



UNIVERSITE DE POITIERS
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

Vécu du parcours médical de la grossesse chez les patientes catégorisées « obèses » Impacts de la grossophobie médicale

Mémoire soutenu le 21 juin 2024

Par Mme Louise FUSEAU

Née le 18 mars 1994

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

2024

Composition du jury :

Présidente : Mme Julia DEPARIS, sage-femme enseignante

Membres : Mme Guinot, sage-femme directrice de l'école de Poitiers

Mme Solène STEHLE, sage-femme

Directrices de mémoire : Mme Solenne CAROF, sociologue et chercheuse associée au GEMASS : Sorbonne université CNRS et Mme Katherine RYAN, sage-femme enseignante à Poitiers et secrétaire adjointe au CDOSF

Remerciements

Je tiens à remercier particulièrement mes deux directrices Katherine Ryan et Solenne Carof pour leurs encouragements, leur soutien et leurs conseils avisés.

Merci à Vanessa Poupard pour son encadrement.

Je souhaite remercier chaleureusement toutes les femmes qui m'ont confié leur histoire et leur vécu avec une grande sincérité, et parfois beaucoup d'émotion. Je suis consciente que ce processus a pu être coûteux et je leur en suis très reconnaissante.

Merci à toute l'école de sage-femme de Poitiers : Sylvie, Ophélie, Julia, Sonia, Delphine pour leur bienveillance à mon égard pendant ces quatre ans.

Je remercie également mes merveilleuses relectrices : Françoise, Nelle, Jocelyn et Julie.

Merci à Ismaël pour ses gribouillis sur mes carnets et pour les heures de garderies écumées.

Merci à Emeline, Sarah C, Eleonora, Hanaé, Zoé, Loubna, Helaura, Marie, Eva, Camila, Hélène, Sarah G, Barbara pour vos gardes d'Ismaël, votre soutien ou votre présence.

Sommaire

Lexique	5
I. Introduction	6
II. Méthodologie	8
A. Objectifs	8
B. Schéma d'étude	8
C. Population et critères d'inclusions	8
D. Recueil des données	8
E. Critères de jugement et variables collectées	9
F. Analyse des données	9
G. Aspects éthiques et réglementaires	10
III. Résultats	10
A. Contexte	10
1. Être obèse, patiente et enceinte	10
a) Être obèse	10
b) Être patiente	11
c) Être enceinte	12
2. Contexte hospitalier et soignant	13
a) Manque de soignant.e.s et de personnel	13
b) Matériel inadapté	14
B. Interaction soignant.e.s soigné.e.s	14
1. Incompréhensions dues à la coexistence de différents paradigmes	14
a) La répétition d'un constat évident : le poids	14
b) Pathologisation d'un corps	14
c) Des patientes « à risque » : un flou discursif entre prédisposition et prédétermination	15
2. Préjugés médicaux et conséquences perçues	16
a) Préjugés	16
b) Des soins détériorés : le poids une étiologie qui peut en masquer d'autres ?	18
c) Des relations de soin détériorés : des patientes mal aimées ?	19
3. Importance accordée aux formulations et aux attitudes	20
C. Parcours de grossesse	21
1. Le droit de devenir mère	21
a) Parcours PMA : un accès à la maternité refusé	21
b) S'autoriser à devenir mère	22
2. Particularités de la prise en charge des patientes enceintes et obèses	22
3. Impacts différenciés de la grossophobie : croisement des discriminations et disparités de ressources	23

a)	Des femmes au croisement de discriminations corporelles	23
b)	Inégalités de ressources face à ces discriminations	24
4.	Réactions émotionnelles ambivalentes entre adhésion et rejet du discours médical	25
a)	Adhésion au discours médical	25
b)	Rejet émotionnel de la stigmatisation	26
5.	Mécanismes défensifs face à la stigmatisation	27
a)	Déni, euphémisation	27
b)	Dépasser le stigmate : le corps comme un outil performatif	28
IV.	Discussion analyse	30
1.	Contexte	30
2.	Interaction soignant.e.s soigné.e.s	31
3.	Parcours de grossesse	34
V.	Limites	38
VI.	Conclusion	39
VII.	Perspectives	39
VIII.	Bibliographie	41
IX.	Annexes	45

Lexique

IMC : indice de masse corporelle, permet d'estimer la corpulence d'une personne en divisant le poids d'une personne par sa taille au carré. L'IMC ou Body Mass Index est très utilisé dans le monde médical. Selon l'OMS il y a un **surpoids** quand l'IMC est égal ou supérieur à 25 et il y a une **obésité** quand ce dernier est supérieur ou égal à 30.

Grossophobie : stigmatisations, discriminations et harcèlements systémiques subies par les personnes en raison de leur graisse jugée « excessive ».

Stigmate : attribut quelconque porté par un individu (couleur de peau, handicap, orientation sexuelle...) conduisant les autres individus à le discréditer en lui attribuant toute une série de préjugés associés à ce stigmate. Un individu stigmatisé « *se définit comme n'étant en rien différent d'un quelconque être humain, alors même qu'il se conçoit (et que les autres le définissent) comme quelqu'un à part.* » (1).

Discrimination : traitement différencié défavorable envers certains individus en raison d'un critère distinctif.

PMA : procréation médicalement assistée.

Sleeve : technique de chirurgie bariatrique visant à réduire de manière irréversible le volume de l'estomac en réséquant une partie de celui-ci.

Sleever : néologisme qui désigne l'action de pratiquer ou de subir l'opération chirurgicale appelée "sleeve".

Chirurgie bariatrique : ensemble d'opérations visant à modifier la physiologie du tractus digestif en vue d'une perte de poids et de l'amélioration des comorbidités associées à l'obésité.

Prééclampsie : complication potentiellement grave de la grossesse liée à un dysfonctionnement placentaire.

Anamnèse : Ensemble de renseignements demandés par le ou la médecin sur les antécédents médicaux, l'histoire des symptômes, les circonstances qui les ont précédés afin d'aider à l'élaboration d'un diagnostic.

Etiologie : cause retenue comme explicative d'un symptôme ou d'une maladie.

I. Introduction

Aujourd'hui, les femmes considérées comme « corpulentes » représentent une part importante de la population française. En 2020, 17,4% des femmes françaises étaient catégorisée comme obèses selon l'échelle d'indice de masse corporel de l'Organisation Mondiale de la Santé et elles étaient 41,3% si les femmes dites en « surpoids » sont également incluses (2). En parallèle, les discriminations auxquelles les personnes corpulentes font face sont omniprésentes dans leur quotidien : dans les médias, durant la scolarité, lors des recrutements, des recherches de logements (3). De plus, les études suggèrent que les femmes en sont plus impactées que les hommes (4) (5). Ces discriminations grossophobes ont, par ailleurs, la particularité d'être socialement banalisées comme le soulignent les sociologues Jeffery Sobal et Albert Stunkard « *Elle [la stigmatisation de l'obésité] est sans doute la dernière forme de discrimination socialement acceptable. Les sujets obèses restent sans doute le seul groupe qui peut être discriminé en toute impunité* » (7).

Si cette discrimination se reflète dans de nombreux aspects de la vie courante, le monde médical semble particulièrement concerné par cette problématique. Dans une étude, Rebecca Puhl et son équipe (8) ont révélé que 63% des participants français à un programme de perte de poids estimaient avoir déjà subi au moins une fois des stigmatisations de la part de médecins, liées à leur poids. En effet, le poids affecterait significativement la façon dont les médecins perçoivent et traitent les patient.e.s. Ainsi, il a été montré que les médecins passent en moyenne moins de temps avec les patient.e.s plus corpulents et avaient une vision plus négative d'eux (9). Les auteur.e.s concluent que les médecins jouent un rôle important dans la baisse de la qualité des soins de santé que reçoivent les patient.e.s en surpoids et obèses.

Ces discriminations semblent sous tendues par un ensemble de stigmates associés aux personnes corpulentes. Ainsi, dans une étude française (10), 30% des médecins généralistes estiment que les patient.e.s obèses sont fainéant.e.s et font preuve de laisser aller. Or, ces stigmates impacteraient la perception que les personnes fortes ont d'elles-mêmes. Il y aurait, en effet, une corrélation (11) entre le fait de se sentir stigmatisé par autrui et le fait d'internaliser une vision négative de son propre corps. Ainsi, les personnes qui ont incorporé des biais négatifs sur leur poids vont avoir tendance à renoncer plus fréquemment aux soins médicaux. Dans ce sens, il a également été démontré que plus les femmes ont un IMC élevé, plus elles subissent de stigmates et plus elles ont honte de leur corps. Cette honte les conduit à se priver de soins, préventifs ou urgents, beaucoup plus fréquemment qu'une femme avec un IMC standard (12).

Mais la stigmatisation des patientes obèses pourrait avoir un impact au-delà des aspects purement comportementaux. Certains chercheurs ont émis l'hypothèse que le stress psychologique induit par la stigmatisation liée au poids puisse être un agent étiologique spécifique dans la physiopathologie de l'obésité (13). Dans ce sens, une étude quantitative menée par Taniya Nagpal (14)

a suggéré que, durant la grossesse, les discriminations pouvaient avoir un impact biologique. Ainsi, il a été démontré une plus forte association entre le fait d'être stigmatisé et le développement du diabète gestationnel qu'entre l'IMC et le diabète gestationnel. Le fait de subir des discriminations liées au poids pourrait être un facteur prédictif plus important que l'IMC lui-même dans la survenue du diabète gestationnel. La discrimination pourrait donc avoir des conséquences biologiques. La question de la discrimination des femmes obèses apparaît ainsi comme un enjeu de santé publique majeur et particulièrement durant la grossesse.

Si de nombreux psychologues s'accordent à reconnaître la grossesse comme une période particulièrement délicate dans la psychologie humaine (15), l'impact de ces stéréotypes pourrait donc avoir un retentissement particulier à cette période. Il a été mis en lumière (16) que des femmes obèses se sentent encore davantage jugées en raison de leur poids durant leur grossesse. Les stéréotypes dont elles font l'objet (ex : la paresse) seraient amplifiés durant cette période et poussés jusqu'à « un manque de soucis pour le bébé » (17). En outre, il est à noter que la question du poids se pose à chaque consultation médicale de suivi de grossesse. Les patientes sont pesées dans l'optique de détecter certaines pathologies mais aussi avec l'objectif de les accompagner dans la « maîtrise » de leur prise de poids. En effet, si la prise de poids est physiologique durant la grossesse, l'OMS a fixé des objectifs de gain pondéral différenciés selon chaque catégorie d'IMC en vue de limiter certaines complications obstétricales. Ainsi, pour une patiente ayant un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m² la prise de poids idéale serait comprise entre 5 et 9kg (18).

Sur le plan médical, la grossesse des patientes obèses a fait l'objet de nombreuses études qui ont mis en lumière des risques obstétricaux majorés (18) : risque d'avortement spontané précoce, risque de développer un diabète gestationnel, une hypertension artérielle gravidique, une prééclampsie ou des accidents thromboemboliques, dépassement de terme et déclenchement artificiel du travail, taux d'extraction instrumental, de dystocie des épaules et de césariennes augmentés. Outre la majoration de ces risques, la prise en charge des patientes obèses peut nécessiter plus de temps et de technicité, notamment lors du suivi échographique, de la réalisation d'une anesthésie locorégionale et lors des césariennes (19).

Dans ce contexte social et médical français, comment les patientes obèses vivent-elles leur suivi de grossesse et leur accouchement ? Comment perçoivent-elles les interactions avec le personnel médical ? Si elles ressentent de la grossophobie où celle-ci se situe-t-elle ? Comment estiment-elles que leur poids influence leur prise en charge ? Les comportements différenciés du personnel soignant ont-ils un impact sur le stress ressenti par ces femmes ?

Nous présenterons, dans un premier temps, comment les contextes soignants et hospitaliers semblent impacter le vécu des femmes interrogées. Nous proposerons ensuite une analyse des incompréhensions et des stigmatisations qui peuvent naître de l'interaction soignant.e.s soignées. Enfin nous exposerons

comment les enquêtées sont traversées par leur parcours de grossesse et les mécanismes d'adaptation qu'elles mobilisent en retour.

II. Méthodologie

A. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'analyser le vécu de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement par les patientes obèses. L'hypothèse sous-jacente se base sur les études ayant démontré la grossophobie chez le personnel soignant : dans quelle mesure cette potentielle grossophobie pourrait-elle influencer le vécu des patientes en obstétrique ?

L'objectif secondaire est de chercher à estimer si les patientes expriment être stressées par l'attitude des soignant.e.s envers elles.

B. Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-directifs. Le choix du qualitatif est motivé par le fait que très peu d'études portent sur le sujet en France, la réalisation d'entretiens successifs pourra permettre d'ajuster les questions de recherche au fur et à mesure.

C. Population et critères d'inclusions

Seront incluses dans cette études, les femmes obèses, c'est-à-dire ayant un IMC supérieur à 30 kg/m², ayant été suivies pour leur grossesse et ayant accouchées ou expulsées lors d'une fausse couche sur le territoire français. Les personnes dites en « surpoids » ne sont pas incluses dans cette étude car il semblerait que l'intensité des discriminations soit corrélée positivement à l'IMC (8), en outre les risques obstétricaux et les problématiques de prise en charge sont différents pour les personnes placées dans cette catégorie. Pour ce premier état des lieux, le choix est fait de se centrer sur les personnes les plus à même d'avoir rencontré des discriminations, c'est-à-dire les personnes obèses.

Afin d'offrir une perspective suffisamment récente, les grossesses relatées devront être ultérieures à 2012.

D. Recueil des données

Dix entretiens semi-directifs, auprès de femmes concernées, ont été réalisés entre janvier 2023 et décembre 2023, huit par téléphone et deux en présentiel. Concernant leur recrutement, il a été réalisé à partir de trois sources :

- Le centre spécialisé de l'obésité (CSO) du CHU de Poitiers via le Dr Mosbah, endocrinologue, trois femmes ont souhaité partager leur témoignage.
- Les groupes Facebook (FB), « Entre rondes » et « Groupe anti-grossophobie/fat-shaming », qui ont permis d'intégrer quatre personnes.

- Le réseau personnel : trois autres personnes ont été recrutées par des connaissances indirectes de mon réseau personnel.

Les entretiens ont duré de 45 min à 80 min, hormis un entretien qui fut particulièrement court : 25 min, cela s'explique par la difficulté de la personne concernée à verbaliser. Toutes les grossesses concernées ont eu lieu il y a moins de dix ans, l'expérience de la grossesse datant de 2005 a été exclue.

L'expérience d'une femme ayant vécu une fausse couche spontanée a été incluse dans l'étude, car l'expérience de la fausse couche fait partie intégrante des expériences obstétricales. Les femmes incluses avaient entre 25 et 43 ans, elles étaient pour la majorité employées, à l'exception de deux cadres et d'une personne sans profession. Comme prévu initialement, les personnes ont toutes un IMC supérieur à 30 au moment de leur grossesse, hormis Julie qui nous partage son témoignage pour trois grossesses en situation d'obésité et une grossesse post sleeve avec un IMC « en surpoids ». Pour reprendre ces termes « *comme ça, je peux vraiment comparer et franchement c'est très différent* », ainsi son témoignage de la grossesse post-sleeve peut être envisagé comme un potentiel point de comparaison.

Tableau n°1 : recrutement des enquêtées

Prénom d'anonymat	Âge	PCS	IMC	Années des grossesses	Mode d'entretien	Recrutement	Durée
1. Manon	29 ans	Employée	36	2022	Tél.	Réseau	45 min
2. Marine	29 ans	Employée	35	2020	Phys.	CSO	80 min
3. Jenny	36 ans	Employée	45	2013 / 2016	Phys	CSO	60 min
4. Désirée	30 ans	SP	45	2014 / 2016 / 2019 / 2022	Tél.	CSO	25 min
5. Capucine	25 ans	Employée	31	2019	Tél.	Réseau	75 min
6. Clara	43 ans	Cadre	40	2014	Tél.	Réseau	55 min
7. Audrey	37 ans	Employée	36	2017 (FCS)	Tél.	FB	60 min
8. Julie	37 ans	Employée	30	2005 (exclue de l'étude) / 2016 / 2021 / 2023	Tél.	FB	55 min
9. Lagertha	27 ans	Employée	37	2023	Tél.	FB	45 min
10. Hortense	35 ans	Cadre	39	2019	Tél.	FB	40 min

E. Critères de jugement et variables collectées

Non applicable pour les études qualitatives.

F. Analyse des données

Les entretiens seront enregistrés au dictaphone puis retranscrits mot à mot. Le langage non verbal sera également relaté : intonation, silences, hésitations. Une analyse thématique sera ensuite proposée à partir de ces témoignages, en essayant de dégager des vécus communs.

G. Aspects éthiques et réglementaires

La production et l'utilisation des données de cette étude suivra les recommandations de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et la loi « Informatique et Libertés ». L'identité des participantes sera anonymisée. Le consentement des personnes sera recueilli avant leur participation à l'étude, en outre elles auront bénéficié, en amont, d'une information éclairée portant sur : l'identité de la responsable du traitement des données, l'objectif de la collecte des informations, le caractère non obligatoire de leur participation, les destinataires de l'étude. Les entretiens sont enregistrés au dictaphone, après avoir recueilli le consentement explicite de la personne interrogée. Le stockage et la retranscription des données a été anonymisé (noms, prénoms et lieu). Les enregistrements sont stockés sur un téléphone sécurisé par un mot de passe et effacés dès leur retranscription. Les entretiens retranscrits et anonymisés sont stockés dans un ordinateur sécurisé par un mot de passe, aucune donnée spatiale ou identifiante n'est conservée.

III. Résultats

A. Contexte

Afin de mieux comprendre comment les patientes sont atteintes par la grossophobie obstétricale, il semble indispensable de dresser un tableau du contexte dans lequel s'inscrit cette grossophobie. Comment se sentent ces femmes a priori en étant simplement obèse, patiente et enceinte ? Après avoir brièvement présenté le ressenti des enquêtées concernant leur situation a priori, le contexte institutionnel sera présenté depuis leur perspective de patientes : que perçoivent-elles de la situation dans laquelle les soins et traitements qu'elles reçoivent s'inscrivent ?

1. Être obèse, patiente et enceinte

Les trois statuts portés par ces femmes : être obèse, être patiente et être enceinte semblent pouvoir être, à eux seuls, des facteurs fragilisant.

a) Être obèse

Les remarques grossophobes semblent omniprésentes et constantes pour les enquêtées.

Audrey : « Moi j'ai toujours été ronde donc les insultes à tout va, les machins, il y'en a toujours eu plein hein ! »

Lagertha : « Des remarques sur mon poids j'en ai eu toute ma vie que ce soit du personnel médical ou de ma famille, si vous faisiez du sport, si vous mangiez moins, je les ai toujours entendues ces remarques [...] La société ne veut pas de femmes grosses et ça se fait ressentir partout »

Les remarques ne sont pas forcément identifiées comme étant de la grossophobie.

Clara : « Avant, je ne savais pas que je pouvais être victime de grossophobie, j'étais juste grosse et j'en complexais et je le vivais mal mais c'était pas lié au monde médical et j'avais jamais réfléchi à la question jusqu'à ce que je me prenne une telle violence pendant mes grossesses et que là, je me dise : « mais qu'est ce qui ne va pas ? » et à ce moment-là, j'ai découvert la grossophobie, avant je n'avais pas mis le mot si tu veux, j'étais plus dans des complexes, la grossophobie esthétique banale de tous les jours mais pas celle du milieu médical. »

Pour les femmes interrogées, la question de l'image de soi est présentée comme intimement liée au regard d'autrui. Il s'agit d'une fragilité préexistant l'état de grossesse :

Marine partage le fait qu'elle ait du mal à se regarder dans le miroir elle ajoute « *C'est l'image qu'on me renvoie quoi. On me dit : « tu ressembles à un porc »...* »

Clara : « *Je pense que de base les gros on a une petite estime de soi parce qu'on est fragilisé comme ça. Mon estime de soi elle était atteinte par la grossophobie depuis l'adolescence parce que j'étais persuadée que je ne pouvais pas plaire à un homme. Plus on prend du poids, plus on se déteste parce qu'on se dit tu pourras plus jamais être aimée. Et du coup bah tu arrives plus à être aimée, puisque tu t'aimes pas.* »

L'injonction au contrôle du poids semble déjà très présente en dehors de toute grossesse.

Julie : « *Quand on est gros depuis tout petit on entend que c'est parce qu'on a la tête dans le frigo, donc à chaque fois qu'on va ouvrir le frigo on culpabilise. Et ça même si dans un quotidien on n'y pense pas, on y pense chaque fois qu'on va ouvrir le frigo et ça depuis 30 ans. [Rire]* »

Hortense : « *Moi, j'ai passé toute ma vie à être grosse j'ai passé toute ma vie à être au régime, à faire attention* »

Ainsi d'emblée, pour les enquêtées, le statut de femme obèse semble impacter négativement leur image sociale, l'image qu'elles ont d'elles-mêmes. Cette situation de stigmatisation apparaît comme vectrice de pression.

b) Être patiente

La position de patiente semble appréhendée voire vécue comme stressante.

Question : « *De manière générale[...] avant d'arriver en consultation vous vous sentez comment ?* »

Marine : « *Stressée un peu, c'est l'examen qu'est-ce que ça va révéler, j'ai toujours peur pour ma santé [rire]* »

Audrey : « *Je suis anti-médecine [...] Parce que j'entends leur propos sur mon poids déjà : tu es au-dessus de la courbe, il va falloir que tu fasses attention etc. donc je me suis rapidement dit si je dois voir un médecin c'est que ça va plus du tout.* »

Dans cette dernière citation, le statut de patiente semble se mêler au statut d'obèse et majorer l'appréhension d'Audrey. Le croisement des difficultés induites par ces deux statuts se retrouve dans le discours des patientes ci-dessous.

La mise à nu, au sens propre, peut être un moment difficile.

Désirée : « *On a un peu honte quoi. [silence] Quand on est forte se déshabiller devant quelqu'un c'est complexant quoi [...] J'appréhende. J'appréhende de me déshabiller [...] de faire voir mon corps c'est horrible !* »

La position de patiente semble parfois inhiber la capacité de réponse ou de non consentement.

Question : « *A chaque fois, on vous demande de vous mettre entièrement nue ?* » Désirée : « *Non, là c'était la première fois et, sur le coup, ça m'a choquée [...] j'étais rouge comme une tomate j'avais honte, j'essayais de cacher mon corps avec mon t-shirt.* »

Capucine, après que son gynécologue lui ait dit qu'elle avait de la cellulite et que ce n'était pas joli : « *Je pense que j'étais tellement dans l'incompréhension qu'un professionnel dise des choses comme ça, que je restais bouche bée, même si j'étais en colère, je savais pas quoi dire en fait* »

La relation de soin peut parfois être vécue comme une asymétrie de pouvoir, de savoir et d'informations, qui inhiberait le pouvoir décisionnel de certaines.

Clara : « *Et rien que le fait que j'ai osé demander « mais c'est quoi ces facteurs de risque ? [de diabète gestationnel] » là c'est genre mais « d'où tu remets ma parole en question ? ! », forcément les médecins ils sont sachant ! [...] Au début, tu es désarçonnée par ce que là, tu sais vraiment pas quoi dire, ils ont le*

savoir, ce sont les sachants, ils savent mieux que moi pour le diabète gestationnel, mais merde, moi, je comprenais pas pourquoi il m'avait demandé [de faire le dépistage du diabète] »

Le corps médical pourrait avoir un pouvoir décisionnel sur la vie des patientes.

Julie « Dans le cadre du parcours [PMA] il y a des gens qui ont le droit de choix sur ton avenir, ils ont le pouvoir de te rendre parent ou pas. [...] C'est ça qui a été le plus difficile des gens qui te disent : « non, tu n'auras pas le droit basta ! » »

La position de patiente semble induire de la fragilité à différents égards : face à la peur du diagnostic, face à l'asymétrie de pouvoir et d'information et face à la mise à nu qu'elle implique. Le statut d'obèse semble majorer la vulnérabilité induite par le statut de patiente.

c) Être enceinte

La grossesse dans le corps :

La grossesse peut être éprouvante corporellement.

Lagertha : « Déjà que la grossesse, j'étais alitée et que cette grossesse était compliquée niveau douleurs et symptômes »

Le suivi de la grossesse implique une certaine exposition du corps qui semble inédite.

Marine : « Déjà nous [les personnes rondes], on se sent pas très bien déjà de se déshabiller devant quelqu'un qu'on ne connaît pas. Surtout que pendant la grossesse déjà, on se met à nu carrément ! on voit plein de gens, des fois on compte ça fait 1,2,3 ah oui ça fait beaucoup ! »

L'accouchement peut être vécu comme un moment de dépossession du corps.

Clara : « [Au sujet de l'accouchement] On est tellement... sans pouvoir tu vois, on est tellement à la merci de ce que font les autres [le personnel soignant], donc on vit tous des trucs un peu violents dans cette situation, toutes mes copines ont des vécus un peu comme ça. Et gros ou mince. Hyper trash quoi. Parce qu'en fait, on a subi un truc quoi ! [...] Donc, je pense, en fait, que tu fais parler les femmes sur un truc qui est déjà très compliqué pour toutes. »

La grossesse dans le psychisme :

L'état de grossesse met en jeu la vie d'un nouvel individu. La responsabilisation qui en découle semblerait limiter le pouvoir d'agir des enquêtées et induirait une certaine tolérance à la douleur notamment.

Lagertha explique qu'elle se forçait à aller en consultation de suivi de grossesse malgré le fait que l'interaction avec son gynécologue se passait mal : « Ma mère m'avait dit "même si tu détestes leurs phrases et les hôpitaux, là tu y vas pour la santé de ton bébé, tu n'es plus seule tu ne peux pas faire comme bon te semble" donc j'y allais et je disais rien. »

Jenny, à propos de la douleur ressentie parfois lorsque l'opérateur appuyait sur son ventre pendant les échographies : « Je savais que c'était pour le bien du bébé. »

La grossesse semble générer un état émotionnel singulier, marqué par l'inconnu voire la peur lorsqu'il s'agit d'une première grossesse.

Clara « [La]grossesse et [les] accouchements [...] sont les moments les plus émouvants et les plus émotionnellement forts dans la vie d'une femme et on a tellement peur, on est tellement démuni [...] juste déjà tu es dans une flippe intégrale, la grossesse c'est une flippe intégrale quelque soit ton corps et quelque soit son poids, une première grossesse c'est hyper violent. [...] on est déjà dans une telle panique de plein de choses sur son corps et tout ! »

Jenny : « Bah alors bon c'était ma première grossesse, alors j'étais pas forcément prête formée, on ne naît pas maman, on le devient et quand on sait pas trop comment faire les choses... »

Capucine : « Euh moi, c'était mon premier accouchement, j'étais dans l'inconnu »

Pour Clara l'inconnu et le manque de connaissances relatifs à son état de grossesse l'empêchent de prendre position face au soignant :

« Avant [d'être enceinte] c'était ok, je suis factuellement grosse ok, mais par contre je t'emmerde parce que je suis en pleine santé, j'étais beaucoup dans le « je t'emmerde » en fait. Tu vois ? Et en fait là, c'est la seule fois où je pouvais pas dire je t'emmerde parce que ... comment ça il faut que je fasse le [dépistage du] diabète gestationnel ? je pouvais pas dire je t'emmerde, parce que je sais pas où elle est la vérité ? j'ai pas fait les études de médecine, j'ai vraiment besoin de faire ce test ? Je ne sais pas. Par contre quand il m'a dit il faut arrêter les sodas, là, j'ai dit « je t'emmerde », mais pareil quand il m'a dit, là, il faut partir en césarienne, je ne suis pas en état de dire « je t'emmerde » parce que, là, c'est genre, mais c'est quoi le ... je suis perdue en fait. [...] Les grossesses en fait ça atteint l'estime de soi où c'est un enjeu de vie ou de mort et t'as pas les arguments pour répondre à ça... »

La grossesse semble impacter psychiquement et physiquement les femmes interrogées. L'inconnu, la pression de la responsabilité, les manifestations corporelles, l'intrusion médicale dans l'intimité des corps pourraient fragiliser les enquêtées.

2. Contexte hospitalier et soignant

a) Manque de soignant.e.s et de personnel

Le manque de soignants implique un manque de choix pour certaines patientes et l'impossibilité de changer d'interlocuteur en cours de suivi.

Capucine : « [Concernant le suivi difficile avec un gynécologue dont elle rapporte des propos sur son physique, sa cellulite, ses vergetures] Alors, j'avais pensé à arrêter [le suivi] oui, mais il n'y avait personne d'autres et malheureusement, j'ai dû continuer avec lui, [...] Euh il était pas doux. Plus vite c'était fait mieux c'était pour lui. »

Clara : « Avec mon mari on cherche un médecin, pages jaunes, on prend le seul qui accepte des nouveaux patients »

On notera ici qu'Hortense, seule enquêtée vivant à Paris, rapporte avoir changé de pédiatre et avoir changé de centre de PMA sans difficulté.

Le manque de personnel et de temps semblerait dégrader l'interaction de soin.

Manon me souligne qu'elles n'étaient que deux personnes lors du transfert de lit après sa césarienne : « Les deux nanas étaient pas forcément de bon poil, donc j'étais un peu mal reçue, mais non sinon...[...] elles grognaient... après quoi ? je ne sais pas trop [silence] mais elles grognassaient toutes les deux.[...] je pense qu'elles grognaient parce que personne venait... en tout cas, elles, elles m'ont rien dit de particulier, mais euh oui après ... elles euh les pauvres. Donc ça je pense que oui c'est pas forcément des plus adaptés. »

Marine : « Dès qu'on avait des questions, ou mon conjoint, elle [l'échographiste] nous envoyait un peu balader [...] Elle nous répondait « non c'est bon là j'ai pas le temps ! vous me laissez faire l'échographie on parle après ». »

Hortense : « Bah, en fait, j'aimerais leur dire que avant de juger quelqu'un sur l'apparence et sur ce qu'elle émet comme signal quand elle arrive, prenez deux minutes, je sais qu'il y a peu de temps, beaucoup de malades et peu de soignants mais, en fait, ça peut changer des vies de prendre deux minutes avant de juger quelqu'un, de lui laisser prendre le temps de vous expliquer en fait. »

Le manque de soignants semble menacer le suivi médical d'une enquêtée.

Manon : « J'ai eu un très, très, mauvais suivi de grossesse donc là j'pourrais pas te dire, parce qu'en fait je n'en ai pas eu. [...] en [département anonymisé] en fait on a très, très peu de sage-femmes [...] pour avoir un rdv avec une sage-femme [en 2022] c'était « il va falloir rappeler courant de l'année 2023 » donc voilà. »

Ainsi le manque de soignant.e.s réduirait le choix des patientes, dégraderait l'interaction de soin et pourrait menacer la pérennité du suivi médical de certaines femmes.

b) Matériel inadapté

Manon évoque que sa jambe tombe de la table d'opération durant la césarienne, il se pourrait que cette chute soit imputable à la taille inadaptée de la table :

« La première fois je me souviens que j'étais en train de leur dire « attention je sens ma jambe tomber, je sens ma jambe tomber » jusqu'au moment où la jambe est tombée [rire] fin voilà ! [Rire] »

Elle évoque ensuite la qualité insuffisante des lits avec une certaine résignation :

« Après au niveau des Bon après les lits sont pas confortables mais bon ça c'est pas nouveau [rire]. Ça c'est sûr. »

Les autres enquêtées ne relèvent rien de particulier concernant le matériel, même après avoir été interrogées spécifiquement sur le sujet.

B. Interaction soignant.e.s soigné.e.s

1. Incompréhensions dues à la coexistence de différents paradigmes

a) La répétition d'un constat évident : le poids

Les enquêtées semblent critiques face à la répétition du discours médical concernant leur poids.

Audrey : « Moi, les médecins me disent « ouais tu es trop grosse » machin, machin, tout ça. Oui, je sais ! je sais que je suis ronde, que je fais plus de 120 kg, je le sais, je m'en rends compte [...] Chaque fois qu'on nous dit le mot grosse on perd pas 2 kg hein ! [Rire] il y en a beaucoup qui pensent que plus on nous le dit et plus ça va nous aider mais en fait pas du tout ! plus on nous le dit et plus ça nous braque, en fait ! Enfin, moi, c'est comme ça que je le vis, moi, plus on me le dit, plus je me dis mais « reste comme ça juste pour les faire chier » tu apprends à vivre avec ton corps, tu as quelqu'un qui t'accepte comme tu es [fait référence à son conjoint]. [...] Parce que moralement bah il faut encaisser tous ces propos là qu'on peut entendre, longueur de journée... »

Marine concernant la remarque de son médecin au sujet de sa prise de poids : « Je me rendais compte que j'avais grossi, quand on change de taille de vêtements on s'en rend compte quand même ! [Rire] mais du coup ça m'a fait beaucoup de peine, après ça m'a pas spécialement donné envie de maigrir, [...] Non ça me booste pas dans le sens « allez tu vas y arriver », c'est plus « ah merci du soutien quoi ... »

Julie : « C'est pas parce qu'on est gros qu'on n'est pas lucide, je sais que j'ai des problèmes de poids, je sais que je grignote tout le temps, il faut arrêter de prendre les gens pour des cons, en fait. »

Les enquêtées soulignent que cette répétition du constat de leur poids est contre-productive et peut induire chez elles une forme de résistance dans le cas d'Audrey et une forme d'abandon dans le cas de Marine. Julie, quant à elle, voit dans cette attitude médicale une forme de mépris et d'infantilisation.

b) Pathologisation d'un corps

Lors des consultations au cours de la grossesse la vision médicale pathologisante du corps de ces femmes peut parfois s'opposer à la perception intime qu'elles ont de leur propre corporéité.

Clara : « [Le médecin] m'a dit direct « bon, vu votre poids, il va falloir prendre 0 kg donc ne pas grossir pendant votre grossesse » je suis sortie de là, je me suis dit : mais comment ça je prends 0 kg quoi ?! [...] »

moi je suis sortie paniquée en disant : « comment ça il faut pas que je grossisse ? » Et « vu votre IMC » fin vraiment je ne m'étais jamais mis dans ce monde-là ! Je savais vite fait ce que c'était un IMC [...] mais là jamais à 34 [ans], je n'avais pas de problème de santé, je n'avais jamais calculé mon IMC, je n'avais aucune idée de où est ce qu'il était. Et donc quand il me dit vu votre IMC il ne faut pas grossir je me dis « qu'est-ce qu'il se passe quoi ? ! » j'étais vraiment tombée des nues [...] Ah mais une panique totale ! une panique totale ! Il m'a mis face à un poids que je ne voyais pas problématique et une panique totale parce que comment on ne grossit pas ? comment on ne grossit pas quand on est enceinte en fait ? »

Clara : « Je lui demande si je peux continuer la zumba, moi, je m'inquiétais surtout pour mon col [de l'utérus] [...] « votre col oui, oui, ça va mais il va falloir faire attention à vos articulations ! », je comprenais pas moi, je sautais ça allait bien, donc il [le médecin] m'a emmené que des choses que j'avais même pas envisagées, que je n'avais pas anticipées, je n'avais jamais vu dans ma vie mon poids comme un vrai problème avant. [...] Mes grossesses ça a été le départ de cette confrontation avec le monde médical qui me dit que, dans 7 ans, je suis morte [silence]. »

Audrey : « Tout le monde ne rentre pas dans les normes en fait ! J'ai jamais été mince, j'ai toujours eu plus ou moins de rondeurs mais je vis très bien comme ça en fait ! C'est pas parce que je ne rentre pas dans les standards que moi je ne suis pas heureuse comme ça ! Et ça il y en a beaucoup qui ont du mal à le comprendre. »

Julie souligne dans son témoignage cette pathologisation de son corps par le regard médical, elle semble mettre cela en contradiction avec son ressenti : elle se sent en moins bonne santé après sa sleeve :

Julie : « Et du coup, donc mon estime de soi elle en était déjà là, mais elle était que esthétique et vie amoureuse, en revanche je ne m'étais jamais posée la question que je pourrais avoir des problèmes de santé, et là, ça a été une autre estime de soi qui a été touchée [...] Pour moi vu comment on en [l'obésité] parle aujourd'hui, ça reste un handicap [...] en plus, moi, ayant connu les deux, quand j'étais beaucoup plus fine j'étais plus essoufflée j'étais plus fatiguée, j'ai très mal vécu le fait de perdre beaucoup de poids et j'étais en plus mauvaise santé que je ne le suis avec des kilos en trop »

c) Des patientes « à risque » : un flou discursif entre prédisposition et prédétermination

Dans le discours médical rapporté par les enquêtées, il semblerait qu'il y ait une confusion entre la prédisposition à développer une pathologie et la prédétermination, sans qu'il ne soit possible de déterminer si celle-ci s'opère au niveau des soignées ou des soignant.e.s.

Les patientes perçoivent une vision statistique dans le discours médical avec une approche en termes de risques - non exempt de préjugés. Cette vision semble s'opposer à une vision plus individualisée et singulière de leur corps. Cette perspective individuelle s'exprime lorsqu'elles partagent leurs expériences en soulignant avoir fait mentir les statistiques (Manon et Julie) ou lorsqu'elle revendiquent, explicitement, la prise en compte de leurs antécédents médicaux personnels (Capucine et Clara).

Manon : « L'anesthésiste le rdv pré machin là, euh m'avait dit que pour la péridurale ce serait compliqué, j'ai dit « pourquoi ? » [Rire] il m'avait dit : « Beh, avec votre poids ça va être compliqué de vous plier correctement ». J'ai dit : « D'accord, bon, [silence] bah on verra le jour J ». Et puis, bah, le jour J j'ai pas eu de soucis, il m'a posé la péridurale du premier coup, sans problème tout va bien. »

Julie : « Ça aussi, c'est un grand moment quand on est grosse le rdv avec l'anesthésiste c'est « il y a des risques », on a plus de risques que les autres, pour nous piquer ça va être plus compliqué que les autres. Bon voilà ce rdv là il est horrible en fait [...] Parce que on est mis dans des cases, ça peut nous arriver à nous des trucs différents, on est handicapé en fait, parce qu'on est gros on peut avoir des problèmes de santé, des soucis à l'accouchement, on sera plus essoufflé, on pourra moins gérer nos enfants parce qu'on se fatiguera plus vite. »

Julie : « Ce que je reproche plus c'est les réflexions qui peuvent être faites quand on est enceinte sur le diabète gestationnel, être grosse on a beaucoup de réflexions sur ça, alors que moi, personnellement, je n'ai jamais fait de diabète gestationnel. Alors, sur mes deux dernières grossesses, c'était tout le temps... Sur la dernière, j'avais un gynéco, mais c'était obsessionnel, chaque fois que j'allais le voir il me parlait de ça. En me disant qu'il fallait que j'arrête de trop manger. Alors que, bon voilà, j'ai jamais fait de diabète. Donc ça, ça, a été un peu compliqué. [...] ils [les tests] revenaient négatifs en plus, il me les a fait faire deux fois [chacun] ! »

Hortense : « Il y a juste eu un truc, au début c'est que je suis tombée sur une meuf, en fait, qui considérait que parce que j'étais grosse, il fallait que j'aie du diabète. Donc, ils m'ont fait faire des prises de sang, ça n'indiquait pas que j'avais du diabète ensuite ils ont donné un appareil pour me piquer tous les jours, ça n'indiquait pas de diabète gestationnel, elle m'a quand même fait venir deux jours à l'hôpital pour surveiller mes taux, ça n'indiquait pas de diabète gestationnel et puis à la fin elle me dit « on ne peut pas appeler ça du diabète gestationnel mais c'est quand même un petit machin »

Clara : « Même si il y a des normes, je dis que le poids est un facteur parmi d'autres et je dis que tout est histoire d'expliquer aux personnes et d'individualiser le soin. Il y a des stat qui montrent des corrélations, mais le problème c'est que le médecin ne voit plus que des stat devant lui et non plus un individu avec des caractéristiques propres ! Par exemple il ne m'a pas demandé si il y avait des antécédents dans ma famille, il m'a pas demandé si j'étais en bonne santé ! »

2. Préjugés médicaux et conséquences perçues

a) Préjugés

Les enquêtées ont partagé le fait que le discours des soignant.e.s pouvait soutenir l'existence d'une corrélation systématique entre l'alimentation et le poids.

Marine : « Elle me disait de moins manger, alors que déjà le soir je ne mangeais que de la soupe... elle me disait « je suis sûre, vous grignotez... ça se voit ! » alors que pas du tout mais bon c'est pas grave. »

Audrey : « Le fait d'être ronde c'est qu'on passe notre temps à manger des conneries, à se bourrer de soda, de fastfood, de pizza, de trucs industriels immangeables ! »

Les patientes relatent avoir perçu dans le discours médical l'idée qu'elles sont responsables de leur poids et que si elles restent obèses c'est qu'elles ne font rien pour changer.

Marine : « Oui, comme si c'était tout de ma faute et que voilà il fallait que je fasse des efforts pour...[maigrir] »

Audrey rapporte les propos d'un médecin : « « Mais madame, vous êtes pas sportive, ça se voit tout de suite, ne vous plaignez pas d'avoir mal ! » Bah, en fait, vous ne connaissez rien de ma vie ! vous ne savez pas ce que je fais ni mon histoire. »

Capucine : « Je sais comment je suis, je sais pourquoi j'étais en surpoids, il n'y avait pas de questions derrière, « est ce que vous faites quelque chose ? », « est ce que vous avez une maladie » ou « est ce que vous prenez des médicaments ? » non c'était direct de ma faute en fait. [...] dès que je rentrais pour la consultation c'était la pesée directe, et après c'était « oh, vous avez encore pris ! » « faut peut-être arrêter de manger du chocolat » « faut faire plus attention » [silence] »

Une personne interrogée rapporte des jugements esthétiques portés sur son physique

Capucine : « A l'hôpital aussi et là dès que je prenais 1 kilo [...] « faut faire attention », « vous êtes quand même déjà grosse », « ça vous va pas » [...] très souvent, médecins, sage-femmes etc. c'est « vous avez un joli visage c'est dommage que vous soyez grosse [...] j'ai de la cellulite aux cuisses et il [le gynécologue] me l'a bien fait comprendre quoi, enfin il me l'a dit. [...] que j'avais de la cellulite aux cuisses et aux fesses et que c'était pas joli, que c'était pas agréable pour les monsieurs, euh voilà : « les vergetures, il faudrait essayer de mettre un peu plus de crème parce que ça fait quand même moche » [silence] [...] Une sage-femme m'a dit que ce serait bien qu'après je perde du poids, car encore une fois j'ai un joli visage mais que c'est dommage tout ce poids. Et sinon après ça a été. »

Une patiente rapporte le discours d'une soignante présentant les mères obèses comme des mères ayant moins de capacités :

Julie : « *Quand j'ai essayé [de rentrer dans un parcours PMA] par exemple c'est ce que l'on m'a dit, quand je leur ai dit que je comprenais pas pourquoi je ne pouvais pas être maman à la même hauteur que les autres. J'avais besoin qu'on m'explique pourquoi je n'avais pas droit à la FIV. Elle m'a dit ça, lors du premier rdv pour débiter le parcours. Elle ne me l'a pas dit méchamment hein. Elle m'a juste dit que derrière la grossesse, il fallait voir un enfant qui grandit et qui a des besoins. Besoins de courir, d'aller jouer, et que moi j'allais le faire plus difficilement qu'une maman plus mince.* »

Certaines femmes ont le sentiment que les soignant.e.s peuvent les rendre responsables de pathologies qui seraient associées au poids.

Marine : « *En fait, ma fille avait un problème de croissance et elle me disait que c'était de ma faute parce que, du coup, je mangeais de la merde* »¹

Capucine : « *S'il y avait quelque chose, ça aurait été forcément de ma faute. Une complication ou quoi que ce soit ça aurait été forcément le surpoids.* »

L'entretien est l'occasion pour les enquêtées de nuancer voire d'infirmer ces stigmates.

Concernant la nourriture :

Capucine : « *C'est pas forcément la nourriture qui fait qu'on est en surpoids* »

Audrey : « *Moi je suis quelqu'un, certes, ronde, mais je ne mange pas industriel, je ne bois pas de soda, je mange McDo seulement si on est sur la route pour les vacances. Je passe beaucoup de temps à cuisiner, je fais tout maison, j'achète rien d'industriel.* »

Manon : « *Il y a des petites choses, des fois, au lieu de tout de suite orienter vers un régime vers euh... moi j'ai fortement apprécié que ma diabète qui me suivait ne m'ait pas sauté sur le poil tout de suite en me disant « bon beh voilà un régime voilà ! » ça j'ai apprécié par exemple[...] j'ai bien apprécié qu'elle me dise pas faut manger plus qu'ça. Elle m'a juste dit « vous avez mangé quoi hier ? » j'ai dit et elle m'a juste dit « bon beh ça va » bah oui je mange pas non plus ... c'est pas parce que je suis costaud que je mange non plus comme un ours hein ! [Rire]. Je me souviens de lui avoir dit exactement la même chose, mais non après voilà, des fois c'est morphologique c'est pas forcément parce que c'est de la mal bouffe.* »

Concernant le manque d'efforts et la responsabilité des patientes quant à leur poids.

Manon : « *J'ai tout essayé j'ai fait 25 régimes j'ai vu les endocrino, j'ai tout essayé, moi, pour essayer de le perdre, moi, ce poids ! Euh et j'ai jamais réussi !* »

Audrey : « *[Le médecin] m'avait dit « [...] le poids, c'est parce que tu manges et tu fais pas de sport » alors qu'à ce moment-là je faisais 5h de vélo par jour parce que je bossais sur le vélo* »

Hortense : « *Quelqu'un de gros ne l'a pas forcément choisi, je suis au régime depuis que je suis enfant, j'ai vu des nutritionnistes, j'ai fait des cures d'amincissement. Dans mon métabolisme, je sais que je suis comme ça, j'ai des os lourds, du gras autour. Et en faisant le parcours de chirurgie bariatrique, le mec me l'a clairement dit : « vous ferez jamais 70 kg, parce que votre morphologie n'est pas comme ça » et en fait, en particulier les personnes obèses, c'est pas que un choix d'être comme ça, c'est pas que parce qu'on a trop mangé ou pas fait de sport ! Voilà* »

Invocation de causes alternatives :

Audrey : « *En fait pour beaucoup de gens c'est ça : on est gros alors forcément c'est qu'on passe notre temps à manger. Ils ne vont pas se dire les antécédents médicaux qu'il peut y avoir, ils ne vont pas se dire c'est tout simplement dans les gènes aussi ! Moi, du côté de mon père, je sais qu'il y a ce côté rond, tous les membres de la famille de ce côté sont ronds.* »

¹ Une prééclampsie sera finalement diagnostiquée et sera évoquée comme la cause potentielle du petit poids de son enfant

b) Des soins détériorés : le poids une étiologie qui peut en masquer d'autres ?

Le poids étant une étiologie évidente et visible il semblerait qu'il dissimule parfois d'autres étiologies, impliquant selon les patientes un retard de diagnostic.

Manon : « Notre fille, on a mis deux ans et demi pour l'avoir et pour eux, c'était forcément en fait, un problème de poids, mais bon, euh je fume en prime mais bon pour eux ça venait du poids seulement alors que pas du tout. Souvent, en fait, le problème c'est le poids ! [...] J'ai passé [...] voilà, oui hystero... [une hystérosonographie probablement] boh je sais plus ! et euh en fait pour eux tout allait bien, sauf, qu'en fait, je suis tombée enceinte, en fait, 15 jours après mon rdv, une fois que j'avais fait ça. Et la seule explication que les médecins ont trouvée c'est que je devais certainement avoir un canal légèrement bouché et le fait de passer le produit de contraste, ça a dû ouvrir les vannes et vu que les vannes étaient ouvertes pouf, c'est [la grossesse] arrivé ! »

Marine : « Je lui [la gynécologue en libéral] disais aussi « là, je sais pas je vois des mouches devant les yeux, je me sens pas bien » « oh, c'est bon, ça c'est le surpoids, ça passera... » en fait c'était pas le surpoids c'était la pré éclampsie, en fait. Ça a été diagnostiqué au CHU, au moment où j'ai commencé à me faire suivre là-bas, et toutes les semaines, j'avais des échographies et puis enfin tout, la totale [rire] »

Audrey nous partage son expérience, elle vient de faire une fausse couche qui lui est diagnostiquée aux urgences gynécologiques et obstétricales, le rendez-vous dure 5 min et l'interne estime que son poids en est la cause, il la renvoie ensuite chez elle :

« Le lendemain j'ai l'hôpital qui m'appelle pour me dire « madame il faudrait que vous reveniez à l'hôpital pour vous faire la fameuse injection » [rhophylac] [...] là, pareil, la dame [...] elle me dit clairement « je pense que effectivement ce qui a dû jouer sur la fausse couche c'est votre surpoids » ce qui n'est pas du tout vrai, je l'ai su après, mais j'avais été traité pour une maladie sans savoir que j'étais enceinte et le traitement que j'ai pris a aidé à la fausse couche. Et les propos que j'ai aussi bien reçu par homme que par femme c'est « t'es beaucoup trop grosse » [...] C'est mon médecin traitant qui me dit « très sincèrement ta fausse couche est due au traitement que tu as eu pour la simple et bonne raison que ce traitement aurait dû être arrêté en amont de la grossesse normalement » [...] Alors que je lui [à l'interne] avais dit que je prenais un traitement et il avait dit « oh non, ça peut pas être juste ça » du coup c'est impérativement dû à votre poids, « le fait que vous soyez en surcharge comme ça, c'est pas bon pour vous c'est pas bon pour les enfants, vous aurez jamais d'enfants comme ça ! » »

Leurs expériences obstétricales sont teintées d'une certaine méfiance acquise lors d'expériences de retard de diagnostic hors grossesse.

Capucine : « [Concernant sa relation avec les soignants] Je tombe sur des personnes qui vont vraiment m'écouter et vont passer sur le physique ou soit, dès que j'arrive, ça va être tout de suite : « c'est à cause de votre poids » et puis basta [...] Euh par exemple, j'ai fait un AVC en 2021, et on m'avait tout de suite dit que c'était par rapport à mon poids, qu'il fallait que j'en perde, que j'étais inconsciente enfin, tout ça quoi, alors que, finalement, c'était pas du tout par rapport à ça. [...] Une petite anomalie [des vaisseaux] dans le cerveau [...] aucun rapport avec le surpoids. »

Manon : « J'ai eu, depuis pas mal de temps, pas mal de soucis de santé et puis bon beh, à chaque fois, ça venait de mon poids, alors que non ! En fait, il y avait d'autres raisons, différentes à chaque fois, donc euh... »

Hortense : « Chaque fois que je vais voir un médecin, le problème vient forcément de ton poids et pas d'autre chose. Quand j'ai eu des calculs, où j'ai eu une intolérance au lait, en fait c'est partie de là, et chaque fois que j'allais aux urgences, on me disait que c'était parce que je mangeais trop. Et, il y a un médecin, un jour, un urgentiste, qui m'a dit : « bah non mais attendez on va faire une échographie » en fait, et en.. après l'échographie, j'avais la vésicule pleine de calculs, et le problème il venait de là, c'était pas que je mangeais trop ou de ce que je pouvais manger. Donc ça a quand même mis 2 ans avant que quelqu'un cherche ça quoi ! »

c) Des relations de soin détériorées : des patientes mal aimées ?

Pour une partie des enquêtées, le personnel soignant nourrirait une certaine hostilité à leur égard :

Hortense : « Tu sens que tu les fais chier quand tu arrives dans le cabinet, tu sens, qu'en fait, tous tes problèmes, en fait, sont liés à ton poids, que quoi qu'il arrive, ils vont minimiser, tu sens que ils te disent oui ou non, mais au final, ce n'est pas leur problème. Tu sens, en fait, qu'ils ne t'aiment pas ! Ils ne t'aiment pas parce que tu es gros, et peut être aussi qu'ils n'aiment pas tout court l'être humain ! »

Capucine : « Si j'avais été moins forte, je pense que le gynéco m'aurait pas fait autant de réflexion, il aurait été plus sympa, enfin il était plus sympa avec les femmes qui étaient plus minces parce que je le voyais. Il avait toujours du retard, il y avait des femmes qui étaient avant moi qui étaient minces et là c'était « bonjour » avec le grand sourire et dès que c'était moi c'était [silence] plus sec ... »

Capucine : « Alors avec du recul et en travaillant en maternité [...] je vois le comportement de certaines sages-femmes ou certains médecins quand c'est des personnes qui sont en surpoids et elles changent radicalement, quand c'est des personnes avec un IMC normal on va dire et une autre personne avec un IMC qui est assez haut. » Question enquêtrice : « Et qu'est ce qui change ? » Capucine : « Euh, leur attitude, elles vont être blasées, elles vont pas avoir envie d'y aller et quand elles sont entre elles, elles vont se faire des réflexions. ».

Audrey : « Mais tous les propos corps médical, tout confondus, tous les propos, le fait d'être ronde c'est euh...c'est pesant en fait. A partir du moment où vous ne rentrez pas dans les normes, pour eux, vous êtes euh, limites, euh, ça va être cru le mot que je vais employer mais on va être vu comme une « baleine échouée » et euh, c'est le ressenti qu'on a par rapport au regard qu'on reçoit en fait [...] Moi j'ai eu des regards très noirs, très noirs, des personnes qui me parlaient qui osaient même pas me regarder ! Pour la simple et bonne raison que bah le physique ne leur convient pas. »

Certaines patientes semblent avoir le sentiment d'être délaissée par les soignant.e.s :

Jenny : « Et quand j'ai eu mon problème de dos au lieu de me dire juste « ça c'est le poids », je sais pas qu'elle me donne un petit truc pour me soulager ou ... Non, je suis restée seule avec cette douleur en ayant comme explication c'est mon poids uniquement, même pas c'est la grossesse. »

Audrey rappelle ce qui lui a manqué dans la prise en charge de sa fausse couche : « Prendre le temps avec [la patiente], d'essayer de trouver des solutions un minimum pour essayer d'accompagner la personne dans ce qu'elle vit. Par exemple, moi, pour la fausse couche, si on m'avait dit : « écoutez madame c'est à cause de votre poids mais ne vous inquiétez pas, il y a des solutions » certes, c'est la perte de poids et la perte de poids, ils ne peuvent pas la faire pour moi, ça je suis d'accord là-dessus. Mais avoir un soutien ! « Si vous voulez on vous fait voir un spécialiste, on vous fait voir quelqu'un pour vous aider ». Donc moi je pense que ce qu'il faudrait changer c'est les propos, il faut essayer de modérer les propos parce que, c'est pas en disant à quelqu'un « ah t'es grosse » que ça va changer. »

Hortense semble déplorer ici l'attitude culpabilisante des soignantes, le fait qu'elles la placent comme unique responsable de la situation sans lui offrir aucun soutien.

Hortense : « Pendant les rdv PMA, il n'y a pas une personne mais plutôt quatre personnes devant soi. Donc, quatre personnes, faces à toi, qui ne te comprennent pas. Je me souviens le dernier rdv, j'avais craqué devant elles, elles m'avaient dit : « mais madame ... » elles étaient pas réconfortantes hein ! Elles étaient « Beh, oui ! Beh, c'est comme ça ! Il faut perdre du poids ». Elles étaient pas en train de me dire « ça va aller vous en faites pas », elles étaient en train de me dire « vous êtes une merde, vous êtes grosse, vous aurez pas d'enfant et puis basta quoi ! ».

Jenny nous rapporte la réaction de sa gynécologue face à sa perte de poids et le sentiment qu'elle a suscité :

« « C'est pas grave, vous avez perdu 16 kg en deux mois ? peu importe ! » [Rire]. J'avais l'impression qu'on me laissait un peu tomber quoi. Moi, j'étais pas bien et tout le monde s'en fichait quoi ! [...] Bah, si ils m'avaient dit : « oui, essayez ceci », enfin, d'essayer de me donner des solutions, des cartes en mains, pour que ça passe mieux, pour me sentir mieux, déjà je me serais dit bon ok on essaie de m'écouter quoi ! »

[...] C'était plus une question de, ouais, de comportement, de rapport à moi. Disons qu'elle voyait surtout le côté médical mais pas le côté, euh, comme je dis, un peu psychologique ou voilà. Moi, c'est ça qui m'a gênée. On voit les données médicales mais à part ça ... Alors que sur le coup j'aurais bien aimé qu'on m'accompagne, qu'on me donne des solutions par rapport à mon problème de nourriture, comme j'avais du mal à manger. [...] Ils [les soignant.e.s] ne sont pas pareil avec tout le monde. Ce serait quelqu'un de mince qui aurait perdu du poids en début de grossesse, ils se seraient peut-être plus inquiétés que ... qu'une personne comme moi, avec du poids en plus. [...] J'imagine qu'ils pensent que si j'ai perdu 16kg c'est pas grave, c'est pour mon bien. »

Jenny aurait attendu une prise en charge de l'aspect psychologique lié à sa perte de poids mais souligne que la gynécologue y serait restée insensible, s'en tenant à une dimension purement médicale : une perte de poids chez cette patiente ne semble pas dangereuse médicalement. Elle a le sentiment qu'une patiente plus mince n'aurait pas eu la même prise en charge.

3. Importance accordée aux formulations et aux attitudes

Les enquêtées estiment que certains soignant.e.s manquent de soin dans les formulations.

Jenny : « Bah, ouais, si j'avais un truc à leur dire [aux soignant.e.s] ce serait d'éviter les remarques et essayer d'être bienveillants surtout. La bienveillance, c'est le mot d'ordre et écouter les patients. »

Clara « Le gynécologue de garde [...] il arrive [...] et il me dit... Enfin non, il me dit rien, il me regarde de haut, je suis sur le lit, il me regarde de haut et il dit : « on part en césarienne, trop de gras dans le bassin ! » [Silence] voilà ! [...] Il [le gynécologue] me tâte le ventre et il me dit « ouah c'est pas le gras du bébé le problème ! c'est le gras de la mère ! » ok... Donc ça, c'était archi violent bien comme il faut. »

Les femmes interrogées relèvent également un manque de discrétion de la part de certaines équipes.

Marine : « Déjà le regard... en fait, en tant que patient, on entend tout et on voit tout. Donc, rien que déjà le regard qu'on a des fois, quand ils nous appellent, on voit, enfin on sent le « ah je vais en chier » ou un truc comme ça, pour la prise en charge. On va faire, je sais pas, une échographie ou gnia gnia, bah on le voit et ça c'est pas très cool ça vraiment ! »

Capucine : « Euh, bah, je sais que quand j'étais avec le gynécologue, j'allais sur la balance et tout et il allait après avec ses autres collègues, je l'entendais parler « elle a tel IMC » « on va encore avoir du mal à l'accoucher » euh des trucs comme ça. [...] Il ne prenait pas la peine de fermer la porte.[...] [je ressentais] Du dépit... Que ils le disent pas en face, que je les entende, qu'il prenne même pas la peine d'être discret. »

Capucine, qui travaille en maternité note parfois ce même comportement chez ses collègues :

« Ça va dépendre de l'équipe, mais certaines laissent la porte ouverte et parlent fort, et je sais qu'il y a des patientes qui ont déjà entendu. Moi qui suis à l'autre bout, j'entends, alors c'est sûr que la dame qui est à côté entend. »

Lors des entretiens, les personnes interrogées ont souligné et valorisé les comportements qu'elles ont apprécié. Elles valorisent notamment le soin porté aux formulations, la clarté, les explications, leur prise en considération globale et la bienveillance à l'égard de leur corps.

Manon : « Et pis ma sage-femme était très ... au niveau du poids, elle était très délicate [...] elle venait, elle regardait le poids sur la balance, elle disait « bah voilà cent kilos machin » et puis bah, elle le notait mais elle disait que ça, elle disait rien d'autre, aucune remarque [...] parce que je sais que je suis pas fine, [rire] ça c'est sûr ! Mais on va dire qu'on a pas besoin de l'entendre en plus, juste de savoir son poids, ça suffit. [Silence] »

Marine : « J'ai une sage-femme géniale en libéral, elle me dit « moi, je suis moi-même en surpoids et ça m'empêche pas de faire des choses, il faut apprendre à s'aimer avant de perdre du poids » c'est ce qu'elle m'avait dit... elle est géniale ! [Rire] »

Désirée explique avoir bien pris le fait que l'échographiste lui dise qu'elle avait un excès de liquide amniotique en raison de son poids « *Ça m'a pas dérangé plus que ça parce qu'elle m'a expliqué les choses clairement et avec des mots euh simples quoi ! Pas dans dire que j'étais, que j'étais grosse quoi !* »

Capucine : « *J'avais pris une [échographiste libérale] très gentille, qui faisait des petites réflexions : « là j'appuie un peu plus parce qu'il y a beaucoup de graisse » ou des choses comme ça, gentille, elle ne mettait pas forcément la forme. Mais voilà.[...] ça allait parce qu'elle était gentille, ça passait, on voyait qu'elle essayait de bien faire, de ne pas me vexer, mais de m'expliquer quand même pourquoi elle appuie un peu plus [...] elle était claire : « là, j'appuie plus parce qu'il y a un peu plus de graisse », c'était bien. »*
« *Euh, la [diététicienne] très gentille, elle a essayé de comprendre tout de suite mon alimentation, le travail, comment je bougeais, mon enfance, non ça s'est bien passé. Elle était pas culpabilisante, je me sentais bien à la fin des rendez-vous. »*

Julie : « *Elle [la sage-femme] était hyper à l'écoute, jamais une seule fois elle a abordé mon poids. Et puis, bah, beaucoup de conseils sur la gestion de la douleur, euh, les mêmes conseils qu'à n'importe quelle autre femme en fait, ça c'était agréable. »*

Ce dernier verbatim permet de comprendre, en négatif, que Julie a le sentiment qu'elle n'est parfois pas traitée comme n'importe quelle autre femme.

C. Parcours de grossesse

1. Le droit de devenir mère

a) Parcours PMA : un accès à la maternité refusé

Pour les patientes interrogées l'obligation de perte de poids est parfois estimée inatteignable et discriminante.

Hortense : « *Quand tu es ronde, grosse, obèse, en fait, on t'interdit d'avoir un enfant, on te dit : « perdez du poids ». Et si les délais de perte de poids font que c'est forcément pas bon pour ta santé, et bah ils s'en foutent, en fait. Donc, en fait, c'est assez ouf ! [...] Elle [une personne de l'équipe du centre de PMA] me dit de perdre, au moins 30 ou 40 kg et moi je lui dis mais c'est pas possible, si je veux perdre du poids raisonnablement, j'aurais jamais perdu ce poids avant mes 40 ans. Elle m'a donc répété que c'était non négociable, si je voulais entrer en parcours de PMA, il fallait que je perde du poids [...] je me suis motivée à faire du sport, tous les jours, 12kg en 1 mois ce n'est pas rien ! Mais je me suis dit : « ils vont voir que je suis vraiment motivée » et la meuf [de la PMA] en fait, me dit : « vous avez perdu que 12kg en fait... » non mais 12kg, 12kg en un mois ?! vous ne vous rendez pas compte en fait ! Et elle me répond un truc du genre : « si, si je me rends compte, c'est super mais c'est que 12 kg et en fait ça change rien » donc là, j'étais avec mon mec, ça m'a complètement découragée, il y a même pas ce petit espoir, j'ai fait ça pour me montrer et leur montrer que je suis capable de faire cet effort, de contrôler mon poids, je vous montre que j'essaie et au final ça ne change rien. »*

Julie : « *On voulait avoir des enfants et comme j'étais grosse on a fait un parcours FIV parce que ça prenait pas. Et euh bah j'ai commencé mon parcours et ça s'est vite arrêté parce qu'on m'a dit clairement que tant que je ne perdrai pas de poids on pourrait pas m'aider et ça je trouve ça ...»*

La logique régissant l'attribution de l'accès au parcours PMA semble hermétique pour Julie, les arguments avancés par les professionnels de santé ne coïncident pas avec ce qu'elle a pu observer. Son expérience ne semble pas lui permettre de savoir si l'accès est soumis à une obligation de résultat ou une obligation de moyens et cela la perturbe.

« *[Ils m'ont dit qu'] avec mon surpoids, ils pourraient pas m'aider à avoir un enfant parce qu'il y avait des conséquences sur ma santé et qu'une grossesse me ferait prendre du poids en plus et que je n'avais pas de marge de manœuvre, qu'il fallait que je perde du poids. [...] J'ai d'autres amies [...] qui ont eu des problèmes pour avoir un enfant et toutes, elles ont été obligées de se faire sleever pour avoir un enfant.*

Puisqu'on leur refusait de les aider à un poids... Alors que je sais qu'il y en a une, elle était très en surpoids, après avoir fait sa sleeve elle faisait encore 110 kg mais ils l'ont quand même aidée, alors qu'elle était toujours grosse. Donc si vraiment c'était un risque [pour sa santé] euh on la laisserait pas avoir une FIV, même si elle a perdu un peu de poids. Enfin, moi, c'est quelque chose avec lequel j'ai beaucoup de mal. »

Pour certaines cette sélection des candidates à la PMA semble vécue comme une injustice et une disposition eugéniste.

Hortense : « Ce qui est difficile, aussi, c'est que moi, je sais que j'ai fait le parcours en même temps qu'une amie [...] elle a eu un bébé parcours de PMA et là, elle vient d'en avoir un 2^{ème}, juste parce que elle est normale, et ça c'est, euh, c'est de l'eugénisme. Nous, en tous cas ça nous a vraiment fait souffrir. »

Julie « Bah, pour moi c'est injuste ! Après, dans mon fonctionnement à moi, dans ma façon de voir les choses, pour moi, la plus belle chose qu'on puisse faire, c'est donner la vie, et nous empêcher de faire ça à cause de notre physique, c'est nous voler une partie de nous, en fait. Et je trouve ça... enfin ... je trouve ça dur. »

b) S'autoriser à devenir mère

La maternité dans ce corps semble parfois perçue comme une faute, un interdit, certaines patientes se sentent coupable d'être enceinte face à ce qu'elles perçoivent dans le discours médical.

Lagertha : « Quand j'étais enceinte souvent on me disait : si vous aviez essayé de perdre du poids avant votre grossesse, ça aurait été mieux, on me faisait comprendre que j'aurais dû attendre avant de faire ce bébé. [...] Mais pendant la grossesse, oui, le fait qu'on ne m'ait pas fait me sentir mère, femme, humaine simplement, ça m'a beaucoup travaillée. J'ai eu l'impression que quand j'allais voir les médecins quand.. on me faisait sentir que j'étais grosse que ..en gros je commettais un crime d'être enceinte. »

Marine explique avoir eu le sentiment d'être une mauvaise mère alors qu'elle était encore enceinte en raison du discours médicale d'une première soignante.

« Je me disais [...] si moi je prends du poids et que c'est pas du bon poids bah du coup beh ma fille va avoir des problèmes... enfin tout se mélangeait dans ma tête. En plus, déjà, le cordon était pas assez gros pour la nourrir alors là... [silence] je me disais : le peu que je lui donne c'est pas bon ! [...] Je pense que c'est par rapport aux réflexions de la première gynécologue, dans ma tête c'était bah en fait je fais n'importe quoi, quoi ! Je commence déjà à être une mauvaise mère... C'était l'image que j'avais. »

Certaines enquêtées semblent adhérer à un discours, de certains membres du personnel soignant, qui les représenterait comme des mères subalternes

Julie : « Quand je te dis qu'on [lors du parcours PMA] m'a dit que je pourrai pas jouer avec mon enfant comme les autres mamans. [...] Moi, je pensais : « c'est un médecin qui me l'a dit » donc je pensais que c'était quelque chose de médical, tu vois. Je me disais que c'était un vrai problème. Après, il y a aussi une réalité, moi, je me dis aujourd'hui, ouais, c'est bien de faire des enfants. Mais je vais pas pouvoir faire tout ce qu'ils veulent, parce que [silence] faire tout ce qu'ils veulent quoi. [...] enfin, pour moi, le poids, il peut avoir plus de complications sur le reste, j'entends que avec mes enfants je vais faire moins de choses que des mamans qui vont être plus sportives ou plus fines [...] Ne serait-ce que jouer au foot, parfois je vois le petit quand il fait de la draisienne, il faut que je lui cours après. Bon, je vais pas faire des grandes balades avec lui, je peux pas lui courir après sur un km, je vais être au bout du rouleau. Après, je sais aussi que ce n'est pas qu'une question de poids, des femmes qui vont être très bien peuvent aussi ne pas avoir de cardio ou qui vont pas être sportives. J'en ai conscience mais je me dis ... [silence] »

2. Particularités de la prise en charge des patientes enceintes et obèses

La prise en charge des personnes dites « obèses » semble poser certaines difficultés qui peuvent parfois occasionner des douleurs supplémentaires pour les patientes.

Les enquêtées partagent le fait que les échographies peuvent être plus complexes pour les soignant.e.s chez les patientes obèses.

Lagertha : « Toutes les échographies que j'ai faites on voyait clairement pas mon bébé et on m'a fait comprendre, le gynécologue m'a fait comprendre, que ma paroi était trop épaisse, mais moi, je pouvais rien y faire. »

Les praticien.ne.s privilégient parfois la voie endovaginale à la voie externe afin de mieux visualiser.

Marine : « La première chose... à ma première échographie ce que la gyénco m'a dit c'est : « Je passe pas la sonde sur votre ventre, ne vous inquiétez pas, vous avez trop de graisse, on verra pas le bébé, je passe par l'intérieur ». »

Une patiente explique que les opérat.eur.ice.s exercent plus de pression sur la sonde chez les patientes ayant plus de graisse abdominale. Elle précise que cela pouvait être douloureux.

Jenny : « Enfin, pour le poids, rien de particulier [pendant les échographies]. [Silence] Enfin après, fallait juste..[silence] enfin, je sais qu'ils appuyaient un peu plus sur le ventre, pour voir mieux. [...]Oui [ça faisait mal], Ca appuie fort quand même ! [Souffle] [...] je ne le disais pas trop mais des fois j'essayais de me déplacer, de me reculer, de m'enfoncer dans le siège en fait [rire]. »

L'abord veineux semble plus complexe chez les patientes obèses, deux enquêtées nous partagent leur vécu difficile.

Julie : « Ne serait-ce que pour les perf, quand on est gros, c'est difficile, ils vont piquer plein de fois et en plus, ils me disaient que c'était parce que j'étais grosse que c'était compliqué donc ils rejettent la faute sur nous. Alors, j'entends hein, mais c'est pas toujours facile de l'entendre sur l'instant. Ils ont fini par me piquer sur les mains, les pieds, donc c'était des douleurs supplémentaires. Voilà euh ... »

Lagertha : « [A l'accouchement] Il a fallu 4 infirmières qui me piquent plusieurs fois, pour pouvoir poser le cathéter, j'ai tellement pleuré de douleurs, elles avaient de la peine et elles s'excusaient. »

Les personnes interrogées semblent conscientes que l'anesthésie est plus difficile pour les patientes de leur morphologie.

Julie « La pose de l'anesthésie oui, l'anesthésiste avait bien insisté, que le fait d'être en surpoids c'était beaucoup plus dur de me piquer, ça m'a été répété, à chaque consultation. Je pense que j'ai tellement eu peur que c'est à cause de ça, après, que je ne voulais plus de péridurale. »

Deux enquêtées me partagent avoir eu l'impression que leur anesthésie locorégionale – rachianesthésie – était trop dosée.

Manon : « Je ne pense pas avoir eu d'anesthésie générale mais je pense qu'ils ont dosé comme il fallait. Et pis, je pense que l'anesthésiste avait mon poids d'avant grossesse [silence] et en fait, je pense qu'il a dû surdoser par rapport à ça, vu que j'avais perdu du poids... je pense que ça vient de là, mais après, je suis pas maître. [...] Ils ont surdosé, euh, je pense... ce qui m'a fait dormir, donc je n'étais pas du tout éveillée lors de la césarienne, je n'ai rien entendu, rien vu, je n'ai pas pu porter ma fille [...] ma fille, je n'ai pas pu la porter non plus au bout de 24h parce qu'on m'avait tellement shootée que j'étais à l'ouest. »

Clara : « Ils m'ont fait la rachi [anesthésie] d'office, que là je pense, enfin je l'ai entendu, il me l'a trop dosée du fait de mon poids parce que j'étais vraiment dans le gaz, j'arrivais à peine à tenir éveillée. »

3. Impacts différenciés de la grossophobie : croisement des discriminations et disparités de ressources

a) Des femmes au croisement de discriminations corporelles

Il semble que les personnes interrogées cumulent des expériences de violences subies en tant que femmes et en tant que personnes obèses ainsi les violences obstétricales peuvent, parfois, être croisées aux violences grossophobes.

Capucine : « Euh, moi, c'était mon premier accouchement j'étais dans l'inconnu et les réflexions c'était « non mais c'est bon, gémissiez pas comme ça » « ça va aller ! » donc ça c'était pas sur le poids mais sur la façon dont je gérais la chose. Et, par contre, l'anesthésiste est arrivé quand j'étais à 7, à peu près, et là, c'était « faites le dos rond ! » « j'arrive pas à passer » « il y a trop de gras ! » « arrêtez de bouger ! arrêtez de pleurer ! » euh « si vous en voulez pas je m'en vais »... très agréable... [...] la péridurale je l'ai sentie 1H30, j'ai pu dormir et après c'est revenu, malgré le fait que j'appelle pour dire que j'avais mal, c'était toujours la même réponse, il n'y avait rien, il ne me faisait rien, elles ont rien fait, elles ont dit que ça devait être dans ma tête, que là c'était bon, que ça devait marcher. [...] J'avais beaucoup déchiré, il y a eu 16 points. Quand elle a commencé à me recoudre je sentais tout, je leur ai dit mais elles m'ont dit qu'elles ne pouvaient rien faire... « donnez le bébé à papa et puis serrez les dents » [silence]. »

Une autre enquêtée relate le cumul de discriminations liées à son âge et à son poids, qu'elle soit considérée comme « trop jeune » ou « trop âgée ».

Grossesse précoce

Julie : « J'ai eu un rapport avec le monde médical plus compliqué sur ma première grossesse, j'étais très jeune, j'avais 19 ans. Euh... ils étaient beaucoup plus durs, j'étais très grosse [rire gêné] et ils étaient pas cool, pas super cool, j'avoue. Sur ma première grossesse et mon accouchement ça a été plus... j'ai pas un souvenir euh... voilà... euh... hyper... [...] mais je sais que, à l'époque, j'ai gardé un mauvais vécu, sur le poids, mais aussi sur le fait que j'étais très jeune et du coup, elles étaient très dures avec moi sur l'allaitement, sur pleins de choses, donc j'avais pas bien vécu ma première grossesse »

Grossesse « gériatrique »

Julie : « Après, moi, je me mêle à deux problèmes. J'aimerais un 5ème enfant aujourd'hui mais sur ma dernière grossesse, que j'ai très bien vécu, il y a eu tellement de réflexions sur mon âge et là on est encore sur autre chose parce que l'âge mélangé au poids, on est sur un truc plus, plus. Donc là aujourd'hui ça me ralentit dans mon envie d'enfant. »

b) Inégalités de ressources face à ces discriminations

Toutes les femmes interrogées ne semblent pas être dotées des mêmes ressources pour faire face aux discriminations vécues.

Certaines auront des ressources culturelles, du capital culturel, leur permettant de porter un regard critique sur le discours médical, de trouver des ressources pour chercher d'autres professionnels ou bien de chercher par elle-même des causes à leur infécondité.

Clara : « Et là, tu as un médecin, un connard de diabétologue, d'endocrinologue, qui avait, parce que j'ai revu l'extrait l'autre fois ! mais c'est d'une violence ! C'est pas possible de dire un truc pareil. Déjà, il confond diabète et gros et au début, tu vois ça, tu comprends pas. Il traite les gros... Enfin pour lui on est mort à 50 ans. [...] Mais je l'ai compris après, mais c'est qu'il est en train de confondre diabète et corpulence, tu vois. Mais il faut avoir les mots et les arguments pour comprendre, là, ça fait un an et demi que je lis des articles sur le sujet, parce qu'en fait il faut une telle argumentation pour oser leur répondre. »

Hortense : « Mais sinon hormis ça.. hormis ça.. en fait j'ai ... au bout d'un moment, à force d'être heurté à des professionnels cons, j'ai été sur le site de gras politique où il y a un listing de professionnels de santé qui ne considèrent pas que le fait d'être gros est l'unique cause de la mauvaise santé, et qu'il faut rechercher d'autres cause parfois. [...] Et en fait, mon compagnon et moi à force de faire des recherches... en fait, lui, il prenait beaucoup de bains très chauds et en fait déjà, il a pas beaucoup de spermatozoïdes donc ça devait pas aider, mais en plus il prenait beaucoup de bains très chauds donc voilà, on a vu que ça pouvait jouer sur les spermatozoïdes. Donc il a arrêté d'en prendre et 3 mois plus tard je suis tombée enceinte »

Le capital social, c'est-à-dire le réseau social des enquêtées est parfois mobilisé pour faire face. Ce peut être le soutien d'un conjoint, le contre-avis médical d'amis médecins ou le soutien de groupe de pairs sur les réseaux sociaux.

Audrey : « Mais j'ai pas peur de prendre le rendez-vous pour la fertilité en soi, parce que je sais que j'aurai mon mari avec moi et avec mon mari je suis plus forte ! [...] Mais à partir du moment où je sais que j'ai mon mari avec moi, je sais que j'ai son soutien et si jamais, mon répondant ne suffit pas, parce que j'ai quand même du caractère, comme ces propos là je les ai toujours entendus depuis mon enfance, ça peut me braquer très facilement, mais du coup je sais que mon mari sera toujours là pour m'épauler et pour parler avec la personne. »

Hortense : « Parce que, au final, j'ai montré à des amis qui sont médecins qui ont pas compris pourquoi elle [la gynécologue] m'avait embêtée comme ça [avec la recherche du diabète gestationnel], parce que les résultats étaient tous négatifs, c'était écrit noir sur blanc dans les analyses. Et donc, du coup une fois que j'ai pris conscience de ça, c'est plus elle qu'on a eu en rendez-vous, c'est une autre femme. Beaucoup plus respectueuse, beaucoup plus sympathique et derrière je suis tombée que sur des gens très bien »

Capucine : « Ça m'angoisse, je suis pas encore enceinte et je cherche déjà des professionnelles, je lis les avis, je suis sur des groupes sur facebook de personnes qui sont rondes et qui cherchent des professionnels respectueux. Ça m'aide ça. C'est pour essayer d'être détendue, parce que, sinon, ça me stresse. »

Enfin le capital économique, les ressources économiques peuvent être mobilisées par les enquêtées, c'est le cas d'Hortense qui explique avoir fait le choix d'une clinique après avoir subi une discrimination dans un centre de PMA public puis avoir envisagé une intervention en Espagne. Ainsi le fait d'être refusé au sein d'un parcours PMA n'induirait pas les mêmes conséquences pour toutes les femmes suivant les ressources économiques qu'elles peuvent mobiliser en vue de leur projet de grossesse.

Hortense : « [Après avoir été refusée au sein d'un hôpital public pour le parcours de PMA] Bon du coup avec mon conjoint on a cherché une clinique [...] Si ça n'avait pas marché naturellement on aurait dû mettre de côté 15 000 euros pour pouvoir essayer d'avoir un enfant en Espagne. »

4. Réactions émotionnelles ambivalentes entre adhésion et rejet du discours médical

a) Adhésion au discours médical

Les enquêtées déclarent avoir ressenti de la peur, du stress, de l'inquiétude et de l'anxiété à la réception du discours médical.

Julie : « Quand on est gros, on prend des risques sur tout quand on est enceinte. Donc il faut faire attention à tout, donc, pour moi c'est stresser des femmes, c'est un stress et on a des bébés qui après sont différents, on vit des grossesses différentes, moins sereines, un accouchement différent, c'est stressant voilà. Aujourd'hui je pense que vivre une grossesse en étant grosse, mais peut être aussi en étant quelque chose d'autre, il n'y a pas que sur le poids qu'on embête les gens, mais c'est stresser des gens pour des trucs où... On les stresse sur l'accouchement sur leur façon de vivre leur grossesse, sur leur prise de poids c'est trop franchement c'est trop. Et après c'est les premiers à dire qu'enceinte il faut éviter le stress parce que bébé peut ressentir. »

Lagertha : « On m'a souvent fait comprendre que j'étais trop grosse pour avoir un enfant et qu'il pouvait y avoir des complications lors de l'accouchement si je choisisais par voies naturelles. Et étant déjà stressée de nature, ça me rajoutait du stress supplémentaire... [...] Et j'avoue que j'en faisais des cauchemars, je rêvais que je me retrouvais avec le ventre ouvert, qu'on n'arrivait pas à sortir mon bébé parce qu'il y a avait trop de graisse. »

Plusieurs femmes partagent également leur sentiment de culpabilité. Clara explique s'être sentie responsable de la césarienne.

Elle rapporte ces propos du gynécologue : « On part en césarienne, trop de gras dans le bassin ! ». Elle commente : « Sur le moment, on est mis en miette, parce que, du coup, on nous accuse, nous, du fait de notre poids, quoi. Et en plus, il y a la vie de l'enfant en jeu... [silence] [...] ton estime de soi elle est ... elle est foutue tu vois. »

Marine se sent responsable du problème de croissance de sa fille elle a mis 2 ans à prendre du recul mais est toujours émue aujourd'hui lorsqu'elle en parle.

« Ma fille avait un problème de croissance [pré-éclampsie] et [la gynécologue] me disait que c'était de ma faute parce que, du coup, je mangeais de la merde [...], et donc le retard de croissance pour moi c'est de ma faute, voilà. [...] j'ai pris du recul, il a fallu du temps quand même j'ai mis 2 ans [pleurs]. »

Marine oscille entre un sentiment de culpabilité et une prise de distance.

« Je pense... j'ai toujours ce regret de la césarienne. A chaque fois, au départ, je me dis que si j'avais réglé le problème du poids j'aurais peut-être pas eu de césarienne mais après j'arrive à me dire « non, je suis bête, la voie basse elle aurait été fatale, avec la prééclampsie ». Et puis, il y a des femmes qui sont minces et qui ont des césariennes donc du coup ça n'a rien à voir. »

Julie semble à son tour faire des liens biaisés sur la responsabilité de son poids.

« Par exemple, sur le dernier, j'ai eu des problèmes au niveau de mon accouchement [...] Par exemple à ce moment-là quand mon col ne s'ouvrait pas, je me suis dit que c'était peut-être parce que j'étais ... pourtant ils m'avaient pas dit que mon poids pouvait empêcher le fait que je puisse accoucher. Mais le fait de m'avoir dit que ça pouvait créer des complications, je me suis dit : « oui voilà je suis trop grosse et mon enfant va avoir des soucis et c'est plus compliqué et c'est de ma faute » etc. etc. »

Lagertha rapporte se sentir coupable d'être enceinte.

« Est ce que je fais pas une connerie d'être enceinte et d'être grosse ? Voilà exactement ce que je me suis dit pendant mes neuf mois de grossesse. »

Il semblerait que certains échanges avec le corps médical aient affectés négativement l'image qu'elles pouvaient avoir d'elles-mêmes.

Hortense : *« Ah bah c'était horrible, après chaque rendez-vous, je rentrais chez moi, je me sentais comme une merde ! [...] On s'est vraiment senti comme des merdes, on s'est senti con, on s'est senti coupable, c'est de notre faute parce qu'on est gros. Comme on est gros, on n'aura pas le droit, nous, d'avoir des enfants »*

Audrey : *« Suite à la fausse couche et à tout le poids que j'ai pris, j'ai mis un temps fou à être capable de me mettre nue devant un miroir et à réussir à me regarder en face. »*

Enfin les femmes interrogées rapportent fréquemment avoir ressenti de la tristesse.

Capucine : *« J'étais toujours pas bien en sortant de l'hôpital et j'ai même pleuré quelques fois. »*

Lagertha : *« Pour ma grossesse, c'est surtout les remarques de l'anesthésiste que j'ai mal prises, devant, vous faites face mais derrière vous pleurez, moi je me suis quand même sentie super mal ! »*

Audrey semble dévastée après l'annonce de sa fausse couche et de l'imputabilité de son poids selon l'interne.

« J'étais en larmes j'étais écroulée sur le rebord du trottoir devant la maternité. Mon mari m'a récupérée en morceaux ! à tel point que quand il m'a laissée à la maison, on avait des courses à aller faire. Moi, je n'avais pas la force. Mais mon mari y est allé et il avait une seule peur en fait c'est qu'il rentre et que je ne sois plus là, soit je parte définitivement et que j'aille me foutre en l'air quelque part ou que je me foute en l'air pendant que, bah, il était pas là. »

b) Rejet émotionnel de la stigmatisation

Certaines enquêtées expriment de la colère et du dénigrement envers le discours médical.

Hortense : *« C'est un sentiment d'impuissance, de colère »*

Capucine : *« Même si j'étais en colère [contre les propos du gynécologue] je savais pas quoi dire en fait [...] Quand je travaille en maternité, quand certaines font des réflexions, ça me renvoie à ce que j'ai*

vécu, du coup j'apprécie pas trop [...] [je ressens] Oh, de la colère, de la colère ! Et du coup, je m'en vais [silence] »

Clara : « Mais du coup, maintenant, les médecins je les hais ! »

5. Mécanismes défensifs face à la stigmatisation

a) Dénî, euphémisation

Durant une partie non négligeable de l'entretien, Manon aura un discours de déni, puis au cours de l'échange ses propos vont se modifier.

Manon : « Euh, j'ai jamais eu de soucis, on va dire à proprement parler, tout s'est très bien passé. [...] euh non j'ai pas eu d'expériences vraiment significatives [...] tout s'est toujours bien passé... oh bah j'ai toujours eu des petites réflexions ouais [rire] « faudrait penser à perdre du poids » mais non sinon rien de particulier [...] Moi, personnellement, je n'y prête pas attention [...] Oh beh pas grand-chose, parce que j'ai tellement l'habitude que ... [souffle] moi, ça passe par une oreille et ça ressort par l'autre donc, euh, j'en fais pas de cas [...] voilà ! je me suis pas, euh... j'ai tellement l'habitude pour moi que... Maintenant quand les médecins me disent quoi que ce soit, je calcule même plus donc. [Silence] [...] Par contre je sais que je réaccoucherai pas dans la même maternité que là où j'étais, ça c'est sûr ! Euh... mais non... j'ai pas euh... après moi je m'accepte telle que je suis mais je comprends que, pour certaines personnes qui ne s'acceptent pas, ce soit, on va dire, un petit peu compliqué de... il y a des choses que certains médecins peuvent dire qui peuvent être mal interprétées [silence] ou en tous cas qui peuvent être pris pour soi »

Si, au départ, elle affirme à plusieurs reprises que tout s'est bien passé, progressivement, elle va dire que certains propos - concernant sa corpulence - ont pu être énoncés mais elle souligne qu'elle les ignore sciemment. Finalement, au terme de l'entretien, elle admet qu'elle ne souhaite pas accoucher de nouveau dans le même établissement et reconnaît que les propos des équipes puissent être « compliqués » à entendre ou « mal interprétés ». Pour exprimer ces deux dernières remarques, elle fait intervenir un tiers fictif « mais je comprends que pour certaines personnes qui ne s'acceptent pas », ainsi elle prend soin de s'exclure de la catégorie des personnes qui pourraient être touchées par ces propos.

L'ignorance consciente se retrouve fréquemment lors des entretiens :

Capucine : « Euh, non. En vrai, j'essayais de plus m'en souvenir ou de passer, d'oublier quoi. Les rdvs avec lui [le gynécologue] j'ai essayé de tout mettre de côté et de ne garder que le bon : les rdv avec la sage-femme à l'extérieur. »

Manon : « Maintenant, quand les médecins me disent quoi que ce soit, je calcule même plus donc. [Silence] »

Il faut noter, ici, que l'échange avec les médecins peut être rompu, c'est le cas de Manon qui nous partage le fait de ne plus les écouter, parfois. Elle est patiente mais ne reçoit plus ce que le soignant peut lui dire.

Différentes stratégies sémantiques peuvent être utilisées pour euphémiser ou banaliser les propos entendus.

Le rire est utilisé par les enquêtées de manière fréquente lorsqu'elles partagent des discours ou des attitudes de soignant.e.s qui les ont particulièrement touchées :

Marine : « [Concernant les réflexions sur son poids ou sur son alimentation] Enfin après moi je passe à autre chose quoi. Mais c'est vrai que c'est violent quand même ! [Rire] »

La minimisation de l'impact est aussi récurrente.

Manon : « Mais hormis, elle me l'a dit pt'être euh, aller, deux fois et j'avais une échographie par mois donc euh c'est pas non plus trop, trop, grave. »

Jenny : « [A propos des réflexions sur son poids durant la grossesse] Moi ça m'a agacée mais bon après je suis rentrée chez moi et j'ai repris ma vie... bon c'est pas grave... »

Enfin, certaines enquêtées expliquent banaliser ces propos.

Clara : « Donc, il y a des trucs c'était internalisé d'avant oui ! pour moi c'était normal la grossophobie. »

D'autres patientes partagent leurs difficultés à mettre à distance ces propos sur le long terme.

Audrey : « Mais c'est avant tout, tous ces propos-là, ces choses pas plaisantes : « c'est rien, ça va passer » « vous êtes trop grosse » bon, ça rentre dans une oreille, ça ressort par l'autre mais parfois ça laisse une trace, vous allez revivre une situation et ça va tout remonter, ça réveille quelque chose en vous qui va vous blesser. »

Pour certaines personnes, l'entretien sera l'occasion d'une prise de conscience, a posteriori, de l'impact des propos entendus.

Audrey : « Ce qui est le plus difficile, c'est de redire tous les propos qu'on a pu entendre parce qu'on se rend compte à quel point tout ce qu'on a pu entendre a pu être blessant ! »

Julie : « Il y avait des questions, au final, où, pour nous, on pense que c'est la normalité et c'est quand toi tu poses la question après on se dit : « oui finalement peut être que c'est pas normal ce qu'on m'a dit » [rire] [...] Par exemple, les problèmes, quand je te dis qu'on m'a dit que je pourrai pas jouer avec mon enfant comme les autres mamans et que tu me questionnes là-dessus sur cette phrase, ce que ça m'a fait, je me rends compte que c'est grave de dire des trucs comme ça. »

b) Dépasser le stigmate : le corps comme un outil performatif

Face au discours qui les stigmatise, les femmes interrogées semblent avoir des attentes vis-à-vis de leur corps. Que ce soit pour performer les préjugés positifs à leur égard ou à l'inverse pour faire mentir les idées reçues négatives liées à leur poids.

Performer la maternité

Une enquêtée partage l'enjeu que représente la maternité dans sa relation à son corps. Il semble ici qu'elle ait certaines attentes concernant ses performances corporelles dans l'accouchement et l'allaitement, ces attentes seraient liées aux préjugés qui lui ont été renvoyés depuis son adolescence. Dans cette situation, elle fait du regard médical le juge légitime de ses performances corporelles.

Clara : « J'ai toujours entendu : j'ai le physique d'une mère [...]. Et là, j'allais enfin pouvoir prouver que ce corps que certains dénigrent, bah, au moins il sert à ça. Mais là, le fait de partir en césarienne, mais alors là c'était vraiment quelque chose que je n'avais pas pu anticiper, je n'y ai jamais pensé ni pensé comme une possibilité. Pas de problème à tomber enceinte, rien de problématique dans ma grossesse, et du coup, j'ai pas anticipé que je pouvais ne pas mettre bas, pour moi c'était vraiment pas possible ! [...] Je me dis « dans la nature, moi et mon bébé, on serait morts » et il [le gynécologue] accuse mon gras quoi ! Ca veut dire, j'ai même pas... ce physique qui me fait chier depuis tellement longtemps mais au moins, je me dis, il va me servir à ça... qui était pour moi un fort désir, j'ai toujours voulu être mère, donc je me disais : « il va m'aider au moins pour ça, à devenir mère, c'est son rôle dans ma vie ». J'en étais contente et fière et, du coup, il marche même pas ! C'était l'effondrement d'aller en césarienne et de me dire « putain ça marche même pas ! ». Et donc, baisse d'estime de moi, à pleurer, à me dire : « bon là je sers à rien quoi ! ». Heureusement que mon allaitement m'a sauvée, mon allaitement de bonne qualité m'a réhabilité dans le monde des mères [...] Le gyneco qui me suivait qui vient faire, tu sais, le compte rendu de sortie, et

il dicte le CR devant moi, dans son appareil pour son ou sa secrétaire, et il dit « allaitement maternel satisfaisant » j'avais l'impression que j'avais gagné une médaille quoi ! Il dit tout le truc « accouchement par césarienne » avec tous les termes techniques et il dit « allaitement maternel très satisfaisant, sortie envisagée » tada, j'avais l'impression d'être très habilitée. »

Performer la patiente modèle, dissimuler son poids

Plusieurs patientes évoquent le souhait de ne pas vouloir faire « porter » leur poids à l'équipe médical. C'est le cas de Marine qui rapporte son comportement dans les suites immédiates de sa césarienne, lors du brancardage.

« Bah, c'est que je voulais tout faire moi-même [...] Parce que je voulais pas qu'ils me portent et qu'ils se disent « oh lala ! La vache euh... on s'attendait pas à ça » ou quelque chose comme ça. »

Elle partage ensuite le soin qu'elle a porté à vouloir faire mentir les préjugés du personnel soignant sur la reprise de sa mobilité après la césarienne, quitte à léser son propre corps.

« Non, bah, après, il y a une dame elle a dit « ah bah de toutes façons, elle, elle aura du mal à se relever le lendemain pour euh... » pis en fait je lui ai prouvé que impeccable. [...] Après on me voyait marcher comme si de rien n'était. Après, j'ai bougé beaucoup trop, je me suis fait pêter les agrafes à un moment donné. »

Clara partage, elle aussi, une envie de performer une patiente modèle qui répond aux attentes médicales, en l'occurrence ici, la perte de poids. Elle nous explique comment elle en arrive à se réjouir de sa perte de poids suite à une gastroentérite, malgré la peur de perdre la grossesse lors des vomissements.

Clara : « J'ai même perdu du poids pendant une gastro, la pesée j'étais en mode « ah vous voyez ! », avec la gastro j'avais pas pris de poids j'étais contente ! enfin pendant la gastro j'avais quand même peur que le bébé parte pendant les vomissements. »

Evitement abandon de soin

Face à la stigmatisation qu'elles ressentent, durant leurs grossesses, les personnes interrogées ont parfois des envies de fuite et d'abandon.

Certaines patientes envisagent parfois l'arrêt de leur grossesse comme un soulagement.

Lagertha : « Ils [les soignant.e.s] me donnaient envie d'abandonner la grossesse parfois »

Capucine « Jusqu'à ce qu'il sorte, je n'avais pas ce sentiment d'amour que certaines femmes ont. J'avais ce sentiment que si jamais quelque chose se passe et qu'il est plus là, et bah tant pis... [silence] tant pis dans le sens où je pensais c'est pas grave... Au moins, j'arrêtera d'aller voir le gynéco, ce sera fini, j'en avais vraiment marre, je voulais vraiment que ça s'arrête, les consultations, les réflexions, être enceinte, me voir grossir du coup, l'image que j'avais dans le miroir. »

Les femmes interrogées partagent avoir parfois annulé leur rendez-vous médicaux ou occulté un sujet avec un soignant pour éviter de se confronter à leur jugement.

Capucine : « Y'a plusieurs fois où j'avais reculé le rdv [avec le gynécologue] parce que j'avais pas envie d'y aller...[...] Alors, j'avais pensé à arrêter, oui, mais il n'y avait personne d'autres et malheureusement j'ai dû continuer avec lui, il y a des jours où j'ai totalement annulé, en prétextant que j'étais malade [silence] »

Marine : « Chez la sage-femme et quand j'y allais pour la rééducation [...] j'ai pas voulu demander pourquoi j'avais enco

re des douleurs au niveau de la cicatrice parce que je voulais pas qu'elle me touche. Je voulais pas qu'elle me dise « oh bah dis donc le ventre il s'est pas remis bien ! » ou des trucs comme ça. Parce qu'il tombe un peu quoi, il est pas comme avant. Donc je lui ai pas montré. »

Pour certaines, la fuite se manifeste dans le fait de ne plus vouloir tomber enceinte à nouveau.

Lagertha : « Bref ça m'a tellement traumatisée que je ne veux plus d'enfants. Un seul basta. J'ai même mis un stérilet juste dès que j'ai pu. Bon là je subis l'adaptation de mon corps au stérilet mais, au moins, j'évite de retomber enceinte et de devoir revoir leur tête. »

IV. Discussion analyse

1. Contexte

De nombreux travaux sociologiques ont démontré comment la grossophobie ordinaire peut être omniprésente et constante (20), et les enquêtées interrogées ici en ont visiblement été imprégnées. Cette stigmatisation de leur corps paraît avoir d'emblée dégradé l'image qu'elles ont d'elles-mêmes. Ainsi, elles débutent leur maternité avec un rapport souvent douloureux à leur corps et à leur image.

Lors de la prise en charge de la grossesse, les femmes sont positionnées dans le rôle de patiente, cette situation est difficile pour nombre d'entre elles à plusieurs égards. Elles disent être stressées par le suivi car le spectre de la pathologie semble prégnant. Le suivi obstétrical implique une mise à nue au sens figuré puisque l'interrogatoire médicale peut être poussé et s'immiscer dans l'intime mais également au sens propre : pesée, palpation du ventre, touchers vaginaux, échographies², accouchement, allaitement, marquent le suivi médical de la grossesse par une très importante exposition du corps. Il faut également souligner que la relation de soin est une relation asymétrique, Aurore Koechlin souligne bien ce décalage entre le soignant pour qui il s'agit d'un travail, d'une routine quotidienne et la personne soignée qui vit un moment important de son existence (21). Ce décalage peut nous permettre de mieux comprendre le vécu difficile de l'interaction soignant.e.s-soignées par les enquêtées. En outre, les patientes sont dans une situation de dépendance vis-à-vis du ou de la soignant.e qui détient le savoir et le pouvoir d'aider (22) (23). Dans le discours des patientes, deux attitudes semblent cohabiter entre la remise de soi et une certaine méfiance vis-à-vis du discours médical, méfiance qui pourrait avoir été alimentée par l'émergence du débat public autour des violences obstétricales et gynécologiques entre 2014 et 2017 (21). Il faut enfin souligner que les personnes interrogées parlent de leur grossesse, un moment particulier par l'investissement et l'exposition corporelle, sociale, symbolique et psychologique qu'il implique. Rappelons que la grossesse est un moment où les femmes sont lourdement responsabilisées en raison du développement d'un être en leur sein. Cette responsabilité pourrait avoir un impact non négligeable sur l'interaction soignant-soignée et induire notamment une propension à une plus grande compliance médicale, comme le soulignent certaines enquêtées.

Afin de compléter ce tableau contextuel, il est nécessaire de souligner la situation hospitalière et soignante dans lequel s'inscrit le vécu des femmes interrogées. En effet, le manque de professionnels mais aussi le sous-effectif chronique hospitalier pourraient être le terreau d'une dégradation des relations de soins : les patientes ne peuvent choisir leur soignant.e.s et les soignant.e.s

² Quelles soient endovaginales ou transabdominales

épuisé.e.s, manquent de temps. Ces deux dimensions sont fréquemment évoquées lors des entretiens. Enfin, l'augmentation des cadences semble réduire les possibilités d'individualisation des soins, comme le déplorent certaines enquêtées, mais pourrait aussi être à l'origine de certaines violences (21).

Si la question du matériel médical inadapté à la morphologie³ des patientes obèses revient fréquemment dans les travaux portant sur la grossophobie médicale (5) (20) (24) (25), les enquêtées de cette étude n'ont que très peu évoqué le sujet, soulignant le manque de personnel et l'attitude du personnel médical mais ne relevant rien concernant le matériel. Trois hypothèses peuvent être évoquées : ces patientes ont eu la chance de bénéficier de matériel adapté à leur poids, elles ne consciencient pas les discriminations portées par le matériel inadapté ou y sont résignées, les discriminations vécues lors des interactions avec les soignant.e.s sont telles que les discriminations matérielles semblent insignifiantes à leurs yeux.

2. Interaction soignant.e.s soigné.e.s

Les échanges entre les soignant.e.s et les enquêtées semblent fréquemment difficiles et mal vécus par ces dernières. Des éléments – cités précédemment – propres à la nature de la relation de soin ressortent lors des entretiens mais la grande majorité des problématiques rapportées par les patientes se réfèrent à la question de leur poids et à la place qui lui est donnée dans l'interaction médicale.

Les patientes interrogées semblent perplexes concernant l'attitude d'une partie des équipes médicales concernant le constat de leur poids. Elles ont le sentiment que leurs poids leur est sans cesse rappelé comme si certain.e.s soignant.e.s supposaient qu'elles l'ignoraient ou comme si le fait de leur répéter pouvait les motiver à entamer des démarches en vue d'une perte pondérale. Dans leur perspective, il s'agirait d'une double méprise : elles connaissent très bien leur poids et la répétition de ce constat semble contre-productive. Certaines enquêtées confient se sentir méprisées et infantilisées, ce qui peut les « *braquer* ». Ce constat va dans le sens des travaux de l'équipe suédoise de Viola Nyman qui affirme que les conseils et commentaires alimentaires standards n'aident pas à perdre du poids mais déclenchent au contraire une augmentation de l'alimentation (24). Une explication, non verbalisée par les enquêtées pourrait également éclairer leur réticence à se voir répéter leur poids : cette répétition pourrait être sous-tendue par l'idée que la perte de poids est une question de volonté individuelle. Or, de nombreux travaux ont démontré la dimension multifactorielle de l'obésité, au croisement de facteurs biologiques, génétiques, hormonaux (26), psychologiques (27), sociaux (28) (29), environnementaux, sociétaux (30) et industriels (31).

Les participantes de l'étude partagent également leur difficile confrontation avec une vision pathologisante de leur corps, que leur renvoie le personnel soignant. Pour certaines, la grossesse sera leur première expérience médicale à proprement parler, l'occasion de découvrir, non sans une certaine

³ Brassards à tension, balances, tables d'examen, garrots, accoudoirs de sièges

brutalité, comment une partie du monde médical envisage leur corporéité : l'obésité serait une pathologie, qui pourrait engendrer d'autres maladies et réduire l'espérance de vie (32) (33). Bien qu'il existe des discussions scientifiques sur le fait que l'obésité soit une pathologie et qu'elle réduise l'espérance de vie (34) (21), cette vision semble dominante et engendre une source indéniable de stress pour certaines. Mais il est intéressant de noter que cette définition entre parfois en contradiction avec leur perception intime de leur état de santé. Certaines se sentent en très bonne santé, elles invoquent leurs activités sportives, une autre enquêtée compare sa perception subjective avant et après chirurgie bariatrique : elle se sentait bien mieux avant la résection de son estomac. L'interaction médicale peut donc être l'occasion d'un conflit de perspective où le point de vue des patientes se heurte à celui des professionnel.le.s comme le déclare Freidson (35). V. Nyman décrit, à ce titre, comment les femmes obèses s'efforcent à être considérées comme étant en bonne santé (24). Cependant, les patientes ne semblent pas hermétiques à cette vision médicale, perçue comme légitime et décrivent la restructuration identitaire que cette redéfinition engendre. Ainsi, Julie précise comment cela touche une certaine estime d'elle-même et la conduit à se voir comme une personne handicapée. Une autre enquêtée revendique le droit d'être heureuse même en sortant des normes médicales. Cela montre en filigrane comment elle reçoit la catégorisation de son poids dans la norme pondérale : elle sort de la norme donc elle devrait être malheureuse. Ainsi, la pathologisation peut être reçue par les patientes comme une misérialisation. L'étiquette médicale semble donc dépasser la dimension factuelle et porte en elle une dimension éminemment normative sur le plan social : l'obésité est une norme médicale mais porte en elle un jugement social et pourrait en cela entraver l'accès au bonheur.

Un dernier point d'incompréhension est fréquemment évoqué lors des entretiens : il s'agit de la répétition des risques statistiques associés au poids. Les enquêtées semblent gênées par cette répétition statistique. Pour l'équipe de la chercheuse T.S Nagpal, cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des patientes en sont déjà conscientes et que ces discussions apportent principalement aux patientes de la honte et de la culpabilité (25). Mais les enquêtées revendiquent également une vision plus personnalisée de leur corps et de leur santé qu'elles opposent à cette approche statistique. Là où les soignant.e.s raisonnent en terme de catégories, de probabilité avec un focus sur l'obésité, elles revendiquent la prise en compte d'autres déterminants de leur santé et de leur particularités individuelles, cette vision est retrouvée dans des travaux canadiens (36). Il faut noter également que les patientes relatent des discours soignants dans lesquels se mélangent des arguments plus ou moins proches du champ médical : « *des soucis à l'accouchement* » versus « *on pourra moins gérer nos enfants parce qu'on se fatiguera plus vite* ». La confusion entre des arguments basés sur des statistiques et des arguments basés sur des préjugés sociaux pourraient suggérer que les soignant.e.s ne seraient pas exempts d'être en prise avec les préjugés sociaux. Ici, nous n'avons accès qu'au discours rapporté ce qui invite à la prudence, mais cela convergerait avec les résultats d'autres études portant sur les préjugés des soignant.e.s (9) (10). En outre, il s'opère un flou dans le discours qu'elles rapportent être celui de certain.e.s soignant.e.s, les risques sont parfois présentés comme des certitudes. Est-ce un raccourci dans l'esprit des soignant.e.s ? Dans leurs formulations verbales ? Ou

bien plutôt un glissement qui s'opère dans l'esprit des patientes ? S'il est impossible d'en connaître l'origine, cette confusion pourrait avoir un effet anxiogène non négligeable.

Les enquêtées rapportent également toute une série de préjugés qui seraient portés par le discours de certain.e.s soignant.e.s : leur poids serait dû à leur alimentation, elles seraient responsables de leur poids, leurs poids nuirait à leur beauté et à leur capacités maternelles. Les trois premiers préconçus sont retrouvés dans les études françaises, américaines et canadiennes sur le sujet (25) (37) (20), tandis que le dernier semble plus singulier au regard de la littérature étudiée. Les patientes interrogées se saisissent de l'entretien pour nuancer ces préconçus. Mais il est intéressant de noter que leur défense se base sur une justification argumentée à partir de leur expérience personnelle, toutes ne rejettent pas de façon globale ces idées. Ainsi, les patientes pourraient être elles-mêmes en prise avec les préjugés qu'elles dénoncent, ce qui corroborent les travaux de Rebecca Puhl sur le sujet (11). La notion de stigmaté théorisée par E. Goffman peut ici être éclairante (38). Un stigmaté est un attribut qui jette un discrédit social profond sur la personne qui en est porteuse, ce peut être une particularité physique ou un trait de caractère. Dans le cadre de l'obésité, il s'agit d'une particularité physique : le poids, mais aussi des traits de caractères qui y sont associés : fainéantise, manque de volonté, le poids devient une question morale indiquant la faiblesse de caractère d'une personne (42). Ainsi, dans les interactions sociales, les personnes stigmatisées sont diminuées, inférieures et les normaux peuvent légitimement nourrir une animosité à leur égard (7). Mais comme l'exprime Goffman, les stigmatisés peuvent porter ce même regard sur eux, ils intègrent cette vision socialement construite. Ce qui corrobore nos résultats.

Certaines enquêtées estiment que leur poids pourrait nuire à l'anamnèse des soignant.e.s. Ce sentiment est nourri par des expériences de retard de diagnostics avant ou pendant la grossesse. L'obésité étant associée à de nombreuses comorbidités, les équipes médicales pourraient avoir tendance à arrêter leur investigation un peu trop rapidement, ou même à élargir le champ des complications associées à l'obésité, c'est ce que suggère l'expérience des enquêtées et ce que corroborent des études anglo-saxonnes (39) (40). Ainsi, dans un premier temps : Marine a entendu que ses symptômes d'hypertension étaient dus à son poids, idem pour l'infécondité de Manon et la fausse couche tardive d'Audrey. Dans un second temps, d'autres soignant.e.s ont posé un nouveau diagnostic : prééclampsie pour Marine, obstruction d'une trompe pour Manon et prise d'un traitement embryotoxique pour Audrey. Le poids pourrait être une étiologie simple et rapide, dans le contexte du manque de temps qui prédomine à l'hôpital. Pour aller plus loin, d'autres travaux suggèrent que la stigmatisation médicale est en elle-même un déterminant indépendant d'une dégradation de la santé des personnes obèses (5) (25).

Pour terminer, les patientes semblent avoir le sentiment d'être mal aimées par les professionnels de santé. Elles déduisent cela de propos, de regards, d'attitudes, du désintérêt et se font parfois les ventriloques des soignant.e.s qui les percevraient comme une « *baleine échouée* », « *une merde* ». Il s'agit, là, de la perception qu'elles supposent être celle de certain.e.s soignant.e.s mais ces

termes très dégradants sont révélateurs de la violence qui peut être perçue dans l'interaction de soin. Ces sentiments font échos au travail de l'américaine Suzanne Phelan (4). Elle rapporte que les patient.e.s interrogées dans son étude ont le sentiment de ne pas être les bienvenues à l'hôpital mais également que les soignant.e.s considèrent l'obésité comme un risque individuellement évitable qui entrave leur capacité à traiter les maladies, les patient.e.s obèses entraveraient donc indirectement le travail médical, ce qui nourrirait le ressentiment des équipes soignantes.

Les attitudes et les formulations semblent jouer un rôle central dans le vécu des patientes. Elles soulignent le manque de discrétion de certaines équipes. Certain.e.s praticien.ne.s commentent leur corps devant elles ou derrière une porte ouverte, comme si ces femmes n'avaient pas à être préservée d'entendre des propos dévalorisants sur leur poids. Cette attitude de soignant.e.s pourrait traduire l'idée qu'ils estiment que ces femmes sont entièrement responsables de leur poids, qui relève d'un choix individuel. Ce qui va dans le sens d'une étude norvégienne qui a mis en lumière cette dimension punitive, le personnel médical mépriserait les patient.e.s obèses comme si ils et elles le méritaient (42). A l'inverse, le soin accordé aux formulations, l'intention bienveillante, le temps accordé aux explications et à leur prise en charge dans leur individualité sont des comportements de soin très appréciés des enquêtées et qui sont retrouvés chez de nombreux soignant.e.s. Elles valorisent également le fait d'avoir le sentiment d'être traitée comme une patiente lambda, en effet l'absence de préjugés améliore la relation soignante (24).

3. Parcours de grossesse

La grossesse peut être considérée comme un parcours : du projet de maternité jusqu'aux premiers jours de vie de l'enfant. En effet, il s'agit d'un processus de plusieurs mois, avec certains passages obligés et socialement attendus : la conception, le suivi médical, l'accouchement. Qu'est-ce que ce parcours fait aux femmes interrogées ? Comment agissent-elles dans ce parcours ?

Si la majorité des femmes interrogées ont eu des grossesses spontanées, deux ont débuté un parcours de procréation médicalement assistée (PMA) avant d'avoir finalement une grossesse spontanée. Pour chacune, ce début de parcours a été mal vécu. En effet, les équipes les auraient brutalement confrontées au fait qu'elles devaient impérativement perdre du poids pour débiter le processus. Cette restriction de leur accès à la PMA en raison de leur corpulence est vécue comme une toute puissance du corps médical qui peut discriminer qui peut avoir sa chance. Si la discrimination est en elle-même douloureuse, c'est aussi son incompréhension qui blesse les femmes interrogées. Ainsi, Julie se voit conditionner l'accès à la PMA à un objectif de poids tandis qu'une de ses amies y accède après une chirurgie bariatrique alors que son IMC demeure supérieur à la limite fixée. L'accès au parcours PMA serait-il donc soumis à une obligation de résultats ou d'une obligation de moyens ? Si la chirurgie bariatrique permet de lever le seuil d'IMC fixé, est-ce donc une méthode plus légitime qu'une autre ? Hortense semble aussi avoir été mise face à une obligation de résultat : la perte de 40kg. Elle se sent découragée lorsqu'elle parvient à perdre 12kg et que cet objectif lui est de nouveau asséné.

Elle pointe également la contradiction argumentaire : la PMA lui est refusée au motif de la préservation de sa santé mais la perte de poids demandée dans le temps imparti lui semble être également une nuisance pour sa santé. En outre, Julie rapporte avoir entendu différents arguments dont les fondements scientifiques semblent incertains : elle serait moins apte à courir après son enfant, moins apte à faire du sport avec lui et donc moins apte à devenir mère.

Il faut savoir qu'en France la PMA est accessible à toutes les femmes, célibataire ou en couple, quel que soit le sexe du ou de la partenaire, jusque 43 ans (43) (44). Chaque centre appelé CECOS peut ensuite fixer d'autres conditions, comme l'arrêt du tabac, l'atteinte d'un IMC inférieur à 30 kg/m². Concernant la restriction d'accès des femmes obèses à la PMA, deux arguments sont principalement avancés par les gynécologues : l'obésité diminue les probabilités de succès du processus, la grossesse chez ces femmes est plus à risque de complications obstétricales et fœtales (45). Il y a donc une tension entre la responsabilité médicale du soignant et la liberté individuelle des patientes. Pourquoi les patientes ne pourraient-elles pas choisir elles-mêmes de prendre ce risque pour leur santé ? Un second point de tension se cristallise autour du faible taux de réussite : en quoi celui-ci légitime-t-il leur exclusion ? Est-ce une question matérielle et financière ? Les personnes les plus éloignées de la fertilité naturelle ne devraient-elles pas être les prioritaires ?

Certaines enquêtées partagent avoir eu des difficultés dans le processus psychique d'élaboration de leur maternité. L'une d'elle explique s'être sentie culpabilisée d'être enceinte sans avoir entrepris de régime avant. Elle percevait dans le discours soignant qu'une femme avec sa corpulence commettait un « *crime* » en étant enceinte. Ces termes sont très forts, et laissent paraître l'intense culpabilité ressentie notamment concernant la santé de l'enfant à naître. Une autre femme partage s'être sentie une mauvaise mère en ayant le sentiment de mal alimenter le fœtus. Elle le dit : « *tout se mélangeait* », son raisonnement semble confus, empreint de raccourcis logiques simplistes très dévalorisants envers elle : je prends du poids, je transmets ce mauvais poids à mon enfant, je suis une mauvaise mère. Enfin une dernière enquêtée partage cette vision d'une maternité défailante, on perçoit qu'elle a un rapport ambivalent avec le stigmate qui pèse sur elle, elle y adhère puis s'en défend puis y adhère à nouveau. Elle explique comment certain.e.s soignant.e.s lui ont dit qu'elle ne pourrait pas courir avec ses enfants, qu'elle ne pourrait pas faire tout ce qu'ils veulent, elle valide ces propos en notant qu'elle ne peut effectivement pas faire de grandes balades. Puis, elle contredit cette logique en disant que ce n'est pas parce qu'elle est grosse mais plutôt parce qu'elle n'est pas sportive et que certaines femmes minces en seraient également incapables, puis finalement elle remet en doute son objection par un « *mais je me dis...* ». A nouveau, nous pouvons percevoir comment la stigmatisation des individus obèses, affecte la perception qu'ils ont d'eux mêmes, et qu'inévitablement il leur arrive d'y adhérer (38).

Concernant le vécu du suivi de grossesse, il est important de noter que la prise en charge des personnes obèses implique parfois des difficultés pour les professionnels (échographie, abord veineux, anesthésie) et parfois des douleurs supplémentaires pour les personnes concernées. Les patientes

interrogées semblent le comprendre et ne remettent pas cela en question. Cependant, il se dessine en filigrane que la complexité de leur prise en charge peut être vécue comme une contrainte voire une frustration pour l'équipe soignante qui doit garantir une certaine qualité et une sécurité de soin dans des circonstances plus complexes, générant un stress qui peut retomber in fine sur les patientes elles-mêmes comme le suggère le travail de C.Maxwell et A.Sharma (5).

Toutes les femmes interrogées rapportent avoir subi de la grossophobie médicale au cours de leur parcours. Cette discrimination a pu se croiser à d'autres discriminations, mettant les patientes parfois dans des difficultés intenses. Cependant, il faut noter que toutes ne sont pas dotées des mêmes ressources sociologiques, des mêmes capitaux pour faire face à ces situations.

K.Crenshaw rappelle que les rapports sociaux de domination doivent être pensés conjointement dans une démarche intersectionnelle (46). En effet, elle considère que ceux-ci se recomposent mutuellement. Ainsi les patientes interrogées sont non seulement des personnes obèses mais aussi des femmes. Ce qui les expose à des violences liées à leur sexe : des violences obstétricales comme la négation de leur douleur, lors de l'accouchement, minimisation de la douleur à laquelle les femmes sont progressivement socialisées, lors du suivi gynécologique (21). Capucine rapporte que, lors de son accouchement, des propos liés à son poids et des propos liés à la négation de sa douleur se sont entremêlés, causant chez elle une grande détresse émotionnelle. Julie a cumulé des attitudes désobligeantes relatives à son jeune âge et à son poids durant sa première grossesse, elle a le sentiment que les équipes étaient plus dures envers elle. A l'inverse, les réflexions sur son âge avancé, croisées aux réflexions sur son poids, la dissuadent d'envisager aujourd'hui une nouvelle grossesse.

Face aux remarques, aux traitements et aux attitudes grossophobes que les patientes perçoivent, celles-ci ne restent pas inertes. Dans une certaine mesure, certaines conservent des espaces d'*agency*, de capacité d'action (47) et vont ainsi pouvoir mobiliser différents capitaux tout au long de leur parcours. Certaines utiliseront leur capital culturel pour remettre en question la parole médicale ou pour pousser les investigations médicales par elles-mêmes lorsqu'elles estiment cela nécessaire. D'autres mobiliseront des listing de soignant.e.s repertorié.e.s comme étant non grossophobes pour sécuriser leur parcours médical. Un second capital mobilisé est le capital social. Les liens sociaux via les groupes de soutien entre pairs sur Facebook ou plus simplement la présence d'un conjoint, seront des ressources pour mieux vivre leur itinéraire de grossesse. Enfin, le capital économique permettra à l'une des enquêtées d'envisager un voyage en Espagne afin d'accéder à la PMA. Ainsi, il est intéressant de noter que les inégalités sociales viennent recomposer la façon dont les enquêtées vont être touchées par la grossophobie.

Face aux remarques sur leur poids d'une partie des soignant.e.s, les patientes ont des réactions émotionnelles ambivalentes. Mais il semble que, dans la majorité des cas, leurs émotions iront principalement dans le sens d'une adhésion au discours médical. Ainsi, beaucoup se sentent stressées pour leur santé et celle de leur enfant, mais aussi stressée par les discriminations qu'elles subissent

(41). D'autres se sentent coupables des complications médicales qu'elles vivent. Parfois sans que celles-ci n'aient aucun lien avec leur poids, c'est le cas de Marine qui culpabilise d'avoir eu une césarienne alors que celle-ci était due à sa prééclampsie et non à son poids directement. Ainsi, les patientes vont avoir tendance, elles aussi, à extrapoler le spectre de la responsabilité de leur poids et à s'en tenir coupable. Cela les conduit à une certaine haine et un mépris d'elles-mêmes comme le notait E.Goffman pour les individus stigmatisés (38), en ce sens Audrey va jusqu'à évoquer des idées suicidaires. Ainsi, au cours de la grossesse, il pourrait s'opérer une forme de socialisation à une vision sociale et médicale de leur corporéité, elles intégreraient certains discours médicaux jusqu'à se percevoir à travers le prisme de ce qu'elles estiment être la vision médicale.

Certaines patientes expriment de la colère lors de l'entretien mais il est intéressant de noter que celle-ci ne semble pas avoir été exprimée lors de leur grossesse. Elles peuvent intérioriser une certaine haine vis-à-vis de soignant.e.s sans pour autant chercher à échanger avec ces derniers. « *la manière dont les [patients] parlent [des médecins] n'est pas la manière dont ils parlent [aux médecins]* » (21). Peut-être par peur des conséquences sur les soins ? C'est ce que suggère l'étude de V.Nyman (24). Peut-être n'osent-elles pas affronter l'autorité symbolique des soignant.e.s ? Ou Peut-être aussi parce qu'elles estiment le débat perdu d'avance ?

Toujours dans une perspective d'*agency*, il s'agit d'analyser les mécanismes défensifs que les patientes ont développés dans leur parcours et dans le récit de celui-ci.

Différentes stratégies vont permettre aux femmes de traverser ce vécu. Manon va utiliser le déni. Mais, progressivement, au cours de l'entretien, son déni cède et elle reconnaît que certains propos auraient pu être blessants. Elle ne dira pas avoir été blessée elle-même, elle utilise un tiers fictif pour dire qu'une personne plus sensible aurait pu mal prendre les propos qu'elle a entendus. D'autres femmes vont déclarer essayer d'ignorer la grossophobie comme V.Nyman l'a également observé (24), certaines vont couper intérieurement l'échange avec certain.e.s soignant.e.s en ne les écoutant plus. Une autre stratégie observée est l'euphémisation et la banalisation, cela passe par le rire, tactique également relevée par V.Nyman (24). Mais cela se manifeste également par la minimisation de l'impact et par la normalisation du vécu. Malgré ces différentes stratégies, il leur est difficile de rester complètement hermétiques aux propos, une femme déclare que les mauvais vécus se sont de nouveaux imposés à elle sur le temps long. Pour d'autres, c'est le processus d'entretien qui les met en difficulté. Ce peut être complexe pour elles de se replonger dans tout un vécu qu'elles essaient d'oublier et de tenir à distance. En outre, l'entretien peut être l'occasion d'une prise de conscience concernant la violence de certains propos entendus.

Une autre manière de dépasser les difficultés posées par la grossophobie passe par l'instrumentalisation de leur corps. Certaines patientes vont investir leur corps comme un outil. Par exemple, Clara avait d'importantes attentes concernant le « pouvoir maternel » de son corps. Ces attentes étaient socialement construites mais lorsqu'elle apprend qu'elle n'accouchera par voie basse son mythe s'effondre. Elle explique bien comment l'allaitement a constitué un nouvel enjeu de

démonstration de ses capacités maternelles et comment elle a fait du médecin son juge légitime. V.Nyman observe également cette même auto-objectification chez les patientes qu'elle interroge (24). D'autres enquêtées vont utiliser leur corps pour faire mentir les préjugés à leur égard, quitte à se mettre en difficulté. Plusieurs patientes déclarent se mobiliser lors du changement de lit après leur césarienne afin de ne pas faire porter leur poids à l'équipe. Une autre patiente entend les propos désobligeant d'une soignante sur sa capacité à se mobiliser après sa césarienne ; aussi, elle va s'appliquer à retrouver une grande mobilité rapidement, trop rapidement puisque ces mouvements font tomber les agrafes de sa cicatrice. Il semble ici qu'elle soit prête à se faire mal pour faire mentir les préjugés qui pèsent sur elle, cela permet de mesurer la puissance oppressante de ces derniers.

Enfin une dernière stratégie, la fuite, a pu être observée lors des entretiens. Une fuite qui engage également leur corps, voire leur santé. Certaines femmes confient souhaiter secrètement l'arrêt de leur grossesse, d'autres avouent avoir annulé certains rendez-vous de suivi, masqué certains sujets en consultation pour éviter d'être auscultée. Pour terminer, certaines affirment ne plus vouloir vivre de nouvelles grossesses pour ne pas avoir à retraverser ce parcours difficile. Il s'agit ici de différentes stratégies d'*exit* (48), des formes de résistances silencieuses. Elles choisissent d'échapper à ce qu'elles craignent du jugement médical en cessant de s'y confronter. Mais il est intéressant de noter qu'aucune n'a complètement arrêté son suivi médical. Pourtant, ce non-recours a pu être observé en gynécologie et en médecine générale (20). La forte responsabilité inhérente à l'état de grossesse pourrait en être l'explication.

V. Limites

Cette étude comporte plusieurs limites susceptibles d'avoir biaisé l'analyse. Une grande partie des entretiens ont eu lieu par téléphone. Cela peut avoir nui à la communication non verbale, les expressions de visage et le langage corporel n'ont ainsi pas pu être analysés. En outre, la question des discriminations relatives aux origines supposées des femmes n'a pu être traitée. Les échanges ayant eu lieu à distance, il était impossible de savoir si les patientes étaient racisées. Il faut simplement noter qu'aucune d'entre elles n'a abordé la question de la xénophobie spontanément, toutes parlaient le français comme s'il était leur langue maternelle, toutes avaient des prénoms à consonance francophone, mais cela ne permet pas d'exclure que certaines femmes aient pu être racisées.

Je me suis présentée comme étant étudiante sage-femme, aussi j'ai pu être associée aux membres de ma future profession. Les enquêtées sont susceptibles de s'être adressées à moi comme à une potentielle professionnelle de santé, en anticipant les stigmates ou les attentes que j'étais susceptible d'avoir par exemple. En outre, je ne suis pas une personne concernée par l'obésité. Pour les entretiens en présentiel et pour le recrutement via facebook, cela a pu être identifié par les personnes interrogées. A ce titre, certaines femmes m'ont demandé pourquoi je m'intéressais à ce sujet. J'ai justifié mon intérêt par un souci d'améliorer le soin pour toutes les femmes quelles qu'elles soient mais cela n'empêche pas les enquêtées d'avoir peut-être adapté leur discours au fait que je ne sois pas stigmatisée moi-même.

Quatre enquêtées ont été recrutées via des groupes Facebook de femmes s'inscrivant dans une perspective « *body positive* ». Ce sont donc des personnes susceptibles d'être plus au fait des discriminations grossophobes et cela peut avoir biaisé la représentativité de l'échantillon. Cependant, les autres personnes interrogées, notamment les trois femmes rencontrées via le CSO, semblaient moins politisées, ce qui a permis d'offrir d'autres perspectives.

Une dernière limite inhérente au cadrage du sujet doit être précisée. Nous nous intéressons ici uniquement au ressenti des femmes. Afin de compléter cette perspective, il pourrait être intéressant d'interroger le personnel soignant et d'observer des consultations. Il serait, en effet, particulièrement éclairant de mettre ces entretiens en perspective avec le discours soignant et d'observer les dimensions non verbales dans les interactions de soin.

VI. Conclusion

Le contexte hospitalier et soignant semble pouvoir expliquer une partie du mauvais vécu des patientes interrogées, notamment le sous-effectif et la rapidité des cadences. Cependant, les préjugés grossophobes qui sous tendent la société semblent imprégner la sphère médicale, probablement insuffisamment formée sur le sujet. Ainsi, d'après le vécu des enquêtées, l'idée que l'obésité est une responsabilité individuelle semble sous tendre les interactions soignant.e.s-soignées et nuire au bon déroulement des soins. Ainsi, la grossophobie semble émailler le parcours de grossesse de la majorité des patientes interrogées et pèse sur leur vécu. En outre, la classification médicale de l'obésité semble déborder du champ médical et faire figure de stigmat. Ce stigmat semble entacher l'image que les soignant.e.s et toute la société portent sur ces femmes mais aussi la perception qu'elles ont d'elles-mêmes. Ainsi, elles semblent peu enclines à rejeter en bloc les stigmates qui pèsent sur elles. Dans le cadre de l'interaction soignante et plus particulièrement dans le cadre de leur grossesse, leur marge d'action semble réduite. En effet, aucune enquêtée ne s'est sentie en mesure de fuir complètement le suivi médical même lorsqu'il était douloureux. D'autres stratégies plus silencieuses ont pu être observées.

D'après le ressenti des enquêtées, le stress aurait été majoré par le vécu grossophobe. Il serait intéressant de mesurer de façon quantitative comment ce stress se traduit de manière biologique et d'étudier les potentiels retentissements sur leur santé, la santé des fœtus et le déroulement de la grossesse et de l'accouchement.

VII. Perspectives

Il s'agit désormais de proposer quelques pistes pour améliorer collectivement le vécu de la prise en charge des patientes enceintes obèses. Trois dimensions peuvent être distinguées :

Evolution des représentations sociales intégrées par le personnel soignant

- Travail de prise de conscience et d'objectivation des biais et des préjugés, afin de ne pas faire transparaître dans son langage ou dans ses actes des raccourcis blessants voire nuisibles à la prise en charge.
- Former les professionnel.le.s à traiter le poids au même titre que les autres comorbidités et autres indicateurs de santé (36).
- Formation et sensibilisation des futurs professionnel.le.s de santé aux enjeux liés aux discriminations.
- Accroître les recherches scientifiques sur la grossophobie médicale en France, pour comprendre les ressorts de cette discrimination dans le contexte français et ainsi améliorer les prises en charges.

Adaptation de la prise en charge à l'individu :

- Demander à la patiente ce qu'elle préfère concernant la pesée (être pesée en début, en fin, voir ne pas voir, se peser chez elle ?).
- Toujours proposer un drap pour respecter la pudeur des patientes.
- Observer les termes que la patiente emploie : grosse, obèse, ronde et les reprendre (5).
- Prendre le temps d'évaluer où la patiente en est dans son rapport à l'alimentation, au sport, au stress, pour donner des conseils avisés et adaptés (25).
- Valoriser l'amélioration des comportements plutôt que la conformité à des seuils de poids établis (37).

Amélioration du contexte et du cadre de travail du personnel soignant afin de permettre une prise en charge adaptée :

- Un allongement des plages de rdv pour les échographies des patientes obèses semble pertinent. Il pourrait permettre aux soignant.e.s d'exercer leur examen sereinement malgré les difficultés physiques posées par la paroi abdominale. Dans ce cadre temporel adapté l'interaction soignant-soignées pourrait être améliorée. (5)
- Formation à la pose de Voie Veineuses Périphériques et d'anesthésie loco-régionale sous échographe. (49)
- L'inadaptation du matériel à la morphologie des personnes obèses est souvent évoquée dans les études américaines ou canadiennes (5). D'après les résultats de notre étude, cet élément ne semble pas avoir émergé du point de vue des patientes, mais une étude quantitative serait nécessaire ainsi qu'un travail permettant de mettre à jour les perspectives du personnel soignant.

VIII. Bibliographie

- (1) Nizet, J. & Rigaux, N. (2005). La sociologie de Erving Goffman. La Découverte.
<https://doi.org/10.3917/dec.nizet.2005.01>
- (2) Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. (2021, 30 juin). Odoxa.
<http://www.odoxa.fr/sondage/enquete-epidemiologique-nationale-sur-le-surpoids-et-lobesite/>
- (3) Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity* (Silver Spring, Md.), 17(5), 941–964. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
- (4) Carof, S. (2019). Être grosse: Du corps discréditable au corps discrédité. *Sociologie*, 10, 285-302.
<https://doi-org.ressources.univ-poitiers.fr/10.3917/socio.103.0285>
- (5) Maxwell, C., & Sharma, A. (2019). Thinking About People-First Language: Weight Bias, Stigma, and Discrimination, and Women's Reproductive Health. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*, 41(11), 1533–1534.
<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.08.003>
- (6) Puhl, R. M., Andreyeva, T., & Brownell, K. D. (2008). Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *International journal of obesity* (2005), 32(6), 992–1000. <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.22>
- (7) Sobal J., Stunkard A. J., 1989, « Socioeconomic Status and Obesity : A Review of the Literature », *Psychological Bulletin*, 105, 2, pp. 260-275
- (8) Puhl, R. M., Lessard, L. M., Himmelstein, M. S., & Foster, G. D. (2021). The roles of experienced and internalized weight stigma in healthcare experiences: Perspectives of adults engaged in weight management across six countries. *PloS one*, 16(6), e0251566.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251566>
- (9) Hebl, M. R., & Xu, J. (2001). Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient. *International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity*, 25(8), 1246–1252. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801681>
- (10) Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, et al: Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France. *Obes Res*. 2005; 13:787–795.
<https://doi.org/10.1038/oby.2005.89> PMID: 15897489
- (11) Puhl, R. M., Lessard, L. M., Himmelstein, M. S., & Foster, G. D. (2021). The roles of experienced and internalized weight stigma in healthcare experiences: Perspectives of adults engaged in weight management across six countries. *PloS one*, 16(6), e0251566.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251566>
- (12) Mensinger, J. L., Tylka, T. L. & Calamari, M. E. (2018). Mechanisms underlying weight status and healthcare avoidance in women : A study of weight stigma, body-related shame and guilt, and healthcare stress. *Body Image*, 25, 139 147. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.03.001>
- (13) Muennig, P. (2008). The body politic : the relationship between stigma and obesity-associated disease. *BMC Public Health*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-128>
- (14) Nagpal, T. S., Tomiyama, A. J., & Incollingo Rodriguez, A. C. (2021). Beyond BMI: Pregnancy-related weight stigma increases risk of gestational diabetes. *Primary care diabetes*, 15(6), 1107–1109.
<https://doi.org/10.1016/j.pcd.2021.07.002>

- (15) Bayle, B. (2017). 2. Les remaniements psychologiques de la grossesse. Dans : Benoît Bayle éd., *Psychiatrie et psychopathologie périnatales* (pp. 13-20). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.bayle.2017.01.0013>
- (16) Furness, P. J., McSeveny, K., Arden, M. A., Garland, C., Dearden, A. M., & Soltani, H. (2011). Maternal obesity support services: a qualitative study of the perspectives of women and midwives. *BMC pregnancy and childbirth*, 11, 69. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-69>
- (17) Lauridsen, D. S., Sandøe, P., & Holm, L. (2018). Being targeted as a "severely overweight pregnant woman" -A qualitative interview study. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 21(5), 878–886. <https://doi.org/10.1111/hex.12681>
- (18) OMS. (2013). *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive* (ISBN 978-92-4-254991-1). Organisation mondiale de la santé. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1092087/retrieve>
- (19) Deruelle, P. & Vambergue, A. (2019, 2 octobre). *Endocrinologie en gynécologie et obstétrique : Obésité et grossesse*. Elsevier Connect. <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/gyneco-sage-femme/obesite-et-grossesse>
- (20) Carof, S. (2021). *Grossophobie : Sociologie d'une discrimination invisible*. Éditions de la Maison des sciences de l'homme
- (21) Koechlin, A. (2022). *La norme gynécologique : ce que la médecine fait au corps des femmes*. Editions Amsterdam.
- (22) Castel, P. (2005). *Le médecin, son patient et ses pairs: Une nouvelle approche de la relation thérapeutique*. *Revue française de sociologie*, 46, 443-467. <https://doi.org/10.3917/rfs.463.0443>
- (23) Fredriksson L, Eriksson K. The ethics of the caring conversation. *Nurs Ethics*. 2003 Mar;10(2):138-48. doi: 10.1191/0969733003ne588oa. PMID: 12659485.
- (24) Nyman, V., Prebensen, Å. K., & Flensner, G. (2010). Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth. *Midwifery*, 26(4), 424-429. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.10.008>
- (25) Nagpal, T. S., Liu, R. H., Gaudet, L., Cook, J. L., & Adamo, K. B. (2020). Summarizing recommendations to eliminate weight stigma in prenatal health care settings: A scoping review. *Patient education and counseling*, 103(11), 2214–2223. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.06.017>
- (26) Riveros-Mckay, F., Mistry, V., Bounds, R., Hendricks, A. E., Keogh, J. M., Thomas, H., Henning, E., Corbin, L. J., O'Rahilly, S., Zeggini, E., Wheeler, E., Barroso, I., & Farooqi, I. S. (2019). Genetic architecture of human thinness compared to severe obesity. *PLOS Genetics*, 15(1), e1007603. <https://doi.org/10.1371/journal.pgen.1007603>
- (27) Masson, E. (s. d.). *Relation entre les antécédents psychotraumatismes et les troubles du comportement alimentaires : binge eating disorder chez 1484 hommes et femmes obèses sévères*. EM-Consulte. <https://www.em-consulte.com/article/1041401/relation-entre-les-antecedents-psychotraumatismes->
- (28) Poulain, J., & Tibère, L. (2008). Alimentation et précarité. *Anthropology Of Food*, 6. <https://doi.org/10.4000/aof.4773>
- (29) Pigeyre, M., Duhamel, A., Poulain, J., Rousseaux, J., Barbe, P., Jeanneau, S., Tibère, L., & Romon, M. (2012). Influence of social factors on weight-related behaviors according to gender in the French adult population. *Appetite*, 58(2), 703-709. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.11.031>

- (30) French, S. A., Story, M., & Jeffery, R. W. (2001). Environmental Influences on Eating and Physical Activity. *Annual Review Of Public Health*, 22(1), 309-335.
<https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.22.1.309>
- (31) Chapelot, D. (2018). Addiction au sucre. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 12(5), 423-431.
[https://doi.org/10.1016/s1957-2557\(18\)30117-2](https://doi.org/10.1016/s1957-2557(18)30117-2)
- (32) World Health Organization : WHO. (2024, 1 mars). *Obésité et surpoids*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=Pour%20les%20adultes%2C%20l'OMS,%C3%A9gal%20ou%20sup%C3%A9rieur%20%C3%A0%2030.>
- (33) Di Angelantonio, E., Bhupathiraju, S. N., Wormser, D., Gao, P., Kaptoge, S., De González, A. B., Cairns, B. J., Huxley, R. R., Jackson, C. L., Joshy, G., Lewington, S., Manson, J. E., Murphy, N., Patel, A. V., Samet, J. M., Woodward, M., Wang, Z., Zhou, M., Bansal, N., . . . Hu, F. B. (s. d.). Body-mass index and all-cause mortality : individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet*, 388(10046), 776-786. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)30175-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)30175-1)
- (34) Flegal, K. M., Kit, B. K., Orpana, H., & Graubard, B. I. (2013). Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 309(1), 71–82. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.113905>
- (35) Freidson, E. (1988). *Profession of Medicine : A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. University of Chicago Press.
- (36) Nagpal, T. S., da Silva, D. F., Liu, R. H., Myre, M., Gaudet, L., Cook, J., & Adamo, K. B. (2021). Women's Suggestions for How To Reduce Weight Stigma in Prenatal Clinical Settings. *Nursing for women's health*, 25(2), 112–121. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2021.01.008>
- (37) Nagpal, T. S., Souza, S., da Silva, D. F., Ferraro, Z. M., Sharma, A. M., & Adamo, K. B. (2021). Mythes répandus au sujet de la grossesse chez les femmes atteintes d'obésité. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 67(2), 92–95. <https://doi.org/10.46747/cfp.670292>
- (38) Goffman, E. (1975). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Les Editions de Minuit.
- (39) Jones, K. (2010). Weight Stigma Among Providers Decreases the Quality of Care Received by Obese Patients. *School Of Physician Assistant Studies*. <http://commons.pacificu.edu/pa/207/>
- (40) Chambers, J. A., & Swanson, V. (2006). A health assessment tool for multiple risk factors for obesity : Results from a pilot study with UK adults. *Patient Education And Counseling*, 62(1), 79-88.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.06.007>
- (41) Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., & Van Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*, 16(4), 319 326. <https://doi.org/10.1111/obr.12266>
- (42) Malterud, K., & Ulriksen, K. (2011). Obesity, stigma, and responsibility in health care: A synthesis of qualitative studies. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 6(4), 10.3402/qhw.v6i4.8404. <https://doi.org/10.3402/qhw.v6i4.8404>
- (43) LOI n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique (1) - Légifrance. (s. d.).
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043884384/>
- (44) Décret n° 2021-1243 du 28 septembre 2021 fixant les conditions d'organisation et de prise en charge des parcours d'assistance médicale à la procréation - Légifrance. (s. d.-b).
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044111531#:~:text=qu'il%20suit%20%3A->

[,%C2%AB%201%C2%B0%20Le%20pr%C3%A9%C3%A8vement%20d'ovocytes%20peut%20%C3%AAtre%20r%C3%A9alis%C3%A9%20chez,%C3%A0%20son%20quarante%2Dcinqui%C3%A8me%20anniversaire.](#)

- (45) STREULI, I., JACQUESSON-FOURNOLS, L., DE ZIEGLER, D., FARAH, Z., BERDAH, J., & groupe de travail multidisciplinaire Ob-fert. (2012). Obésité et AMP : proposition de prise en charge. *CNGOF*. Consulté le 5 mai 2024, à l'adresse https://cngof.fr/app/pdf/ANCIENNES%20JOURN%C3%89ES//2012/2012_GM/gynecologie_medicale/Obesite_et_AMP_proposition_de_prise_en_charge.pdf?x55732
- (46) Crenshaw, K. (2005). Cartographies des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur. *Cahiers du Genre*, 39, 51-82. <https://doi.org/10.3917/cdge.039.0051>
- (47) Detrez, C. (2011). « Dominations et résistances, des concepts à l'épreuve du terrain » . <https://hal.science/halshs-00974501>
- (48) Hirschman, A.O (1995) *Exit, Voice, Loyalty. Défection et prise de parole*. Editions de l'Université de Bruxelles
- (49) Fuzier, R. (2012). Anesthésie locorégionale chez le patient obèse. *Annales Francaises D'Anesthesie et de Reanimation*, 31(3), 228-231. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2011.08.005>

IX. Annexes

Annexe n°1 : recrutement des enquêtées via le CSO (centre spécialisé de l'obésité) du CHU de Poitiers et via le réseau personnel



Etude sur le vécu de la grossesse chez les femmes en situation d'obésité

Note d'information

Quoi

Il s'agit d'une étude ayant pour objectif **de mieux comprendre le vécu de la grossesse et de l'accouchement chez les femmes en situation d'obésité (IMC > 30 kg/m²)**. Ce travail se base sur vos témoignages et sur votre ressenti concernant la prise en charge, les rendez-vous, les examens, la relation avec les soignants etc. **de la période allant de la grossesse jusqu'à l'accouchement.**

Qui

- Je suis Louise Fuseau étudiante sage-femme en 4^{ème} année à l'Université de Poitiers. Je réalise ce mémoire dans la cadre de mon diplôme d'Etat de sage-femme.
- Je recherche des femmes – qui donnent leur accord pour me partager leur vécu, leur ressenti et leur expérience – avec un indice de masse corporelle **supérieur à 30 kg/m²** au début de la grossesse, ayant **accouché dans les 10 dernières années (quelle que soit la maternité de suivi)**.

Comment

Je vous propose un entretien **d'environ 1h par téléphone ou en face à face**

- Vous pouvez soit laisser vos coordonnées téléphoniques au soignant qui vous a parlé de mon étude et je vous recontacterai ensuite.
- Vous pouvez également me contacter directement au 06 73 37 95 55 (il est possible de me contacter en numéro inconnu si vous préférez) ou par mail louise.fuseau01@etu.univ-poitiers.fr

Les entretiens seront enregistrés puis retranscrits de façon entièrement anonyme dans le respect du secret professionnel. Les enregistrements seront ensuite supprimés dans un délai d'1 mois. Vos coordonnées ne seront pas conservées.

Quand

Le recueil des données a débuté en février 2023 et il se terminera en août 2023. Vous pouvez me contacter dès aujourd'hui.

Un grand merci pour votre participation 😊

Annexe n°2 : recrutement via les réseaux sociaux



Annexe n°3 : Guide d'entretien

Ce guide est un support à l'échange et non une trame immuable. Des questions supplémentaires ont pu être posées suivant les thématiques abordées spontanément par les enquêtées.

Bonjour je suis louise étudiante sage-femme, je fais un mémoire sur le vécu de la grossesse chez les femmes ayant un IMC supérieur à 30, du suivi de la grossesse jusqu'à l'accouchement. Dans mon travail je me base uniquement sur votre vécu et votre ressenti personnel. Tout ce dont nous allons parler restera strictement confidentiel, je ne porterai aucun jugement sur vos propos il ne s'agit pas d'un entretien médical. Mon but est d'essayer de comprendre votre expérience et votre perception.

Afin de rester entièrement fidèle à vos propos je dois enregistrer notre échange le temps de tout retranscrire par écrit et de façon anonyme puis je supprimerai cet enregistrement dans un délai d'1 mois. Me donnez-vous votre accord pour l'enregistrement anonyme ? Pour préserver votre anonymat je vais vous donner un autre nom, est ce que vous voulez choisir vous-même ce prénom ?

Quel âge avez-vous ?

Qu'est-ce que vous faites dans la vie ?

Pour confirmer si vous êtes incluse dans mon étude, pourriez-vous me donner **votre taille et votre poids ?**

LE SUIVI MEDICAL

Quel est votre rapport avec le monde médical en général ?

(Relance : comment vous vous sentez quand vous allez consulter un soignant de manière générale ?)

Est-ce qu'il y a eu quelque chose de particulier avant de tomber enceinte ? (Consultation avec spécialiste ou médecin généraliste)

Grossesse suivie par quel soignant ? (Médecin, sage-femme, gynécologue ?)

Comment votre poids a-t-il été abordé ?

(Relances : directement ou indirectement ? est-ce qu'on vous a fait des réflexions sur votre poids ? avez-vous eu des remarques positives ou négatives sur votre poids ?)

Comment ça s'est passé ?

(Relances : Comment l'avez-vous vécu ? (**image de soi / stress**) comment vous avez réagi ? qu'est-ce que ça vous a fait ? Comment l'avez-vous vécu ? échographies ?)

Avec le recul pensez-vous que votre poids ait changé quelque chose ?

(Relances : Est-ce que cela a eu des conséquences ? avez-vous déjà évité une consultation de grossesse par peur des remarques éventuelles ? avez-vous déjà évité un sujet en consultation par peur des remarques ?)

PEC SPECIFIQUE

Avez-vous eu des consultations avec des spécialistes (du fait de votre IMC) durant le suivi (diététicien.ne, nutritionniste, endocrinologue, ..) lesquels, comment avez-vous vécu ce suivi ?

ACCOUCHEMENT

En quelques mots comment s'est déroulé votre accouchement ?

Pensez vous que votre poids ait changé quelque chose ?

(Relances : Est-ce que cela a eu des conséquences sur la Consultation d'arrivée ? attitude de l'équipe ? brassard à tension ? le monitoring ? la pose de perfusion ? la pose anesthésie ? positionnements sur la table ? passage au bloc /brancardage ?)

L'équipe vous a-t-elle proposé de varier les positions pendant le travail ?

PRISE EN CHARGE GLOBALE

D'une manière générale est-ce que le matériel était adapté ? (Brassards à tension, chaises, table d'examen, balance etc.)

D'une manière générale avez-vous le sentiment que l'attitude de l'équipe était différente du fait de votre poids ? (Si oui comment ? impact image de soi et stress ?)

Pensez-vous que la prise en charge que vous avez vécue vous ait impacté vous (image de soi et stress, pensé/émotion qui ressurgit à distance) **ou votre bébé par la suite ?** (Relation avec votre bébé).

Est-ce que vous avez quelque chose que vous aimeriez dire aux soignants, si vous pouviez leur leur faire passer un message là ?

Comment vous avez vécu les questions que je vous ai posées ?

Est-ce qu'il y a autre chose dont vous aimeriez me parler ? (des choses injustes ou pas adaptées ou à l'inverse positives)

Résumé : L'objectif principal de cette étude est de comprendre comment les femmes obèses vivent la prise en charge et le suivi de leur grossesse, de la préconception jusqu'à l'accouchement. L'objectif secondaire est de déterminer si leur vécu pourrait être générateur de stress supplémentaire.

Cette étude qualitative est basée sur dix entretiens semi-directifs de femmes ayant accouché dans les dix dernières années en France métropolitaine. En premier lieu, le contexte semble jouer sur le vécu des femmes interrogées. Le triple statut de patiente, enceinte et obèse pourrait être un premier facteur de fragilisation. Le contexte soignant, marqué par l'accroissement des cadences et le manque de personnel, paraît impacter négativement le vécu des patientes. En second lieu l'interaction soignant.e.s-soignées semble parfois génératrice d'incompréhension ce qui majorerait le stress ressenti par les femmes concernées. Les interactions soignantes pourraient aussi être un moment de perpétuation de préjugés sociaux portant sur les personnes obèses, impactant la perception que ces femmes ont d'elles, ce qui pourrait accroître de nouveau leur stress. Enfin, le parcours de grossesse des femmes interrogées semble émaillé de discriminations. Ces dernières paraissent inégalement dotées en termes de ressources pour faire face à ces situations. Dans ce contexte, elles développent différentes attitudes : du déni au non-recours aux soins en passant par l'humour et la dissimulation.

Mots clefs : grossophobie, vécu de la grossesse, femmes obèses, discrimination, prise en charge

Summary: The primary objective of this study is to understand how obese women experience the management and monitoring of their pregnancy, from preconception to childbirth. The secondary objective is to determine whether their experience could be a source of additional stress.

This qualitative study is based on ten semi-structured interviews with women who have given birth in the last ten years in mainland France. Firstly, the context seems to play a role in the experiences of the women interviewed. The triple status of patient, pregnant and obese could be a first factor of fragility. The care environment, marked by increased workloads and staff shortages, appears to have a negative impact on patients' experiences. Secondly, the interaction between carers and patients sometimes leads to misunderstandings, which may increase the stress felt by the women concerned. Healthcare interactions could also be a time for perpetuating social prejudices about obese people, impacting on these women's perception of themselves, which could further increase their stress. Finally, the pregnancies of the women interviewed appear to be riddled with discrimination. They appear to be unequally equipped in terms of resources to deal with these situations. In this context, they develop different attitudes: from denial to not seeking care, to humour and concealment.

Key words: grossophobia, pregnancy, obese women, discrimination, care

