la femme à 6 mois de l'accouchement (Tableau 2)

Dans notre étude, l'âge de la patiente à l'accouchement, la catégorie socio-professionnelle, le mode de vie, le type d'habitat, l'IMC avant grossesse, la parité, le délai entre deux grossesses, l'origine de la mère, l'existence d'antécédents personnels et la consommation

de toxique n'ont pas d'influence significative sur le retour au poids PC 6 mois après l'accouchement.

Tableau 2 : Tableau de contingence entre les caractéristiques individuelles des femmes et le poids à 6 mois post-partum

Caractéristiques	Effectif avec un poids à 6 mois $\leq$ poids PC	Effectif avec un poids à 6 mois $>$ poids PC	Test statistique
<b>Age</b>			p = 0,94
< 25 ans	7	10	
25 à 29 ans	14	20	
30 à 34ans	14	24	
$\geq$ 35 ans	6	12	
<b>Catégorie socio-professionnelle</b>			p = 0,57
Agricultrice	0	1	
Artisane, commerçante, cheffe d'entreprise	1	4	
Cadre, profession intellectuelle supérieure	5	11	
Profession intermédiaire	5	8	
Employée	16	26	
Ouvrière	2	0	
Congé parental	1	1	
Etudiante	4	2	
Sans activité professionnelle	7	13	
<b>Mode de vie</b>			p = 0,42
Célibataire	2	5	
En couple	38	61	
Vie avec un proche/ en collectivité	1	0	

<b>Habitat</b>			p = 0,43
Rural	23	42	
Urbain	18	24	
<b>Toxiques</b>			p = 0,58
Tabac	5	11	
Alcool	0	0	
Aucun	36	55	
<b>IMC avant grossesse</b>			p = 0,51
Maigreux	3	6	
Normal	18	29	
Surpoids	8	19	
Obésité	12	12	
<b>Parité</b>			p = 0,64
Primipare	23	34	
Multipare	18	32	
<b>Délai entre 2 grossesses</b>			p = 1
< 1 an	2	3	
> 1 an	39	63	
<b>Origine</b>			p = 0,22
Europe	35	50	
Afrique	4	14	
Asie	2	1	
Amérique	0	1	
<b>Antécédents</b>			p = 0,51
Hypertension artérielle	0	0	
Diabète	0	1	
Epilepsie	0	1	

Troubles psychiatriques	3	6	
Asthme	7	4	
Autre	4	8	
Aucun	27	46	

### III.2.3. Lien entre les caractéristiques liées à la grossesse ou à l'accouchement et le poids de la femme à 6 mois de l'accouchement (Tableau 3)

Il existe un **lien statistiquement significatif** entre **une prise de poids pendant la grossesse inférieure aux recommandations et l'obtention d'un poids à 6 mois après l'accouchement inférieur ou égal au poids PC** ( $p = 0,00004$ ).

En revanche, nous n'avons pas mis en évidence de lien significatif entre la survenue de complications en cours de grossesse, le mode d'obtention de la grossesse (après traitement ou spontanée), le type de grossesse (simple ou multiple), l'alimentation pendant la grossesse, le terme, le mode d'accouchement et le retour au poids PC à 6 mois de l'accouchement.

Tableau 3 : Tableau de contingence entre les caractéristiques liées à la grossesse ou l'accouchement et le poids des femmes à 6 mois post-partum

Caractéristiques	Effectif avec un poids à 6 mois $\leq$ poids PC	Effectif avec un poids à 6 mois $>$ poids PC	Test statistique
<b>Prise de poids pendant la grossesse</b>			$p < 0,05$
Inférieure	19	11	
Adéquate	19	27	
Excessive	3	28	

### III.2.4. Lien entre les caractéristiques en lien avec le post-partum et le poids de la femme à 6 mois de l'accouchement (Tableau 4)

Notre étude n'a pas mis en évidence de lien statistiquement significatif entre l'allaitement maternel (quelque soit la durée), l'alimentation après l'accouchement, la pratique d'une activité physique en post-partum, le contrôle du poids en post-partum et le retour au poids PC à 6 mois de l'accouchement.

Notre échantillon ne met pas en évidence de différence significative entre l'hospitalisation de la femme en post-partum ou non et le retour au poids PC à 6 mois. Nous notons tout de même une tendance à la rétention de poids à 6 mois du post-partum chez les patientes qui n'ont jamais été hospitalisées.

Tableau 4 : Tableau de contingence entre les caractéristiques en lien avec le post-partum et le poids des femmes à 6 mois post-partum

Caractéristiques	Effectif avec un poids à 6 mois $\leq$ au poids PC	Effectif avec un poids à 6 mois $>$ poids PC	Test statistique
<b>Hospitalisation pendant le post-partum</b>			$p = 0,053$
oui	3	0	
non	38	66	

### III.3. Différentes modalités de suivi du poids après accouchement

#### III.3.1. Surveillance du poids par la patiente

100 femmes soit 93,4 % des femmes de l'étude ont contrôlé leur poids au moins une fois depuis l'accouchement.

Parmi elles :

- 34 ont fait un contrôle une fois par semaine ou plus
- 18 ont fait un contrôle une fois tous les 15 jours
- 23 ont fait un contrôle une fois par mois
- 11 ont fait un contrôle une fois tous les 2 mois
- 7 ont fait un contrôle une fois tous les 3 mois
- 4 ont fait un contrôle une fois en 6 mois
- 3 ont fait des contrôles de façon très irrégulière.

75 % des femmes qui ont fait une surveillance se sont pesées au moins une fois par mois.

#### III.3.2. Surveillance du poids par un professionnel de santé

74 femmes soit 69,1 % des femmes ont eu au moins un contrôle de leur poids par un professionnel de santé.

Dans notre échantillon, 7 femmes n'avaient consulté aucun professionnel de santé depuis leur accouchement.

### III.3.2.1. Par quels professionnels de santé la surveillance a-t-elle été effectuée ?

22 femmes (20,5%) ont été pesées par leur médecin généraliste.

40 femmes (37,3 %) ont été pesées par le gynécologue-obstétricien ou gynécologue médical.

28 femmes (26,1 %) ont été pesées par la sage-femme.

4 femmes (3,7%) ont été pesées par un médecin du travail.

1 femme a été pesée par un dermatologue qui la suivait pour une pathologie chronique.

Au total, **les gynécologues et les sages-femmes** sont les professionnels de santé ayant effectué le plus de contrôle du poids en post-partum.

### III.3.2.2. A quelles occasions la surveillance par les professionnels de santé a-t-elle eu lieu ?

67 femmes soit 90,5 % de ces femmes ont eu un contrôle de leur poids **lors de la consultation postnatale**.

32 femmes soit 43,2 % de ces femmes ont été pesées à l'occasion d'une autre consultation.

### III.3.2.3. A quelle fréquence la surveillance pondérale a-t-elle eu lieu ?

Parmi les femmes qui ont eu une surveillance pondérale en post-partum par leur médecin généraliste :

- 1 femme a déclaré avoir eu un contrôle tous les mois
- 1 femme a déclaré avoir eu un contrôle tous les 2 mois
- 7 femmes ont eu un contrôle tous les 3 mois
- 13 femmes ont eu un seul contrôle en 6 mois.

Parmi les femmes qui ont eu une surveillance du poids par un gynécologue-obstétricien ou gynécologue médical :

- 4 femmes ont eu un contrôle tous les 3 mois
- 36 femmes ont eu un contrôle en 6 mois

Parmi les femmes ayant eu un suivi pondéral par une sage-femme :

- 2 femmes ont eu un contrôle tous les mois
- 2 femmes ont eu un contrôle tous les 3 mois
- 24 femmes ont eu un contrôle en 6 mois.

Les médecins du travail et le dermatologue ont pesé les femmes une fois en 6 mois.

Au total, la majorité des femmes a été pesée **une seule fois en 6 mois**.

#### **III.3.2.4. Consultation d'un professionnel de santé sans contrôle du poids**

22 femmes (20,6 %) ont consulté au moins une fois le médecin généraliste (tout motif confondu) sans que celui-ci ne contrôle leur poids depuis l'accouchement.

14 femmes (13,1 %) ont vu une sage-femme sans que celle-ci ne contrôle leur poids en post-partum.

18 femmes (16,8 %) ont déclaré avoir eu une consultation par un gynécologue-obstétricien ou gynécologue médical sans surveillance du poids.

1 femme a vu un autre médecin spécialiste sans que celui-ci ne la pèse.

## IV. Discussion

---

### IV.1. Points forts et biais de l'étude

#### IV.1.1. Points forts de l'étude

Le thème de notre étude est un sujet original, peu traité en France. En effet, beaucoup se sont attachés à la prise de poids pendant la grossesse et ses déterminants mais peu ont étudié le poids en post-partum. De plus, aucune étude n'a, à notre connaissance, étudié le suivi pondéral des femmes par les professionnels de santé dans le post-partum. Les principales études retrouvées concernaient la consultation postnatale réalisée entre 6 et 8 semaines après l'accouchement.

C'est également un sujet d'actualité. Tout d'abord, par la période concernée à savoir le post-partum qui est de plus en plus mis en avant par ses bouleversements physiques et psychologiques qu'il engendre mais surtout par le fait que les femmes ont l'envie d'en parler et surtout d'être préparées à ce qui les attend. D'autre part, par le sujet de l'excès de poids qui est un enjeu majeur de santé publique avec une prévalence de l'obésité en constante augmentation depuis plusieurs années notamment en France.

Dans sa méthodologie, un autre point fort de notre étude réside dans la mesure objective des poids des patientes en fin de grossesse, rendue possible par les pratiques des maternités dans lesquelles a eu lieu l'échantillonnage. Cela a permis d'avoir une mesure plus juste que si les patientes avaient dû se remémorer et déclarer leur poids de fin de grossesse.

De plus, le fait de la transversalité de l'étude peut ici être vu comme un point fort car les femmes n'ont pas été influencées dans leur perte de poids par le fait de savoir qu'elles allaient avoir une évaluation de leur poids à 6 mois.

#### IV.1.2. Biais de l'étude

##### Biais de sélection :

Les femmes contactées ont pour la grande majorité accouché dans une maternité de niveau III car le nombre d'accouchement sur une période donnée était beaucoup plus important sur cette maternité que dans la seconde maternité de niveau II qui a également servi au recrutement. Cela peut donc présenter un risque d'avoir inclus davantage de femmes avec un risque de grossesse compliquée.

De plus, les femmes de notre échantillon analysé ont toutes été volontaires pour participer et connaissaient leur poids à l'issue des 6 mois de l'accouchement ce qui exclut l'analyse du poids des femmes ayant refusé de participer à notre étude ainsi que celui des femmes n'ayant pas la possibilité de donner un poids récent.

L'absence de mineures ou de femmes ayant accouché à domicile peut également constituer un biais.

Enfin, une des difficultés de l'étude a été de contacter les patientes. En effet, le taux de réponses aux appels téléphoniques n'est pas très élevé malgré les multiples tentatives. Il aurait pu être intéressant de compléter les appels par un autre moyen d'information (mail, courrier postal...) afin d'augmenter le nombre de réponses.

### Biais d'information :

Les patientes ont parfois dû compléter les données manquantes du dossier pour le poids d'avant ou de fin de grossesse. Ces données déclaratives récoltées plusieurs mois après exposent à un biais de mémorisation.

De plus, le mode déclaratif du poids à 6 mois peut entraîner un biais de désirabilité sociale. En effet, les femmes ont pu mentir par peur du jugement sur leur poids actuel et ainsi déclarer un poids inférieur à leur poids réel. De la même façon, certaines femmes ont pu sur-déclarer la pratique d'activité physique ou émettre de fausses déclarations concernant l'attention portée à leur alimentation.

Enfin, certaines caractéristiques comme la pratique d'activité physique ou l'attention portée à l'alimentation auraient pu être définies de façon plus précise.

### **IV.2. Validité externe**

Nous avons comparé notre population à la population générale des femmes enceintes, en se basant sur les résultats de l'enquête nationale périnatale (ENP) de 2021.(3)

Concernant l'âge des patientes, 35,5 % des patientes de notre étude avaient entre 30 et 34 ans, 1,9 % avaient moins de 20 ans et 5,6 % plus de 40 ans. En comparaison, l'ENP retrouvait 35,7 % des patientes âgées de 30 à 34 ans, 1,1% de moins de 20 ans majeures et 5,4 % de plus de 40 ans. Les données sont donc similaires allant dans le sens d'une augmentation de l'âge des femmes à l'accouchement depuis le début des années 1980.

92,5 % des femmes de notre étude vivent en couple contre 92,1 % dans l'ENP de 2021.

Pour l'origine, 79 % sont originaires d'Europe, 16,8 % d'Afrique versus dans l'ENP : 83 % femmes originaire d'Europe, 13,6 % d'Afrique, ce qui est globalement comparable.

Les résultats pour les catégories socio-professionnelles sont plus disparates. En effet, dans notre étude, la plus grande catégorie des femmes étaient employées (39,2%) comme dans l'ENP (35,8%) mais nous avons plus de femmes sans profession dans notre étude avec 17,8% contre 10,3% dans l'ENP 2021 et moins de femmes exerçant des professions intermédiaires (enseignement, santé, fonction publique) avec 12,1% contre 26,2% dans l'enquête nationale.

Le taux de grossesses obtenues spontanément de notre échantillon (92%) est comparable à celui de l'ENP (93%).

Pour les données concernant l'IMC avant grossesse, notre échantillon était composé de davantage de femmes obèses : 22,4% contre 14,4 % dans l'ENP et légèrement plus en surpoids : 25,2% contre 23 % dans l'ENP. On retrouvait également un peu plus de femmes en insuffisance pondérale : 8,7 % contre 5,8% dans l'ENP.

Le taux de fumeuses de notre étude est de 15 % alors que l'ENP de 2021 retrouvait 12 % de fumeuses au troisième trimestre de grossesse.

La majorité des femmes de notre échantillon était nullipare contre 41,3 % dans l'ENP et il y avait moins de femmes avec 2 enfants ou plus dans notre étude (15,8%) que dans l'enquête nationale (23,6%).

Enfin, concernant l'accouchement, nous retrouvons dans notre étude un taux de 28 % de césarienne, donc plus élevé que le taux de 21 % en population générale. Cela peut

s'expliquer par une majorité de recrutement de notre échantillon dans une maternité de niveau III, maternités dans lesquelles le taux de césarienne est plus élevé.(45)

### **IV.3. Retour au poids pré-conceptionnel à 6 mois post-partum : un objectif difficile à atteindre**

En France, il existe peu d'information concernant l'évolution du poids de la femme en post-partum. La seule recommandation française émanant du CNGOF en 2015 concerne la consultation postnatale au cours de laquelle « le poids est mesuré pour encourager la perte de poids (accord professionnel) avec pour objectif le retour au poids pré-conceptionnel dans les 6 mois » et elle présente un faible niveau de preuve scientifique (grade C).

**La majorité des femmes de notre étude n'a pas atteint cet objectif** puisque **61,7%** d'entre elles présentent une rétention pondérale à l'issue des 6 mois post-partum.

**La rétention de poids moyenne 6 mois après l'accouchement des femmes de notre étude est de 3 kg** (écart-type = 5,4 kg). C'est plus élevé que celle retrouvée dans trois cohortes européennes qui retrouvent une moyenne de rétention de poids entre 1,3 et 1,4 kg(46)(47)(48). En revanche, ce chiffre est comparable à deux autres études américaines.(49)(50)

En France, une autre étude récente a évalué l'évolution du poids de la femme sur 4 mois après l'accouchement et montre une rétention pondérale moyenne à 4 mois post-partum de 1,33 kg +/- 7,5 kg. Nos différences pourraient s'expliquer par une population différente notamment concernant l'IMC pré-conceptionnel (plus de femmes obèses dans notre étude et absence d'information concernant les femmes en insuffisance pondérale dans l'étude comparative) et également le biais de mesure de son étude dans laquelle toutes les femmes devaient se peser mensuellement pouvant contribuer ainsi à une plus grande attention à leur poids.(51)

D'autre part, nous avons constaté que **plus d'un tiers des femmes avaient une rétention pondérale importante** (supérieure ou égale à 5 kg comme défini dans plusieurs études(46)(52)(53)). Ce chiffre est là encore plus élevé que dans une étude Danoise où 21% des femmes ont une rétention pondérale importante.(46)

Enfin, d'autres études se sont intéressées au poids des femmes sur plus long terme :

- Dans une cohorte Danoise, le nombre de femmes avec une rétention de poids en post-partum importante passe de 21% à 12% entre 6 et 18 mois après l'accouchement. A 18 mois post-partum, les femmes pesaient en moyenne le même poids qu'avant leur grossesse.(46)
- Une grande cohorte Norvégienne du début du XXIème siècle montre que pour la plupart des femmes, la trajectoire de poids post-partum représente un changement modéré de 2 kg dans les 3 ans suivant l'accouchement. Elle met en évidence trois groupes d'évolution : le premier correspondant à la majorité des femmes (85,9%) avec un faible niveau de rétention pondérale au départ puis un léger gain de poids sur 3 ans, un second groupe de femmes (8,5%) avec une rétention pondérale de départ élevée (4,6 kg) et un poids croissant au fil du temps (1,4 kg/ an en moyenne) et un dernier (5,6% des femmes ) avec une forte rétention pondérale au départ et une perte de poids marquée avec le temps (2,6 kg / an en moyenne).(47)

- Une méta-analyse d'études publiées entre 1995 et 2005 retrouve une diminution du poids tout au long de la première année suivant l'accouchement.(54)

Au total, ces études montrent que bien souvent la perte de poids continue après les 6 mois proposés par le CNGOF même s'il est difficile d'établir une limite précise et généralisable pour toutes les femmes quant à la reprise de son poids antérieur.

En pratique, cela laisse penser qu'il ne faudrait pas inquiéter trop rapidement une femme ayant une rétention de poids à ce stade mais tout de même prévoir un contrôle du poids à distance.

#### **IV.4. Etude des liens entre différentes caractéristiques et le poids des femmes à 6 mois post-partum**

Notre étude a évalué s'il pouvait y avoir des liens entre certaines caractéristiques individuelles, liées à la grossesse ou au post-partum et l'évolution du poids à 6 mois post-partum.

##### **IV.4.1. Prise de poids gestationnelle**

Nous avons mis en évidence **une association significative entre une prise de poids gestationnelle inférieure** aux recommandations de l'IOM **et l'obtention d'un poids à 6 mois inférieur ou égal au poids PC**. Une méta-analyse récente retrouve de manière similaire une probabilité plus faible de rétention de poids en post-partum chez les femmes obèses ayant une prise pondérale pendant la grossesse inférieure aux recommandations.(55)

De plus, plusieurs études montrent un lien significatif, entre une prise de poids gestationnelle excessive et une rétention pondérale en post-partum aussi bien à court qu'à long terme.(56)(57)(52)

Dans notre étude, 29 % des femmes ont pris du poids au-dessus des recommandations de l'IOM, chiffre comparable à une étude française (58) et moins élevé qu'une étude américaine (59) retrouvant 37% des femmes avec une prise de poids excessive.

Même si on pourrait penser que ce n'est qu'une question de temps pour retrouver son poids pré-conceptionnel pour ces femmes qui ont plus de poids à perdre, les données de la méta-analyse de Rong et al révèlent une courbe en U pour l'évolution du poids chez les femmes ayant pris trop de poids au cours de leur grossesse. Cela se traduit par une diminution du poids jusqu'au 1 an post-partum puis une augmentation par la suite. (56)

En pratique, cela pourrait suggérer l'intérêt d'un suivi pondéral à long terme pour ces femmes afin de ne pas méconnaître une reprise pondérale.

##### **IV.4.2. Hospitalisation de la femme pendant le post-partum**

Même si nous n'avons pas mis en évidence de lien significatif, nous avons trouvé une tendance à la rétention de poids en post-partum plus fréquente chez les femmes n'ayant jamais été hospitalisées pendant la période du post-partum. Nous n'avons pas trouvé d'étude explorant cette caractéristique.

Les femmes hospitalisées durant cette période sont probablement peu représentées dans les études. En effet, on peut supposer qu'elles sont peu nombreuses comme c'est le cas dans notre étude (2,8%) soit par exclusion volontaire des investigateurs voulant minimiser le

risque de facteurs confusionnels, soit par non réponse à l'étude car trop préoccupées par leurs soucis de santé.

De plus, la cause de leur hospitalisation peut probablement interférer avec la perte de poids. Le temps d'hospitalisation, la souffrance physique ou psychologique ayant nécessité l'hospitalisation peut possiblement engendrer une perte de poids faisant que les femmes hospitalisées ont moins souvent une rétention pondérale que les autres.

#### **IV.4.3. Autres caractéristiques identifiées dans la littérature**

Plusieurs facteurs pouvant influencer le retour au poids PC ont été mis en évidence dans la littérature. Nous avons étudié certains d'entre eux mais n'avons pas réussi à mettre en évidence d'association significative dans notre étude, probablement par manque d'effectif.

Plusieurs études suggèrent que la rétention pondérale moyenne diminuerait avec l'augmentation du groupe d'**IMC pré-conceptionnel** (56)(52)(46). En revanche, sur plus long terme, Abebe et al. soulignent que les femmes qui ont continué à prendre du poids sur les 3 ans post-partum étaient plus susceptibles d'être en surpoids ou obèses avant la grossesse.(47)

Bien que souvent cité dans les effets bénéfiques pour la mère, la majorité des études observationnelles ne retrouve pas d'association entre **l'allaitement maternel** et le retour au poids pré-conceptionnel. Cependant, les études montrant une influence positive de l'allaitement maternel sur la perte de poids en post-partum sont souvent celles ayant la plus haute qualité méthodologique. L'absence d'association peut s'expliquer par le nombre de facteurs confondants et les difficultés de la classification de l'exposition.(60)

**L'origine de la mère** pourrait avoir une influence sur la perte de poids en post-partum. En effet, les femmes issues de groupes ethniques minoritaires, notamment les femmes africaines, auraient une rétention de poids plus importante que les femmes d'Europe occidentale(61). Une étude de cohorte aux Pays-Bas a montré que les mères turques avaient une rétention de poids significativement plus importante que les mères néerlandaises.(62)

**L'état psychologique** des femmes semble également jouer sur la perte de poids après accouchement dans le sens où les femmes plus susceptibles de se sentir déprimées, anxieuses ou angoissées pendant la grossesse et au cours des six premiers mois post-partum semblent avoir une rétention pondérale plus importante dans le post-partum à court et moyen terme.(46)

D'autres auteurs ont également retrouvé un lien entre de **plus faibles revenus et une moins grande instruction de la mère** et un risque plus élevé de rétention de poids en post-partum.(46)(52)

**Un faible nombre d'heure de sommeil** est également décrit par certains comme lié à une plus forte rétention pondérale.(52)(53)

**Le tabagisme actif** pourrait également être lié à l'évolution du poids en post-partum avec une association entre tabagisme et perte de poids dans les 6 mois post-partum ainsi qu'une plus forte rétention de poids à 1 an post-partum chez les femmes ayant arrêtées de fumer pendant leur grossesse.(63)(64)

De façon plus marginale, le fait d'avoir **un nourrisson hospitalisé** après son retour à la maison serait associé à un risque presque deux fois plus élevé d'avoir une rétention de poids excessive à 3 mois de l'accouchement.(52)

**L'alimentation** est également un facteur lié à la rétention pondérale en post-partum. En effet, des troubles du comportement alimentaire et un apport énergétique élevé sont associés à un risque de rétention de poids en post-partum plus élevé (52)(65). Dans son étude française, Mannella retrouve un lien significatif entre le suivi de conseils nutritionnels reçus en périnatalité et l'évolution du poids en post-partum avec une perte de poids plus importante chez les patientes ayant reçu ces conseils.(51)

Enfin, des auteurs ont retrouvé des résultats significatifs pour d'autres facteurs tels que **le manque d'exercice physique** (66), **l'âge jeune** (46)(52) ou **supérieur à 40 ans** à l'accouchement (65), **la multiparité** (66), tous liés à une rétention de poids en post-partum.

## **IV.5. Suivi pondéral de la femme en post-partum**

### **IV.5.1. Le poids en post-partum est une préoccupation des femmes**

Dans notre étude, une grande majorité des femmes contrôle régulièrement leur poids ce qui semble indiquer qu'il s'agit d'un sujet important pour elles en post-partum. En effet, **75 % des femmes qui se sont pesées déclarent l'avoir fait une fois par mois ou plus** depuis leur accouchement.

Le faible taux de refus de participer à notre étude est également en faveur d'un intérêt pour ce sujet.

A titre de comparaison dans la littérature, nous avons trouvé uniquement des études concernant la consultation postnatale, réalisées souvent donc bien plus tôt pendant le post-partum que la nôtre. Dans sa thèse, Puech retrouve que parmi les thèmes non abordés lors de la consultation postnatale, seules 31,9 % des femmes auraient aimé parler de leur poids alors même que ce thème n'avait été abordé que dans 11,6% des consultations (67). De même, Coget montre que parmi les femmes ayant effectué cette consultation, 44 % des femmes estiment indispensable d'avoir un contrôle du poids à ce moment-là.(68)

Ces chiffres plutôt bas peuvent s'expliquer par la précocité de cette consultation dans le post-partum, le plus souvent entre 6 et 8 semaines après l'accouchement, période pendant laquelle le poids n'est pas leur priorité, les femmes souhaitant davantage parler de leur état psychologique, du vécu de leur accouchement, de l'état de leur périnée, de l'allaitement, et de leur contraception.(68)

Cette préoccupation pour leur poids pourrait donc venir avec le temps, les autres problèmes rentrant dans l'ordre progressivement.

### **IV.5.2. Contrôle du poids par les professionnels de santé**

**La majorité des femmes (69%) a eu un contrôle de poids par un professionnel de santé au cours des 6 mois suivant son accouchement.** Une majorité qui est tout de même loin d'être la totalité des femmes puisqu'il reste quasiment un tiers des femmes qui échappent à un contrôle du poids pourtant prévu dans les recommandations françaises.

Notre étude révèle également que **les professionnels effectuant le plus de contrôles du poids en post-partum au global sont les gynécologues (obstétriciens ou médicaux) et les sages-femmes**. Ce chiffre peut s'expliquer par la majorité des contrôles de poids de notre étude qui ont été effectués lors de la visite postnatale : **90,5% des femmes pesées l'ont été lors de la consultation postnatale**, souvent réalisée par ces deux professionnels de santé.(67)(68)

Deux études françaises retrouvent que 81 à 83 % des femmes réalisent cette consultation et que le taux de contrôle de leur poids à cette occasion varie entre 57% et 77,6% des femmes dans les études respectives de Puech et Coget.(67)(68)

En moyenne, **les femmes ont été pesées une fois en 6 mois**, ce qui peut correspondre également au contrôle lors de la consultation postnatale.

Si on regarde individuellement, **le médecin généraliste semble peser les femmes plus fréquemment que ses confrères**. Cela pourrait être dû à une facilité d'accès à ce professionnel ou à un plus grand intérêt pour le poids des médecins généralistes. Dans son étude à propos de la consultation postnatale, Puech avait retrouvé que les médecins généralistes faisaient partie des professionnels contrôlant le plus souvent le poids (83 % des médecins versus 57 % pour la totalité des professionnels de santé) et délivrant davantage des conseils pour un retour au poids de forme (66,7 % des médecins généralistes versus 11,6 % tout professionnel confondu).(67)

Toutefois, ces résultats sont à mettre en balance avec le fait que selon notre étude, **le médecin généraliste est également le professionnel qui a réalisé le plus de consultations sans contrôler le poids**. On peut supposer que les femmes ont consulté pour d'autres problèmes de santé pour lesquels le médecin n'a pas estimé utile d'obtenir le poids. Il est légitime de s'interroger sur le contrôle du poids par le médecin généraliste toute consultation confondue même si comme le recommande la HAS « le médecin généraliste doit peser régulièrement et au mieux à chaque consultation tous les patients » afin de calculer l'IMC quel que soit le motif de consultation.(69)

## **IV.6. Place du médecin généraliste**

### **IV.6.1. Dans le suivi post-partum**

Comme nous l'avons vu dans la première partie, le médecin généraliste a dans les textes, parfaitement sa place pour le suivi de la femme en post-partum notamment pour la réalisation des deux consultations qui doivent être systématiquement proposées.

Dans la pratique, sa participation à ce suivi reste minime. Pour exemple, en France, la consultation postnatale n'est réalisée par un médecin généraliste que dans 5 % à 7% des cas (67)(68). Les femmes privilégient souvent le professionnel de santé ayant suivi la grossesse pour la réalisation de cette consultation et pour rappel, le médecin généraliste suit peu de femmes enceintes (4,3%) selon la dernière enquête périnatale de 2021(3). Pourtant, les femmes soulignent plusieurs avantages à la consultation du médecin généraliste : une meilleure connaissance de la patiente notamment lorsque le médecin généraliste la soigne depuis longtemps, un délai de rendez-vous plus rapide et la possibilité de consulter pour une autre raison médicale.(70)

D'autre part, le post-partum est une période où la femme semble peu consulter pour elle-même, comme si sa santé devenait secondaire à côté de celle de son enfant. Or le suivi de

ce dernier est réalisé souvent par un médecin généraliste : 42 % des enfants à 2 mois de vie sont suivis par un médecin généraliste en 2021 et possiblement encore plus dans les régions où les pédiatres, réalisant 43% du suivi, sont moins nombreux (3). Ces consultations sont parfois le moment où la femme aborde des problèmes personnels. Le médecin généraliste pourrait alors profiter de ces visites mensuelles du nourrisson pour proposer une consultation dédiée à la maman afin d'aborder sa propre santé.

Cette idée paraît d'autant plus intéressante qu'il est difficile pour la jeune mère de solliciter de l'aide d'un professionnel de santé tout d'abord par difficulté d'identifier son besoin et ensuite de franchir l'étape de consulter. Les femmes déplorent le manque d'intérêt pour leur condition, soulignant le peu de fois où un professionnel leur a demandé comment elles allaient pendant leur post-partum.(71)

De plus, afin de rééquilibrer le suivi du post-partum par rapport à la grossesse, la femme pourrait se voir proposer davantage de consultations pendant le post-partum notamment sur plus long terme, à distance de la visite postnatale.

#### **IV.6.2. Dans le contrôle du poids**

Le contrôle du poids fait partie du rôle des médecins généralistes. Cela est bien admis par la population : 74 % des patients reconnaissent que le suivi pondéral figure parmi les fonctions du médecin généraliste. Dans 39 % des cas, ils attendent que ce dernier aborde le sujet en consultation.(72)

Selon une étude réalisée auprès de médecins généralistes du Maine-et-Loire, 90 % des médecins déclarent peser systématiquement ou régulièrement leur patient, 64 % calculent systématiquement l'IMC. La surveillance du poids paraît donc bien intégrée dans la pratique du médecin généraliste.(73)

Pourtant, comme évoqué précédemment dans notre étude, le médecin généraliste est le praticien ayant fait le plus de consultations sans surveiller le poids de la patiente. Cela est regrettable quand on sait que les femmes ont tendance à négliger leur santé. En effet, selon une étude récente, 81 % des femmes font passer la santé de leurs proches avant la leur et 77% repoussent le moment de consulter (74). Partant de ce constat, il nous semble important de proposer un contrôle du poids dès que la femme sollicite un rendez-vous et d'aborder le sujet du surpoids ou de l'obésité lorsque cela le nécessite. Au mieux, le médecin généraliste peut proposer de fixer une consultation ultérieure qui sera entièrement dédiée à cette problématique afin de prendre le temps qui sera nécessaire.

## Conclusion

---

Le poids en post-partum est un sujet peu étudié en France. De façon générale, cette période suivant l'accouchement qui semblait il y a encore peu de temps mise de côté, commence à soucier les autorités de santé de notre pays comme le montrent l'ajout récent de l'entretien postnatal et la dernière enquête nationale périnatale qui, pour la première fois, comporte une partie concernant le post-partum.

L'objectif de cette étude était de déterminer le taux de retour au poids pré-conceptionnel des femmes à 6 mois de l'accouchement comme le préconise le CNGOF.

Ce travail révèle qu'à 6 mois du post-partum, un peu plus d'un tiers des femmes seulement ont retrouvé leur poids d'avant grossesse. Les autres présentent une rétention de poids variable, en moyenne un surplus de 3 kg par rapport au poids pré-conceptionnel. Un contrôle du poids à distance semble donc nécessaire.

Il nous a semblé également important d'examiner certaines caractéristiques pouvant être liées au retour au poids pré-conceptionnel afin d'effectuer une meilleure prévention et un dépistage plus ciblé des femmes à risque de rétention pondérale. Nous avons montré un lien significatif entre une prise de poids gestationnelle inférieure aux recommandations et l'obtention d'un poids à 6 mois de l'accouchement inférieur ou égal au poids pré-conceptionnel. Bien que la taille de notre étude soit relativement modeste et donc certains résultats non significatifs, il n'en demeure pas moins que nous devons être vigilants aux femmes ayant eu une prise de poids excessive pendant la grossesse et en amont, maintenir nos efforts de prévention concernant cet excès de prise pondérale.

Afin de préciser nos recherches, il serait intéressant d'avoir une étude de plus grande envergure et de poursuivre l'étude à 1 an post-partum.

Enfin, notre étude a permis de mettre en exergue le suivi du poids au cours des 6 mois suivant l'accouchement. Le contrôle régulier du poids paraît bien ancré dans les habitudes d'une grande majorité des femmes. En revanche, le suivi du poids par les professionnels de santé se cantonne souvent à un seul contrôle lors de la consultation postnatale. Pourtant plusieurs femmes ont consulté à d'autres occasions et auraient pu bénéficier d'une surveillance supplémentaire de leur poids.

Le médecin généraliste pourrait être davantage impliqué dans le suivi de la femme en post-partum et ainsi surveiller sa perte de poids. N'attendons pas que la femme vienne consulter pour cela. Nous pouvons nous servir des consultations pour un autre motif ou même des rendez-vous de suivi du nourrisson, nombreux la première année, pour aborder le sujet du poids et proposer au mieux une consultation voir plusieurs à distance de la consultation postnatale. Cela permettrait de dépister les femmes présentant une rétention pondérale, en particulier celles qui ont basculé en surpoids voir en obésité, de les informer des risques à long terme et surtout de les accompagner dans leur perte de poids.

## Références bibliographiques

---

1. Selon un nouveau rapport de l'OMS, l'obésité provoque le cancer et constitue un facteur déterminant d'invalidité et de décès [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/europe/fr/news/item/03-05-2022-obesity-causes-cancer-and-is-major-determinant-of-disability-and-death--warns-new-who-report>
2. pnns4\_2019-2023.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4\\_2019-2023.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf)
3. ENP2021\_Rapport\_MAJ\_Juin2023.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2023/09/ENP2021\\_Rapport\\_MAJ\\_Juin2023.pdf](https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2023/09/ENP2021_Rapport_MAJ_Juin2023.pdf)
4. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Rev Sage-Femme. déc 2007;6(4):216-8.
5. Bouger M. Manger Bouger. 2021. Manger équilibré avant, pendant et après la grossesse. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/a-tout-age-et-a-chaque-etape-de-la-vie/les-recommandations-et-conseils-avant-pendant-et-apres-la-grossesse/manger-equilibre-avant-pendant-et-apres-la-grossesse>
6. Bouger M. Manger Bouger. 2021. Les recommandations spécifiques avant, pendant et après la grossesse. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/bouger-plus/a-tout-age-et-a-chaque-etape-de-la-vie/les-recommandations-specifiques-avant-pendant-et-apres-la-grossesse>
7. Grossesse : examens médicaux [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F963>
8. 2015-RPC-POSTPARTUM.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://cngof.fr/app/uploads/2023/06/2015-RPC-POSTPARTUM.pdf?x72671>
9. Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale ; rapport d'une consultation de l'OMS ; [Consultation OMS sur l'Obésité, Genève, 3 - 5 juin 1997]. Genève: Organisation Mondiale de la Santé. 2003. 284 p. (OMS, série de rapports techniques).
10. Larousse É. Définitions : post-partum - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/post-partum/62940>
11. Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Accouchement normal en présentation du sommet-Suites de couches normales. Gynécologie Obstétrique. 3ème édition. Elsevier/Masson; 2015. p. 373-401.
12. Anna ROY. Le post-partum dure 3 ans. Larousse; 2023. 224 p.
13. Université Virtuelle de Maïeutique Francophone. La visite postnatale [Internet]. Disponible sur: <https://archives.uness.fr/sites/campus-unf3s-2014/maieutique/UE-obstetrique/visitepostnatale/site/html/1.html>
14. obepi\_2012.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2012/10/obepi\\_2012.pdf](https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2012/10/obepi_2012.pdf)

15. Czernichow S, Renuy A, Rives-Lange C, Carette C, Airagnes G, Wiernik E, et al. Evolution of the prevalence of obesity in the adult population in France, 2013–2016: the Constances study. *Sci Rep.* 8 juill 2021;11:14152.
16. Fontbonne A, Currie A, Tounian P, Picot MC, Foulatier O, Nedelcu M, et al. Prevalence of Overweight and Obesity in France: The 2020 Obepi-Roche Study by the “Ligue Contre l’Obésité”. *J Clin Med.* 25 janv 2023;12(3):925.
17. femmes\_enceintes\_recos.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/femmes\\_enceintes\\_recos.pdf](https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf)
18. Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Grossesse normale. In: *Gynécologie Obstétrique*. 3ème édition. Elsevier/Masson; 2015. p. 259-74.
19. Rasmussen KM, Yaktine AL. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines.
20. DeVader SR, Neeley HL, Myles TD, Leet TL. Evaluation of gestational weight gain guidelines for women with normal prepregnancy body mass index. *Obstet Gynecol.* oct 2007;110(4):745-51.
21. Deruelle P, Houfflin-Debarge V, Vaast P, Delville N, Hérou N, Subtil D. Effets maternels et fœtaux d’une prise de poids maternelle excessive au cours de la grossesse dans une population de patientes de poids normal avant la grossesse. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 mai 2004;32(5):398-403.
22. Kabiru W, Raynor BD. Obstetric outcomes associated with increase in BMI category during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1 sept 2004;191(3):928-32.
23. Hedderson MM, Gunderson EP, Ferrara A. Gestational Weight Gain and Risk of Gestational Diabetes Mellitus. *Obstet Gynecol.* mars 2010;115(3):597-604.
24. Solomon CG, Willett WC, Carey VJ, Rich-Edwards J, Hunter DJ, Colditz GA, et al. A prospective study of pregravid determinants of gestational diabetes mellitus. *JAMA.* 1 oct 1997;278(13):1078-83.
25. Gore SA, Brown DM, West DS. The role of postpartum weight retention in obesity among women: A review of the evidence. *Ann Behav Med.* oct 2003;26(2):149-59.
26. Kinnunen TI, Luoto R, Gissler M, Hemminki E, Hilakivi-Clarke L. Pregnancy weight gain and breast cancer risk. *BMC Womens Health.* 21 oct 2004;4:7.
27. Manios Y, Grammatikaki E, Kondaki K, Ioannou E, Anastasiadou A, Birbilis M. The effect of maternal obesity on initiation and duration of breast-feeding in Greece: the GENESIS study. *Public Health Nutr.* avr 2009;12(4):517-24.
28. Hedderson MM, Weiss NS, Sacks DA, Pettitt DJ, Selby JV, Quesenberry CP, et al. Pregnancy Weight Gain and Risk of Neonatal Complications: Macrosomia, Hypoglycemia, and Hyperbilirubinemia. *Obstet Gynecol.* nov 2006;108(5):1153.
29. Stotland NE, Cheng YW, Hopkins LM, Caughey AB. Gestational Weight Gain and Adverse Neonatal Outcome Among Term Infants. *Obstet Gynecol.* sept 2006;108(3 Part 1):635.

30. Lecomte B. Place du médecin généraliste dans le suivi de la grossesse. Médecine humaine et pathologie. 2017
31. Sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Rev Sage-Femme. avr 2014;13(2):84-98.
32. Article L2122-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000044628790](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044628790)
33. Recommandation vaccinale contre la coqueluche chez la femme enceinte. 2022;
34. Alexanian C. Quelle est l'activité du médecin généraliste au cours de la grossesse et du post-partum ? (à partir de l'étude ECOGEN). 16 mai 2013;58.
35. Smith LF. Views of pregnant women on the involvement of general practitioners in maternity care. Br J Gen Pract. févr 1996;46(403):101-4.
36. Piejko E. The postpartum visit Motherandbaby.
37. McKinley MC, Allen-Walker V, McGirr C, Rooney C, Woodside JV. Weight loss after pregnancy: challenges and opportunities. Nutr Res Rev. déc 2018;31(2):225-38.
38. Surpoids et obésité : accouchement et suivi après la grossesse [Internet]. [cité 18 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/creuse/assure/sante/themes/surpoids-obesite-et-grossesse/surpoids-obesite-accouchement-post-partum>
39. Linné Y, Dye L, Barkeling B, Rössner S. Long-Term Weight Development in Women: A 15-Year Follow-up of the Effects of Pregnancy. Obes Res. 2004;12(7):1166-78.
40. Leslie WS, Gibson A, Hankey CR. Prevention and management of excessive gestational weight gain: a survey of overweight and obese pregnant women. BMC Pregnancy Childbirth. 16 janv 2013;13(1):10.
41. Villamor E, Cnattingius S. Interpregnancy weight change and risk of adverse pregnancy outcomes: a population-based study. The Lancet. 30 sept 2006;368(9542):1164-70.
42. Knight-Agarwal CR, Williams LT, Davis D, Davey R, Cochrane T, Zhang H, et al. Association of BMI and interpregnancy BMI change with birth outcomes in an Australian obstetric population: a retrospective cohort study. BMJ Open. 10 mai 2016;6(5):e010667.
43. McBain RD, Dekker GA, Clifton VL, Mol BW, Grzeskowiak LE. Impact of interpregnancy BMI change on perinatal outcomes: a retrospective cohort study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1 oct 2016;205:98-104.
44. Bogaerts A, Van den Bergh BRH, Ameye L, Witters I, Martens E, Timmerman D, et al. Interpregnancy Weight Change and Risk for Adverse Perinatal Outcome. Obstet Gynecol. nov 2013;122(5):999.
45. Fiche 22 - La naissance - caractéristiques des accouchements.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/Fiche%2022%20-%20La%20naissance%20-%20caract%C3%A9ristiques%20des%20accouchements.pdf>

46. Pedersen P, Baker JL, Henriksen TB, Lissner L, Heitmann BL, Sørensen TIA, et al. Influence of Psychosocial Factors on Postpartum Weight Retention. *Obesity*. 2011;19(3):639-46.
47. Abebe DS, Soest TV, Holle AV, Zerwas SC, Torgersen L, Bulik CM. Developmental Trajectories of Postpartum Weight 3 Years After Birth: Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Matern Child Health J*. avr 2015;19(4):917.
48. Amorim AR, Rössner S, Neovius M, Lourenço PM, Linné Y. Does Excess Pregnancy Weight Gain Constitute a Major Risk for Increasing Long-term BMI? *Obesity*. 2007;15(5):1278-86.
49. Walker LO. Predictors of Weight Gain at 6 and 18 Months After Childbirth: A Pilot Study. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1 janv 1996;25(1):39-48.
50. School TO, Hediger ML, Schall JI, Ances IG, Smith WK. Gestational weight gain, pregnancy outcome, and postpartum weight retention. *Obstet Gynecol*. 1 sept 1995;86(3):423-7.
51. Mannella M. Évolution pondérale des femmes dans le post-partum: étude multicentrique prospective menée dans deux maternités de niveau IIA et IIB. *Gynécologie et obstétrique*. 2016.
52. Siega-Riz AM, Herring AH, Carrier K, Evenson KR, Dole N, Deierlein A. Sociodemographic, Perinatal, Behavioral, and Psychosocial Predictors of Weight Retention at 3 and 12 Months Postpartum. *Obesity*. 2010;18(10):1996-2003.
53. Gunderson EP, Rifas-Shiman SL, Oken E, Rich-Edwards JW, Kleinman KP, Taveras EM, et al. Association of Fewer Hours of Sleep at 6 Months Postpartum with Substantial Weight Retention at 1 Year Postpartum. *Am J Epidemiol*. 15 janv 2008;167(2):178-87.
54. Schmitt NM, Nicholson WK, Schmitt J. The association of pregnancy and the development of obesity – results of a systematic review and meta-analysis on the natural history of postpartum weight retention. *Int J Obes*. nov 2007;31(11):1642-51.
55. Mustafa HJ, Seif K, Javinani A, Aghajani F, Orlinsky R, Alvarez MV, et al. Gestational weight gain below instead of within the guidelines per class of maternal obesity: a systematic review and meta-analysis of obstetrical and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol MFM*. sept 2022;4(5):100682.
56. Rong K, Yu K, Han X, Szeto IM, Qin X, Wang J, et al. Pre-pregnancy BMI, gestational weight gain and postpartum weight retention: a meta-analysis of observational studies. *Public Health Nutr*. août 2015;18(12):2172-82.
57. Mannan M, Doi SA, Mamun AA. Association between weight gain during pregnancy and postpartum weight retention and obesity: a bias-adjusted meta-analysis. *Nutr Rev*. 1 juin 2013;71(6):343-52.
58. Marissal N. La prise de poids excessive au cours de la grossesse: étude comparative de deux populations de primipares de corpulence normale avant la grossesse ayant accouché à terme au CHU d'Amiens entre juillet 2016 et juillet 2017.
59. Maier JT, Schalinski E, Gauger U, Hellmeyer L. Antenatal body mass index (BMI) and weight gain in pregnancy – its association with pregnancy and birthing complications. *J Perinat Med*. 1 mai 2016;44(4):397-404.

60. Neville CE, McKinley MC, Holmes VA, Spence D, Woodside JV. The relationship between breastfeeding and postpartum weight change—a systematic review and critical evaluation. *Int J Obes.* avr 2014;38(4):577-90.
61. Waage C, Falk R, Sommer C, Mørkrid K, Richardsen K, Bærug A, et al. Ethnic differences in postpartum weight retention: a Norwegian cohort study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2016;123(5):699-708.
62. van Poppel MNM, Hartman MA, Hosper K, van Eijsden M. Ethnic differences in weight retention after pregnancy: the ABCD study. *Eur J Public Health.* 1 déc 2012;22(6):874-9.
63. Schauberger CW, Rooney BL, Brimer LM. Factors That Influence Weight Loss in the Puerperium. *Obstet Gynecol.* mars 1992;79(3):424.
64. Ohlin A, Rössner S. Maternal body weight development after pregnancy. *Int J Obes.* févr 1990;14(2):159-73.
65. Olson CM, Strawderman MS, Hinton PS, Pearson TA. Gestational weight gain and postpartum behaviors associated with weight change from early pregnancy to 1 y postpartum. *Int J Obes.* janv 2003;27(1):117-27.
66. Boardley DJ, Sargent RG, Coker AL, Hussey JR, Sharpe PA. The relationship between diet, activity, and other factors, and postpartum weight change by race. *Obstet Gynecol.* 1 nov 1995;86(5):834-8.
67. Puech Marion. La consultation du Post-Partum : une consultation négligée ? Enquête auprès des femmes de Haute-Garonne sur la fréquence de réalisation de la visite post-natale et les pratiques des professionnels de santé l'ayant effectuée. Toulouse III - Paul Sabatier; 2019.
68. Coget C. Connaissances, pratiques et attentes des femmes concernant la visite post-natale. Étude quantitative. *Médecine humaine et pathologie.*2018.
69. recommandation\_obesite\_adulte.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation\\_obesite\\_adulte.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_obesite_adulte.pdf)
70. Laude T. La visite postnatale: chez le médecin généraliste ou chez un autre spécialiste? Étude transversale recherchant des raisons motivant le choix des patientes dans une maternité de niveau 1. *Médecine humaine et pathologie.*2013.
71. Sirimanna M. Évaluer le ressenti des mères sur l'accompagnement de leur post partum par un professionnel de santé: étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés.*Médecine humaine et pathologie.*2021.
72. El Otmani B, Neveux P, Fanello S, Cailliez E. Pratiques de contrôle du poids et place du médecin généraliste dans la gestion pondérale. À propos d'une enquête en Pays de la Loire. *Cah Nutr Diététique.* 1 mars 2016;51(1):26-32.
73. Aubry N. Rôle du médecin généraliste dans le dépistage des patients adultes ayant un trouble de l'équilibre pondéral, sans comorbidité : modalités d'abord du problème pondéral en l'absence de demande. Université d'Angers;2016.

74. AXA LIVE - AXA Prévention réaffirme son engagement pour la santé des femmes et alerte sur l'impact du niveau de vie sur leur santé [Internet]. Disponible sur: <https://axalive.fr/article/axa-sante-femmes-2022>

## Annexes

---

Annexe 1. Guide de recueil des données.....	60
---	----

## Annexe 1. Guide de recueil des données

### Données à recueillir à partir du dossier de la patiente :

#### 1- Caractéristiques de la patiente :

##### a. Age à l'accouchement :

- i. < 20 ans
- ii. 20/24 ans
- iii. 25/29 ans
- iv. 30/34 ans
- v. 35/39 ans
- vi.  $\geq 40$  ans

##### b. Poids avant grossesse :

##### c. Taille :

##### d. IMC avant grossesse :

- i. < 18,5 kg/m<sup>2</sup>
- ii. Entre 18,5 et 24,9 kg/m<sup>2</sup>
- iii. Entre 25 et 29,9 kg/m<sup>2</sup>
- iv. Entre 30 et 34,9 kg/m<sup>2</sup>
- v. Entre 35 et 39,9 kg/m<sup>2</sup>
- vi.  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>

##### e. Poids en fin de grossesse :

##### f. Parité :

##### g. Date du précédent accouchement :

##### h. Catégorie socio-professionnelle :

- i. Agricultrice
- ii. Artisane, commerçante, cheffe d'entreprise
- iii. Cadre ou profession intellectuelle supérieure
- iv. Profession intermédiaire de l'enseignement, de la santé et de la fonction publique
- v. Employée
- vi. Ouvrière
- vii. En congé parental
- viii. Etudiante
- ix. Sans activité professionnelle

- i. Mode de vie :
  - i. Célibataire
  - ii. Vie en couple
  - iii. Vie avec un proche (parent, ami)
  - iv. Vie en collectivité (foyer ...)
- j. Habitat : rural / urbain
- k. Toxiques : tabac / alcool / autres
- l. Antécédents : HTA / diabète / épilepsie / trouble psychiatrique / asthme / autre (à préciser)

2- Caractéristiques de la grossesse / accouchement

- a. Grossesse simple / multiple
- b. Grossesse spontanée / obtenue par procréation médicalement assistée
- c. Complications pendant la grossesse : HTA / diabète / menace d'accouchement prématuré
- d. Terme : < 37 SA ou ≥ 37 SA
- e. Mode d'accouchement :
  - i. Voie basse
  - ii. Césarienne

Données à recueillir lors de l'entretien téléphonique :

- 1- Avez-vous allaité votre enfant ? oui/non
  - a. Si oui, sur quelle durée ?
    - i. < 3 mois
    - ii. Entre 3 et 6 mois
- 2- Avez-vous porté attention à votre alimentation :
  - a. Pendant la grossesse ? oui/non
  - b. Depuis l'accouchement ? oui/non
- 3- Avez-vous repris une activité physique régulière depuis votre accouchement ? oui/non
- 4- Quel est votre poids actuel à l'issue des 6 mois de l'accouchement ?
- 5- Avez-vous eu un suivi de votre poids pendant la grossesse ? oui/non
- 6- Avez-vous été hospitalisée depuis l'accouchement ? oui/non

7- Avez-vous eu un contrôle de votre poids depuis votre accouchement ? oui/non

a. Si oui,

i. Par qui ?

1. Médecin généraliste
2. Gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien
3. Sage-femme
4. Médecin du travail
5. Autre spécialiste
6. Vous-même

ii. A quelle occasion ?

1. Consultation postnatale
2. Consultation pour un autre motif de santé

iii. A quelle fréquence ? (préciser selon chaque personne)

1. Toutes les semaines ou plus
2. Tous les 15 jours
3. 1 fois par mois
4. 1 fois tous les 2 mois
5. 1 fois tous les 3 mois
6. 1 fois en 6 mois

b. Si non : avez-vous été revue par un professionnel de santé depuis l'accouchement ? oui/non

i. Si oui, par qui :

1. Médecin généraliste
2. Sage-femme
3. Gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien
4. Autre spécialiste

## Serment d'Hippocrate

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

## Etat des lieux sur le retour au poids pré-conceptionnel des femmes à 6 mois de l'accouchement

---

**Introduction** : En France, la moitié des adultes sont en excès pondéral. Or, la grossesse est un moment propice à une prise de poids rapide et parfois importante. Il est recommandé que la femme retrouve son poids pré-conceptionnel dans les 6 mois après l'accouchement. Ainsi, notre étude permet d'évaluer le taux de retour au poids pré-conceptionnel des femmes à 6 mois de l'accouchement puis tente d'établir un lien entre différentes caractéristiques et ce retour au poids-préconceptionnel et de déterminer les modalités de surveillance du poids en post-partum. **Méthode** : Il s'agit d'une étude observationnelle réalisée auprès des femmes de Haute-Vienne et de Creuse, basée sur des données déclaratives obtenues par entretiens téléphoniques à l'issue du 6ème après l'accouchement et sur un recueil de données rétrospectives via des dossiers médicaux hospitaliers. **Résultats** : 38,3% des femmes ont retrouvé leur poids pré-conceptionnel à 6 mois de l'accouchement. Nous avons mis en évidence un lien statistiquement significatif entre une prise de poids gestationnelle inférieure aux recommandations et l'obtention d'un poids à 6 mois postpartum inférieur ou égal au poids pré-conceptionnel. La majorité des femmes surveille leur poids régulièrement. 69 % ont été pesées par un professionnel de santé, le plus souvent lors de la consultation postnatale. **Conclusion** : La majorité des femmes présente une rétention de poids à 6 mois de leur accouchement. Compte-tenu de l'impact potentiel de cet excès de poids, il est important que les professionnels de santé renforcent leur surveillance du poids de la femme en post-partum même à distance de la consultation postnatale.

---

Mots-clés : poids, grossesse, post-partum, rétention de poids post-partum, recommandations

## Assessment on regaining pre-pregnancy weight regarding women at 6 months postpartum

---

**Introduction** : In France, half of adults are overweight. Pregnancy is a period conducive to gaining weight rapidly and sometimes significantly. It is recommended that women return to their pre-pregnancy weight within 6 months after childbirth. Thus, our study aims to assess the rate of women who regained their pre-pregnancy weight at 6 months post-partum and to establish a link between different characteristics and getting back to pre-pregnancy weight, as well as to determine the modalities of weight surveillance in the postpartum period. **Method** : We conducted an observational study amongst women from Haute-Vienne and Creuse, based on self-reported data obtained through telephone interviews at the end of the 6th month after childbirth and on retrospective data collection from hospital medical records. **Results** : 38.3% of women got back to their pre-pregnancy weight at 6 months postpartum. We found a statistically significant association between gestational weight gain below recommendations and reaching a weight lower or equal to preconception weight at 6 months postpartum. A majority of women regularly monitor their weight. 69 % were weighed by a healthcare professional, most of the time during the postnatal consultation. **Conclusion** : The majority of women experience weight retention at 6 months postpartum. Given the potential impact of this excess weight, it is important for healthcare professionals to strengthen their monitoring of women's weight during the postpartum period, even remotely from the postnatal consultation.

---

Keywords : weight, pregnancy, postpartum, postpartum weight retention, recommendations

