



HAL
open science

La contraception chez la femme obèse

Juliette Pommier

► **To cite this version:**

Juliette Pommier. La contraception chez la femme obèse. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01196769

HAL Id: dumas-01196769

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01196769v1>

Submitted on 10 Sep 2015

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

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



CAEN - CAMPUS 5

BIBLIOTHÈQUE
UNIVERSITAIRE

SANTÉ

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES

CHUCaen

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

adresse
tél.
courriel
internet

Bibliothèque universitaire Santé
Pôle des formations et de recherche en santé • 2, rue des Rochambelles • CS 14032 • 14032 CAEN CEDEX 5
02 31 56 82 06
bibliotheque.sante@unicaen.fr
scd.unicaen.fr/

ECOLE DE SAGE-FEMME UNIVERSITE DE CAEN

La contraception chez la femme obèse

Mémoire présenté et soutenu par Juliette Pommier

Sous la direction du Dr Jean-Paul Bouiller

Promotion 2010-2015

REMERCIEMENTS

A mon directeur de mémoire, le docteur Jean-Paul Bouiller, pour ton aide précieuse tout au long de ce travail ainsi que pour ta bonne humeur. Merci de m'avoir consacré du temps chaque fois que j'en ai eu besoin malgré ton emploi du temps chargé, ainsi que pour tes conseils avisés.

A Isabelle Goupille, sage-femme enseignante à l'école de Caen qui m'a guidée tout au long de ce mémoire. Vos conseils et vos remarques m'ont permis de mûrir ce travail sans trop m'éparpiller.

Au docteur Juliane Berdah, qui, sans me connaître, a accepté de suivre l'évolution de ce mémoire à distance. Merci pour vos remarques et vos conseils. Plus d'une fois vous m'avez permis de prendre confiance en moi et en ce que je faisais.

A Rémi De Mil, interne en santé publique, pour son aide plus que précieuse.

A toutes les patientes ainsi qu'à tous les professionnels qui ont montré de l'intérêt pour ce mémoire en acceptant de répondre à mes questionnaires.

A Mme Giffard et à toute l'équipe enseignante pour leur accompagnement durant ces quatre années de formation.

A ma famille qui m'a accompagnée pendant toutes ces années et a su me soutenir pendant l'élaboration de ce mémoire. Je pense sincèrement que sans vous, arriver où j'en suis aujourd'hui n'aurait pas été possible. Maman, merci d'avoir supporté mes humeurs et mes monologues pendant ces années d'études (et toutes celles d'avant). A Caro, véritable pro de Word, merci d'avoir rendu ce mémoire présentable. A So, parce qu'à deux c'est toujours mieux, avancer ensemble a été d'une grande aide c'est certain ! Il n'y a pas de mot assez fort pour vous dire à quel point vous êtes précieuses à mes yeux.

A Claire, Marie, Lise, Amancia, Anne-Charlotte, Max et Gautier pour leur bonne humeur, les fous-rires et leur soutien tout au long de ces quatre belles années d'amitié mais aussi pour toutes celles à venir. Pour ce petit grain de folie qui nous réunit si bien.

A Marion avec qui je partage une belle amitié depuis quelques années déjà. Pour ton soutien sans faille dans les moments de doutes ainsi que pour tous les beaux moments partagés ensemble.

A l'ensemble de la promo, même si le début a été quelque peu chaotique, je suis heureuse d'avoir partagé ces quatre années avec vous.

Papa, si d'une façon ou d'une autre tu continues de veiller sur nous, j'espère que tu seras fier de ce que je suis devenue.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	i
TABLE DES MATIERES.....	ii
ABREVIATIONS	vi
INTRODUCTION.....	1
1. Quelques données sur l'obésité	3
1.1. Définition de l'obésité	3
1.2. Données épidémiologiques.....	4
1.3. Obésité et santé sexuelle	5
2. La contraception : prescripteurs, prescription et surveillance biologique, mode d'action	6
2.1. Les différents intervenants pour la prescription de la contraception des françaises.....	6
2.1.1. Les gynécologues	6
2.1.2. Les sages-femmes	7
2.1.3. Les médecins généralistes	7
2.1.4. Les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF).....	7
2.2. Modalités de prescription et surveillance biologique	8
2.3. Modes d'actions des différents moyens de contraception	10
2.3.1. Les œstroprogestatifs combinés.....	10
2.3.2. Les progestatifs seuls	10
2.3.3. Le dispositif intra-utérin au cuivre.....	11
2.3.4. La contraception d'urgence	11
3. Obésité et contraception.....	12

3.1.	Fertilité de la femme obèse	12
3.2.	Effets du poids sur la contraception hormonale.....	13
3.3.	Obésité, risque cardio-vasculaire, et contraception.....	14
3.4.	La contraception de la patiente obèse.....	15
3.4.1.	Les contraceptions œstroprogestatives	16
3.4.2.	Les contraceptions progestatives	17
3.4.3.	Les stérilets	17
3.4.4.	La contraception d'urgence	18
MATERIEL ET METHODE		19
1.	Choix des populations	20
1.1.	Les patientes	20
1.2.	Les prescripteurs	20
2.	Méthodologie de l'étude	21
2.1.	Elaboration des questionnaires.....	21
2.2.	Démarches administratives.....	22
2.3.	Modalités de distribution des questionnaires	22
2.4.	Recueil des données.....	23
2.5.	Analyse des données.....	23
RESULTATS		24
1.	Questionnaires destinés aux patientes	25
1.1.	Taux de participation.....	25
1.2.	Caractéristiques de la population étudiée	25
1.3.	Le suivi gynécologique	26
1.4.	La contraception.....	27

1.5.	Informations relatives à la contraception	29
1.6.	La consultation gynécologique.....	30
1.7.	Analyses comparatives en fonction de l'IMC	31
2.	Questionnaire destiné aux prescripteurs	34
2.1.	Taux de participation.....	34
2.2.	Caractéristiques des professionnels interrogés	34
2.3.	La consultation de contraception de la femme obèse.....	34
2.4.	Prescription de la contraception à la femme obèse	35
	ANALYSE/DISCUSSION	37
1.	Critique de l'étude	38
1.1.	Points positifs	38
1.1.1.	Etude portant sur les femmes obèses	38
1.1.2.	Enquête auprès des professionnels.....	39
1.2.	Points négatifs.....	39
1.2.1.	Etude portant sur les femmes obèses	39
1.2.2.	Enquête auprès des professionnels.....	40
2.	Analyse/ Discussion	41
2.1.	Caractéristiques socio-médicales.....	41
2.2.	Obésité et sexualité.....	42
2.3.	Obésité et IVG	43
2.4.	Obésité et contraception	44
2.4.1.	Le suivi gynécologique	44
2.4.2.	Obésité et moyens contraceptifs utilisés.....	45
2.4.3.	Satisfaction, choix de la contraception et informations.....	47

3. Pistes de réflexion	49
3.1. Réalisation d'une étude prospective à plus large échelle.....	49
3.2. Renforcer la formation continue.....	50
3.3. La consultation de gynécologie	50
CONCLUSION.....	53
BIBLIOGRAPHIE	56
ANNEXES	59

ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ATCD : Antécédent

BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

DIU : Dispositif Intra-Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LH : Luteinizing Hormon

MTEV : Maladie Thromboembolique Veineuse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RR : Risque Relatif

SF : Sage-femme

SHBG : Sex Hormon Binding Globuline

SOPK : Syndrome des Ovaires Polykystiques

INTRODUCTION

La France est un des pays européens où la prévalence contraceptive est la plus élevée. Néanmoins, une étude de 2010 de N. Bajos a démontré que le nombre de grossesses interrompues et non désirées est plus important chez les femmes obèses (ayant un Indice de Masse Corporelle (IMC) $\geq 30\text{kg/m}^2$). D'autre part l'obésité est aujourd'hui qualifiée d'épidémie mondiale par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et se répand à très grande vitesse, aussi bien en France que dans le monde, notamment chez les femmes jeunes.

La contraception de la femme obèse est donc un enjeu majeur de santé publique du fait du risque cardiovasculaire et thromboembolique qu'elle présente. Néanmoins, peu d'études sont publiées sur le sujet car les femmes obèses sont souvent exclues des recherches relatives à la contraception. D'autre part il est démontré que chez ces dernières les grossesses sont plus à risque de complications (diabète gestationnel, hypertension artérielle, pré-éclampsie, phlébite, taux de césarienne plus élevé...), d'où l'importance de mettre en place une contraception efficace et adaptée.

Après avoir assisté à un exposé du Dr Berdah, gynécologue endocrinologue et nutritionniste, sur la contraception chez la femme obèse, je me suis posée la question suivante : Les femmes obèses bénéficient-elles d'une contraception adaptée ? Utilisent-elles des méthodes contraceptives moins efficaces ? Auraient-elles plus recours à la contraception d'urgence ? Ont-elles un suivi gynécologique moins régulier et si oui pourquoi ?

L'objectif de ce mémoire est donc de faire un état des lieux des méthodes contraceptives chez les femmes obèses et d'évaluer leur satisfaction. Pour compléter ma problématique il m'a également semblé intéressant d'étudier les pratiques de prescription de la contraception des différents professionnels concernés.

1. Quelques données sur l'obésité

1.1. Définition de l'obésité (1)

Selon la définition de l'OMS, l'obésité correspond à une accumulation anormale ou excessive de graisse dans les tissus pouvant engendrer des problèmes de santé.

Il existe deux types d'obésité en fonction de la répartition de la masse grasse:

- L'obésité androïde : elle correspond à une répartition abdominale de la graisse et est associée à un risque plus important de maladies métaboliques et cardiovasculaires.
- L'obésité gynoïde : elle correspond à une répartition de la graisse au niveau des fesses et des hanches.

L'obésité peut être classée selon différentes méthodes. La plus communément utilisée est le calcul de l'IMC même si elle reste grossière. En effet il est utilisé pour estimer la prévalence de l'obésité dans les populations mais il a l'inconvénient de ne pas tenir compte de la répartition des graisses. Il se calcule en divisant le poids en kilogrammes par la taille en mètres carrés ($IMC = \text{Kg}/\text{m}^2$). L'obésité est définie pour un $IMC \geq 30\text{kg}/\text{m}^2$.

Tableau I IMC. Rapport d'une consultation de l'OMS sur l'obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. OMS, Genève, juin 2003 (1)

Classification des adultes en fonction de l'IMC ^a		
Classification	IMC	Risque de morbidité associée
Insuffisance pondérale	<18,50	Faible (mais risque accru d'autres problèmes cliniques)
Eventail normal	18,50–24,99	Moyen
Surpoids:	≥25,00	
Préobèse	25,00–29,99	Accru
Obèse, classe I	30,00–34,99	Modéré
Obèse, classe II	35,00–39,99	Important
Obèse, Classe III	≥40,00	Très important

Cependant, l'IMC ne permet pas de faire la distinction entre le poids associé à la masse musculaire de celui associé au tissu adipeux. Ce dernier varie en fonction de la corpulence et de la constitution morphologique.

Il existe deux méthodes permettant d'évaluer la répartition de la masse grasse. La première consiste à calculer le rapport tour de taille sur tour de hanche. Celui-ci permet d'identifier les sujets présentant un risque accru de maladies liées à la répartition abdominale des graisses. Un rapport tour de taille/tour de hanche élevé (>0,85 chez les femmes) correspond à une accumulation de graisses au niveau de la ceinture abdominale. La seconde consiste à mesurer le périmètre abdominal seul (la mesure se fait au niveau de la dernière côte flottante et de l'épine iliaque antéro-supérieure). Ce rapport est un bon indicateur de la répartition abdominale de la graisse et est donc le reflet de l'insulinorésistance pouvant engendrer un diabète de type 2 et des maladies cardiovasculaires ainsi que d'autres formes de maladies chroniques. Ce risque serait néanmoins différent pour un périmètre abdominal donné selon les populations.

1.2. Données épidémiologiques

Selon l'étude ObEpi-Roche de mars 2012 (2), portant sur l'évolution du surpoids et de l'obésité en France depuis 1997, la France comptait environ 6 922 000 personnes obèses en 2012 soit 3 356 000 de plus que 15 ans auparavant. Néanmoins, l'évolution entre 2009 et 2012 n'est pas significative et correspondrait peut être à un ralentissement de la progression.

L'obésité concernait 15% des français en 2012 avec une prévalence plus importante chez les femmes (15,7% *versus* 14,3% chez les hommes), notamment chez les femmes jeunes (de 18 à 25 ans).

En 15 ans, le poids moyen de la population a augmenté de 3,6kg et le tour de taille moyen de 5,3cm.

La répartition nationale de l'obésité se fait selon un gradient décroissant Nord-Sud et selon un gradient décroissant Est-Ouest. De plus la prévalence de l'obésité est inversement proportionnelle à la taille de l'agglomération.

Il existe un gradient social net de l'obésité, resté le même depuis 15 ans : elle serait associée à un niveau de vie plus faible.

L'obésité s'accompagne également d'une augmentation des facteurs de risque cardiovasculaires. En effet, la prévalence de l'hypertension artérielle est de 17,6% et augmente avec l'âge. En 2012, le risque d'être traité pour de l'hypertension artérielle était multiplié par 3,6 chez les personnes obèses par rapport aux sujets ayant un IMC normal.

De même, 14,7% des femmes obèses sont traitées pour un excès de cholestérol ou de triglycérides. La prévalence des dyslipidémies traitées est donc multipliée par 2,7 en cas d'obésité.

Et enfin le diabète de type 2 concerne 4,9% des femmes obèses.

La probabilité d'avoir trois facteurs de risque cardiovasculaires traités augmente avec l'IMC : il est quatorze fois plus important chez des sujets obèses que chez ceux de corpulence normale.

1.3. Obésité et santé sexuelle

Pendant longtemps l'obésité a été associée à une absence de sexualité. Or, l'étude sociologique de N. Bajos réalisée en 2010 portant sur les conséquences de l'obésité sur la santé sexuelle rapporte que les femmes obèses ne sont pas moins actives sexuellement et qu'il est donc essentiel qu'elles bénéficient d'une contraception efficace (3).

Celle-ci a également permis d'observer que les femmes obèses âgées de moins de 30 ans ont quatre fois plus de risque de débiter une grossesse non désirée ou d'avoir recours à

une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) par rapport aux femmes ayant un IMC normal. D'après l'auteur, elles sont aussi moins susceptibles de recourir aux soins de santé pour la contraception. Elles sont moins à même d'utiliser une contraception orale hormonale et utilisent huit fois plus de méthodes contraceptives moins efficaces telles que le retrait, par rapport aux femmes ayant un IMC normal. L'utilisation du retrait comme méthode contraceptive est d'autant plus importante que l'IMC est élevé (3).

Les résultats de cette étude ont également mis en évidence que l'image de soi varie avec le sexe et que les femmes sont deux fois plus susceptibles de se voir comme obèses que les hommes (3).

2. La contraception : prescripteurs, prescription et surveillance biologique, mode d'action

2.1. Les différents intervenants pour la prescription de la contraception des françaises

2.1.1. *Les gynécologues*

D'après le conseil national de l'Ordre des médecins, en France en 2014, les gynécologues, qu'ils soient gynécologues médicaux ou gynécologues obstétriciens sont au nombre de 6870. Soit une densité de 7,8 pour 100 000 femmes de 15 ans et plus. Leur répartition sur le territoire français est très inhomogène avec des zones quasiment dépourvues de gynécologues (4).

L'âge moyen est de 55 ans. En effet, la profession compte 52,5% de gynécologues âgés de 60 ans et plus et seulement 0,9% de moins de 40 ans, ainsi il est estimé que d'ici 6 ans, 60% de ces médecins partiront en retraite (5). Depuis 2008, la démographie des gynécologues a diminué de 30,5%.

2.1.2. Les sages-femmes

Depuis 2009 les sages-femmes peuvent réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve d'adresser la patiente à un médecin en cas de situation pathologique.

Elles sont donc habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et hormonaux. Elles peuvent également assurer l'insertion, le suivi et le retrait des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs (art R.4127-318 du code de la santé publique) (6).

2.1.3. Les médecins généralistes

Selon les données du conseil national de l'Ordre des médecins, La France compte actuellement 90 630 médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre des médecins. La densité est donc de 134,7 médecins pour 100 000 habitants. Là encore leur répartition sur le territoire français est inhomogène, il existe ainsi des zones où l'accès aux soins médicaux est très faible.

La population des médecins généralistes est également vieillissante avec un âge moyen de 52 ans. La part des 60 ans et plus représente actuellement 25,8% des médecins généralistes, et, seulement 13,8% d'entre eux ont moins de 40 ans. Depuis 2006 la démographie des médecins généralistes a diminué de 6,6% (4).

D'après l'étude OpinionWay de 2011 portant sur l'accès des femmes à la santé (7), 13% des femmes ont recours à leur médecin généraliste pour assurer leur suivi gynécologique.

2.1.4. Les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF)

En 2011 la France recensait 1 200 centres et 390 établissements répartis sur le territoire. Ces centres de planification trouvent leur origine dans la loi de Neuwirth de 1967 qui les a institués pour accompagner la diffusion des méthodes contraceptives.

Les CPEF peuvent assurer, entre autres, la prescription de la contraception et le suivi gynécologique de prévention. Ce sont également les seules structures à pouvoir assurer une totale confidentialité à travers une dispense d'avance de frais et de ticket modérateur. Ces conditions sont prévues par la loi pour les mineurs seuls mais sont souvent étendues au plus de 18 ans qui désirent garder le secret par rapport à leur entourage familial. Les mineurs représentent 30% du public accueilli (8).

2.2. Modalités de prescription et surveillance biologique (9)

La consultation de contraception est divisée en différentes parties. Elle commence par un entretien clinique portant sur l'âge, la profession, les habitudes de vie (telles que le tabagisme, les pratiques sexuelles...) et la recherche d'éventuels antécédents personnels, familiaux ou d'épisodes en cours :

- D'accidents thromboemboliques veineux profonds ou artériels
- D'hypertension artérielle
- De maladie métabolique (diabète, hypercholestérolémie, hypertriglycémie)
- De nature médicale, chirurgicale ou gynéco-obstétricale (notamment des infections sexuellement transmissibles, une grossesse extra-utérine ou une pathologie utérine)

Ensuite la consultation se poursuit avec un examen clinique divisé en deux temps : un examen général (comprenant le poids et la taille pour le calcul de l'IMC et une mesure de la tension artérielle avec un brassard adapté) et un examen gynécologique avec une palpation mammaire.

Au cours de cet entretien, une information doit être délivrée sur l'ensemble des méthodes contraceptives pouvant être proposées à la patiente.

Si une méthode hormonale est envisagée, pour une patiente n'ayant pas d'antécédents personnels ou familiaux de maladie métabolique ou thromboembolique, ne fumant pas et

ayant un examen clinique normal, le premier bilan sanguin est à réaliser dans les trois à six mois suivant la prescription de la contraception. Il comprend le cholestérol total, les triglycérides et une glycémie à jeun. Il doit être renouvelé tous les cinq ans pour les femmes ayant un IMC normal et plus fréquemment pour les femmes obèses notamment en cas de prise de poids. Cependant il n'existe pas de consensus pour les femmes obèses, des recommandations seraient à établir. En cas d'antécédents familiaux d'hyperlipidémie, ce bilan doit être réalisé avant la prescription de la contraception œstroprogestative et doit être renouvelé dans les trois à six mois suivant sa mise en place.

Une consultation de suivi a lieu trois mois après la mise en place de la contraception pour vérifier sa bonne tolérance. Ensuite le suivi est annuel.

En cas d'anomalie de l'hémostase ou d'antécédents familiaux thromboemboliques veineux profonds documentés (ayant touché un apparenté au premier degré avant l'âge de 50 ans), une recherche d'anomalie favorisant la thrombose veineuse doit être réalisée si une contraception œstroprogestative est envisagée. La patiente doit donc être orientée vers un spécialiste de l'hémostase.

Si la pose d'un Dispositif intra-utérin (DIU) est envisagée, il faut éliminer une grossesse en cours. Pour les femmes de moins de 25 ans et en cas de changement de partenaire, un prélèvement vaginal doit être réalisé avant la pose. Cette dernière est également précédée d'un examen gynécologique bimanuel pour estimer la taille, la forme et la position de l'utérus. Les consultations de suivi ont lieu à un ou trois mois de la pose pour vérifier la bonne tolérance du DIU, sa bonne position et l'absence d'inflammation pelvienne. Ensuite le suivi est annuel.

2.3. Modes d'actions des différents moyens de contraception

2.3.1. *Les œstroprogestatifs combinés*

Les œstroprogestatifs agissent à trois niveaux, qu'ils soient pris par voie orale, cutanée ou vaginale.

Ils ont une action au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire : en effet, les œstrogènes et les progestatifs bloquent la libération des gonadotrophines hypophysaires. Ils inhibent le pic de *Luteinizing Hormon* (LH) d'où l'absence d'ovulation. C'est le rôle essentiel du progestatif et on admet que 50µg d'éthinylestradiol bloquent également le pic ovulatoire de LH. On peut considérer que c'est le progestatif seul qui assure l'inhibition de l'axe.

Ils agissent également au niveau local. L'association des œstrogènes et des progestatifs entraîne une atrophie de l'endomètre le rendant impropre à la nidation. Ils modifient également la glaire cervicale qui devient plus épaisse et empêche ainsi le passage des spermatozoïdes (10).

2.3.2. *Les progestatifs seuls*

En micropilule, ils ont une action locale en épaississant la glaire cervicale et constituent ainsi un obstacle à l'ascension des spermatozoïdes. Ils créent également une atrophie de l'endomètre. Cependant, ils ne bloquent pas l'ovulation et laissent persister une sécrétion œstrogénique endogène pouvant créer une hyperœstrogénie relative (responsable de mastodynies) (10).

L'implant sous-cutané agit de la même façon au niveau local mais il inhibe également l'ovulation en inhibant la libération de gonadotrophines par l'axe hypothalamo-hypophysaire (10).

En dispositif intra-utérin, le progestatif entraîne un épaississement de la glaire cervicale et, le faible passage plasmatique du lévonorgestrel supprime l'ovulation dans 25% des

cycles. De plus, le progestatif entraîne une atrophie de l'endomètre le rendant impropre à la nidation et diminuant ainsi le volume des menstruations (10).

2.3.3. *Le dispositif intra-utérin au cuivre*

Installé dans la cavité utérine il provoque des modifications biochimiques et morphologiques au niveau de l'endomètre nuisant au transport des spermatozoïdes. Les ions cuivre ont également un effet direct sur leur mobilité, diminuant en outre leur capacité à pénétrer la glaire cervicale. Le stérilet n'a aucun effet sur l'ovulation, néanmoins, il n'y aura pas de fécondation. En effet le DIU crée une réaction inflammatoire au niveau de l'endomètre entraînant ainsi une leucocytose et une libération de prostaglandines. Ces dernières agissent simultanément au niveau du col, de la cavité utérine et des trompes où elles empêcheraient la fécondation de l'ovule par le spermatozoïde (11).

2.3.4. *La contraception d'urgence*

Il existe deux méthodes de contraception d'urgence : la pilule du lendemain (ou pilule d'urgence) et le dispositif intra-utérin au cuivre.

Deux pilules d'urgences sont aujourd'hui commercialisées :

- Norlevo® qui contient 1,5mg de Lévonorgestrel et doit être prise dans les 72 heures suivant le rapport non protégé.
- Ellaone® qui contient 30mg d'Ulipristal d'acétate et doit être prise dans les cinq jours suivant le rapport non protégé.

Ces contraceptions d'urgence évitent la grossesse en empêchant ou en retardant l'ovulation. Elles pourraient également éviter la fertilisation de l'œuf en agissant sur la muqueuse cervicale ou en diminuant la capacité des spermatozoïdes à se fixer sur l'ovule.

Elles ne font plus effet lorsque le processus de nidation a commencé et elles ne provoquent pas l'avortement. Leur efficacité varie entre 52 et 94%, ceci est d'autant plus vrai qu'elles sont prises rapidement après le rapport non protégé. De plus, Ellaone® est deux à trois fois plus efficace que Norlevo®. L'efficacité de la contraception d'urgence est inversement proportionnelle à l'IMC (12).

Lorsqu'il est inséré dans les cinq jours suivant un rapport non protégé, le DIU au cuivre est la méthode la plus efficace de contraception d'urgence. Il cumule deux modes d'action : tout d'abord le cuivre a un effet cytotoxique sur les gamètes et inhibe ainsi la fécondation. De plus, l'inflammation locale de l'endomètre qu'il engendre empêche la nidation. Le DIU a une efficacité de plus de 99% lorsqu'il est inséré dans les cinq jours suivant le rapport possiblement fécondant (13).

3. Obésité et contraception

3.1. Fertilité de la femme obèse

L'obésité est associée à une moindre fertilité des femmes même chez celles ovulant normalement. En effet, des études montrent que le délai de conception est plus long de trois mois pour les femmes en surpoids et de neuf mois pour les femmes obèses. Cette diminution de la fertilité peut être expliquée de différentes façons : l'obésité entraînerait des modifications au niveau de l'endomètre dans un premier temps et l'insulinorésistance modifierait la composition du liquide folliculaire (augmentation des taux d'insuline, de triglycérides, de la protéine C réactive et des lactates et diminution de la *Sex Hormone Binding Globuline* (SHBG)) (14).

Certaines femmes obèses peuvent également souffrir d'un Syndrome des Oaires Polykystiques (SOPK) entraînant une dysovulation imputable à des modifications des hormones sexuelles : elle pourrait être due à un taux élevé d'insuline dans l'organisme et serait donc par conséquent plus fréquent chez les femmes obèses. Il se caractérise par

une augmentation inhabituelle de la production d'androgènes et de testostérone associée à une diminution de la concentration des protéines porteuses des stéroïdes sexuels (SHBG). Par ailleurs, le rapport estrone/estradiol plasmatique est augmenté. Tout ceci aboutit à un déséquilibre des hormones sexuelles et induit des anomalies ovulatoires. Au lieu d'être libérés au moment de l'ovulation, les ovules évoluent en kystes et s'accumulent dans les ovaires, qui augmentent alors parfois de volume (15).

Ainsi, la fertilité de la femme obèse est modifiée non seulement du fait d'une dysovulation mais également du fait d'une atteinte endométriale et d'anomalies ovocytaires. Pourtant, l'étude de N. Bajos met en avant le paradoxe suivant : les femmes obèses de moins de 30 ans ont quatre fois plus de risque de déclarer une grossesse non désirée ou d'avoir recours à une IVG que les femmes de poids normal (3).

3.2. Effets du poids sur la contraception hormonale

L'échec de la contraception hormonale chez les femmes obèses peut être lié à une plus grande activité de l'axe hypothalamo-hypophysaire : ainsi, le temps nécessaire pour obtenir une concentration d'hormones optimale pour inhiber cet axe est plus long de trois à cinq jours par rapport aux femmes ayant un IMC normal. De plus, le taux d'échec de la contraception diminue avec l'augmentation de la durée d'utilisation et l'âge des patientes (14).

L'étude de J. Dinger de 2010 portant sur l'efficacité de la contraception orale en fonction de l'IMC, de l'âge et d'autres facteurs a montré que la différence d'efficacité des pilules ne serait pas due au dosage en ethinylestradiol mais au choix du progestatif. Le poids de la patiente aurait peu d'effet sur l'échec de la contraception s'il s'agit du desogestrel, du gestodène, de la drospirénone ou du lévonorgestrel. Mais, un IMC ≥ 30 et un poids ≥ 75 kg réduit l'efficacité de la contraception orale contenant de l'acétate de Chlormadinone. Cette dernière molécule étant très lipophile, elle s'accumule dans les tissus adipeux, entraînant ainsi une modification du volume de distribution et donc des taux sous-

thérapeutiques temporaires de l'hormone (16). Il est à noter que cette molécule n'a pas l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour la contraception.

Au final, les femmes de poids normal et les femmes obèses utilisant une contraception œstroprogestative de façon cohérente ont une suppression ovarienne importante et comparable. Les taux d'échecs de contraception plus important chez les femmes obèses sont peu susceptibles d'être attribuables à des différences physiologiques des contraceptions combinées mais pourraient être dus à des différences comportementales dans la prise de pilule (17).

Néanmoins, la contraception œstroprogestative reste plus efficace que les méthodes barrières (telles que le préservatif, les spermicides...) chez les femmes obèses (18).

3.3. Obésité, risque cardio-vasculaire, et contraception

Les maladies cardiovasculaires regroupent les accidents vasculaires cérébraux, les cardiopathies coronariennes et les pathologies vasculaires périphériques. L'obésité prédispose à un certain nombre de facteurs de risque cardiovasculaires comme l'hypertension artérielle, l'élévation du taux de cholestérol et l'altération de la tolérance au glucose (1). Nous savons également que la contraception œstroprogestative augmente l'intolérance aux hydrates de carbone et les taux de triglycérides (19). La vitesse d'apparition d'une de ces maladies est fonction de l'importance du surpoids.

L'obésité augmente de 3,3 fois le risque de Maladie Thromboembolique Veineuse (MTEV) par rapport aux femmes ayant un IMC normal. En effet, une augmentation de l'IMC est associée à des taux plus élevés de facteurs pro-thrombotiques tels que les facteurs VII, VIII et XII et le fibrinogène. De plus, chez les patientes obèses ayant un antécédent de MTEV, il a été constaté une augmentation du taux des protéines C réactives (18).

Par ailleurs, l'obésité a des effets mécaniques directs sur la zone veineuse du fait de l'augmentation de la pression intra-abdominale, entraînant une diminution du retour

veineux. Ces effets peuvent causer une hypertension veineuse, une insuffisance veineuse qui favorisent le développement de MTEV (18). L'obésité est donc un facteur de risque de thrombose.

En ce qui concerne la contraception œstroprogestative, les utilisatrices d'œstrogènes par voie orale ont un risque de MTEV augmenté quel que soit le statut de leur IMC par une activation de la coagulation sanguine via une augmentation du fragment de prothrombine 1 et 2 dans la concentration plasmatique. Les effets des œstrogènes par voie orale sont probablement dus à l'effet du premier passage hépatique qui conduit à des concentrations plus élevées de l'hormone dans le foie et pourrait ainsi modifier la synthèse des protéines hépatiques. Le risque de MTEV dépend donc du type de progestatif, mais aussi de la concentration en œstradiol et de l'équilibre œstroprogestatif (20).

La contraception orale œstroprogestative est aussi associée à un sur-risque de MTEV, en particulier pour les 3^e ou 4^e générations (Risque Relatif (RR) 3 à 4) par rapport aux 1^{ère} ou 2^e générations (RR 1 à 2) (21). La conjonction de la contraception œstroprogestative orale/ obésité décuple ce risque (RR 9,8), ainsi il est préférable de prescrire à ces patientes des contraceptions contenant un progestatif de 1^{ère} ou 2^e génération (19).

3.4. La contraception de la patiente obèse

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2013, la seule méthode contraceptive absolument contre-indiquée chez la patiente obèse est le progestatif injectable. Chez les femmes obèses de moins de 35 ans et n'ayant pas de facteur de risque associé, il est prouvé que les avantages des méthodes combinées l'emportent sur les risques théoriques. Ainsi, les contraceptions œstroprogestatives peuvent leur être proposées (22). Cependant, l'obésité étant un facteur de risque en soit, l'association avec un facteur de risque qui constitue une contre-indication relative telle que l'âge supérieur à 35 ans, le tabagisme supérieur à 15 cigarettes par jour, un

antécédent de phlébite, un état migraineux avec aura, un diabète de type 2 sans complications vasculaire constitue une contre-indication absolue à la prescription de la contraception œstroprogestative (22).

Cependant, chez les femmes ayant subi une chirurgie bariatrique, comme par exemple un by-pass, toutes les contraceptions orales doivent être évitées du fait de la malabsorption (22).

En 2008, l'Organisation Mondiale de la Santé a décrit des critères de recevabilité médicale pour la contraception. Ainsi, les pilules progestatives correspondent au niveau 1. La contraception œstroprogestative (orale, anneau ou patch) est classée au niveau 2 à condition que d'autres facteurs cardiovasculaires ne soient pas présents. Le niveau 2 correspond à un état où les avantages de la méthode contraceptive l'emportent sur les risques théoriques. En revanche, dès que l'IMC est supérieur à 35, la contraception œstroprogestative est classée à un niveau 3, c'est-à-dire en contre-indication relative, et les stérilets et les pilules progestatives sont alors recommandées (22).

Cependant, certaines méthodes contraceptives nécessitent d'être adaptées chez ces patientes (19). Bien que le poids excessif soit un facteur de risque important chez elles, il ne faut pas en oublier d'en rechercher d'autres tels que le tabagisme ou l'âge comme chez n'importe quelle autre patiente ayant un IMC normal.

3.4.1. Les contraceptions œstroprogestatives

Comme cité précédemment, le temps nécessaire pour que les hormones inhibent l'axe hypothalamo-hypophysaire est plus long de 3 à 5 jours chez les patientes obèses. Il est donc nécessaire de prescrire une méthode locale barrière pendant une semaine pour que la patiente soit protégée (19).

Pour ce qui est de la contraception orale, il semble que les pilules ayant un intervalle libre réduit entre deux plaquettes (24 comprimés actifs et 4 jours d'arrêt) ou celles ayant une prise en continu soient intéressantes chez ces patientes (19).

Il existe peu de données concernant le patch contraceptif mais il perdrait de son efficacité lorsqu'il est placé sur l'abdomen du fait d'une diminution de 25% de sa biodisponibilité (19). L'anneau vaginal quant à lui, semble avoir la même efficacité chez les patientes obèses et chez celles ayant un IMC normal (19). Cependant, ces deux méthodes contraceptives étant assimilées à des pilules de 3^e génération, ne sont pas recommandées chez les patientes obèses (22).

3.4.2. Les contraceptions progestatives

Les pilules progestatives semblent avoir la même efficacité chez les patientes obèses (17).

L'implant contraceptif est également efficace mais nécessite d'être retiré plus précocement : en effet son efficacité dure moins longtemps (deux ans au lieu de trois) (19).

3.4.3. Les stérilets

Les stérilets en cuivre ou contenant du lévonorgestrel (Mirena® ou Jaydess®) ont des effets locaux sur le milieu utérin et n'ont pas d'interaction avec le poids des femmes (19). Leur problème réside en des techniques d'insertion plus difficiles. En effet cela nécessite d'avoir des instruments plus longs et des tables d'examen adaptées pour la mise en place du DIU (23).

3.4.4. La contraception d'urgence

Il existe trois variables à l'efficacité de la contraception d'urgence :

- La date du rapport en fonction du moment du cycle
- L'existence d'une nouvelle relation sexuelle non protégée après la prise de la contraception d'urgence
- L'IMC : qui a l'impact le plus significatif

L'étude d'Anne Glasier de 2011 a montré une diminution de l'efficacité du Lévonorgestrel (Norlevo®) en lien avec l'augmentation de l'IMC. La limite d'efficacité de Norlevo® a été fixée à 70kg par rapport à un poids de 88kg pour l'ulipristal d'acétate (Ellaone®).

Ainsi, les femmes présentant un $IMC \geq 25$ devraient utiliser Ellaone® ou mieux encore, un stérilet au cuivre dans les cinq jours suivant le rapport non protégé (24).

Dans tous les cas, la balance bénéfice/risque de la contraception chez une femme obèse doit être réévaluée au moins une fois par an (19).

A travers ce mémoire, nous avons voulu réaliser un état des lieux des méthodes contraceptives chez les femmes obèses afin d'évaluer leur satisfaction. Pour réaliser notre étude nous sommes partis de la question suivante : Les femmes obèses bénéficient-elles d'une contraception adaptée ? Utilisent-elles des méthodes contraceptives moins efficaces ? Auraient-elles plus recours à la contraception d'urgence ? Ont-elles un suivi gynécologique moins régulier et si oui pourquoi ?

Afin de compléter notre problématique nous avons également envoyé des questionnaires aux professionnels pour étudier leurs pratiques prescriptives.

MATERIEL ET METHODE

1. Choix des populations

L'étude a été menée auprès de deux populations pour lesquelles ont été établis deux questionnaires différents :

- Une population de jeunes femmes ayant un $IMC \geq 30$ et ayant accouché au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Caen entre 2010 et 2012.
- Une population de professionnels médicaux faisant des consultations de contraception : des gynécologues hospitaliers et libéraux, des sages-femmes libérales et des médecins généralistes exerçant dans des centres de planifications.

1.1. Les patientes

Pour les jeunes femmes, nous avons fait le choix de ne nous intéresser qu'aux patientes ayant un $IMC \geq 30$ et ayant accouché entre 2010 et 2012 au CHU de Caen. Ont été exclues les femmes pour lesquelles la grossesse a donné naissance à un enfant mort-né ou ayant eu une interruption médicale de grossesse. Nous avons ainsi distribué 192 questionnaires par mail entre juillet et octobre 2014.

1.2. Les prescripteurs

L'enquête menée auprès des prescripteurs avait pour objectif de faire un état des lieux des pratiques actuelles concernant la prescription de la contraception chez les femmes obèses. Elle s'intéressait également à leur opinion professionnelle concernant le sujet. Cette étude a été menée auprès de différentes professions :

- 140 questionnaires ont été distribués aux gynécologues du CHU de Caen et en secteur libéral en Normandie et en Bretagne.

- 12 questionnaires ont été distribués à des sages-femmes libérales de Basse-Normandie faisant de la consultation gynécologique de prévention et de contraception.
- 16 questionnaires ont été distribués aux médecins généralistes exerçant dans des CPEF en Basse-Normandie.

2. Méthodologie de l'étude

2.1. Elaboration des questionnaires

- Questionnaire destiné aux patientes (Annexe I)

Ce questionnaire était constitué de plusieurs parties :

- La première partie du questionnaire étudiait le profil socio-démographique des patientes. Pour le poids, la taille et l'âge les questions étaient ouvertes. Pour les items concernant le statut matrimonial, le niveau d'étude, les éventuelles pathologies de la patiente et le nombre d'enfants, nous avons utilisé des questions à choix multiples avec la possibilité d'affiner la réponse si nécessaire.
- La seconde partie du questionnaire comportait dix questions portant sur la contraception de la patiente, son suivi gynécologique et ses habitudes sexuelles.
- La troisième partie du questionnaire ne comportait qu'une seule question ouverte sur le ressenti de la patiente lors de la consultation de gynécologie.

Dans aucune des questions il n'a été fait mention de l'obésité pour ne pas orienter les patientes dans leurs réponses.

➤ Questionnaire destiné aux prescripteurs (Annexe II)

Cette enquête avait pour objectif d'évaluer les pratiques actuelles concernant la prescription de la contraception chez la femme obèse et se déroulait selon deux axes :

- Les deux premières questions concernaient le statut professionnel et le nombre d'années d'exercice.
- Les six dernières questions étaient à choix binaire (Oui/Non) concernant la pratique quotidienne en consultation. La dernière comportait une partie ouverte permettant d'affiner la réponse du praticien.

Ce questionnaire n'avait pas pour objectif d'évaluer les connaissances des prescripteurs mais leurs pratiques uniquement.

2.2. Démarches administratives

Afin de réaliser l'étude auprès des patientes, nous avons dans un premier temps demandé à avoir l'accès aux dossiers d'orthogénie afin de cibler une population plus large. Cette demande ayant été refusée, nous avons fait une demande auprès de Nathalie Lamendour, sage-femme informaticienne du CHU de Caen afin de sélectionner notre population.

2.3. Modalités de distribution des questionnaires

La liste informatisée des patientes répondant aux critères d'inclusion de l'étude nous a permis d'obtenir leurs coordonnées téléphoniques (logiciel 4D). Nous avons ainsi contacté 500 patientes par téléphone pour leur présenter l'étude et solliciter leur participation sans mentionner que cette dernière concernait les femmes obèses. En cas d'accord, le questionnaire ainsi qu'un courrier explicatif leur était envoyé par mail via

Google Drive. Leurs réponses nous étaient transmises automatiquement de façon anonyme. Ainsi, 192 questionnaires ont été distribués.

Pour l'enquête auprès des praticiens, nous avons pris contact avec eux pour leur proposer de participer à l'étude. Les questionnaires, ainsi qu'une lettre explicative ont été envoyés de deux manières différentes :

- Par mail via Google Drive pour ceux possédant une adresse mail
- Par courrier pour ceux ne possédant pas d'adresse mail

Au total, 168 questionnaires ont été distribués aux prescripteurs.

2.4. Recueil des données

Les questionnaires ont été construits à l'aide du site Google Drive.

Les données recueillies ont été enregistrées sur informatique à l'aide du logiciel Microsoft® Excel.

L'étude a été menée entre les mois de juillet et d'octobre 2014 avec deux relances, en aout et en septembre. Il n'y a pas eu de relances pour les questionnaires envoyés par courrier.

2.5. Analyse des données

Les analyses statistiques ont été réalisées avec l'aide de l'Unité de Biostatistique et de Recherche Clinique du CHU de Caen sous le logiciel SPSS (version 22) et plus particulièrement, l'interne Monsieur Rémi De Mil.

Des tests de Student ont été utilisés lors des comparaisons de moyenne. Pour les comparaisons de pourcentages, nous avons utilisé des tests de chi-2. On observe une différence significative lorsque $p < 0,05$.

RESULTATS

1. Questionnaires destinés aux patientes

1.1. Taux de participation

Sur les 192 questionnaires distribués, 115 ont été récupérés et étaient exploitables. Ce qui équivaut à un taux de participation de 60%.

Après calcul de l'IMC actuel des patientes constituant notre population, il s'est avéré que seules 96 d'entre elles présentaient effectivement un IMC ≥ 30 . Les patientes en surpoids ont constitué un groupe différent ayant permis de réaliser une analyse comparative en fonction de l'IMC.

1.2. Caractéristiques de la population étudiée

Tableau II : Caractéristiques de la population étudiée

	n	%		n	%
âge (ans)			Rapports sexuels		
Moyenne	33,1		Oui, réguliers	86	92,5
18-25	2	2,08	Non	7	7,5
26-35	62	64,58	Nombre de partenaires		
>35	32	33,33	Un seul	85	100
Indice de masse corporelle (kg/m²)			Plusieurs	0	0
Moyenne	35,6		Nombre d'enfants		
Classe I: 30 à 34,99	55	57,29	Un seul	30	31,6
Classe II: de 35 à 39,99	27	28,13	2 ou plus	65	68,4
Classe III: ≥ 40	14	14,58	Pathologie		
Niveau d'études			Aucune	75	78,9
BEP ou CAP	16	17,40	1 seule	19	20
Bac	29	31,50	> 1	1	1,1
Bac +2	25	27,20	Diabète	4	4,21
\geq Bac + 3	22	23,90	Hypertension artérielle	4	4,21
Situation matrimoniale			Dyslipidémie	3	3,15
En couple	89	94,7	Antécédent de phlébite	3	3,15
Célibataires	5	5,3	Autres pathologie ne contre-indiquant pas la prescription de la contraception hormonale	7	7,37

La moyenne d'âge de ces patientes était de 33,1 ans. La plus jeune et la plus âgée avaient respectivement 25 et 43 ans.

L'IMC moyen était de 30,4. L'IMC le plus bas et le plus élevé étaient respectivement de 30,04 et 56,46.

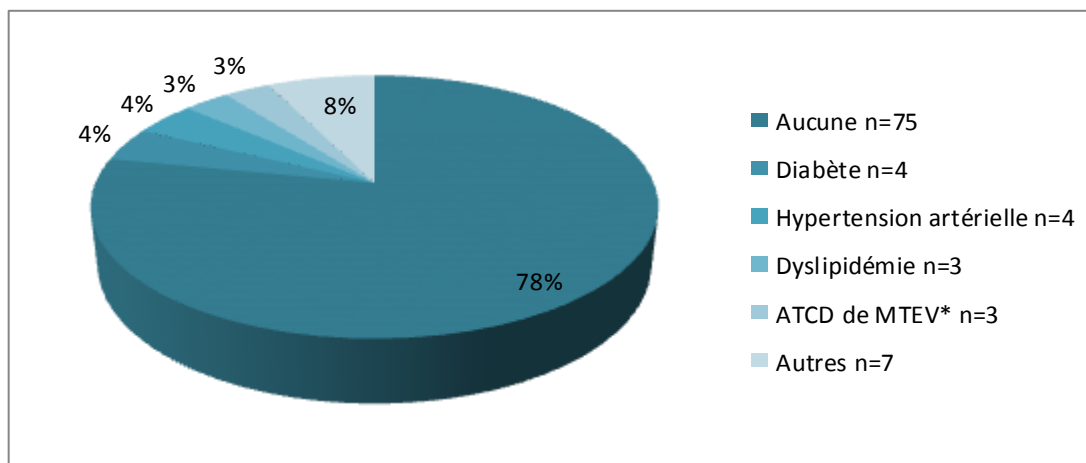


Figure 1 : Répartition des pathologies des patientes obèses

*MTEV : maladie thromboembolique veineuse

1.3. Le suivi gynécologique

81,1% des patientes de notre population ont déclaré avoir un suivi gynécologique régulier annuel et 19,9% ne pas en avoir.

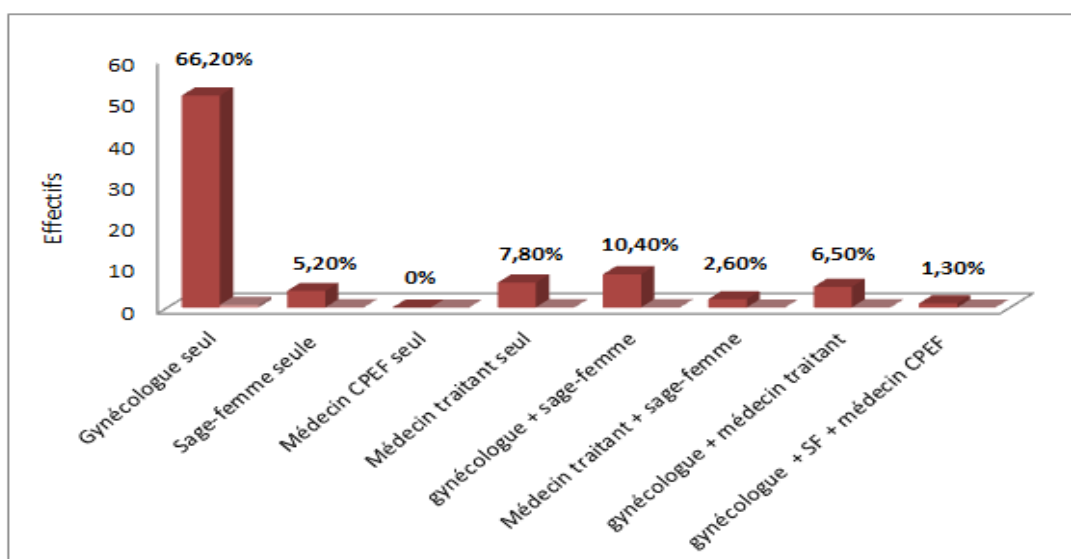


Figure 2: Répartition des différents professionnels choisis par les patientes obèses pour leur suivi gynécologique

Parmi les patientes non suivies, les motifs invoqués étaient le manque de temps dans 47% des cas (n=8), la peur du jugement pour 17,6% d'entre elles (n=3) et 23,5% d'entre elles ne voyaient pas l'intérêt du suivi gynécologique (n=4). Et enfin, 35,3% des femmes interrogées avaient invoqué d'autres motifs (n=6).

1.4. La contraception

Tableau III: Méthodes contraceptives chez la femme obèse

	n	%		n	%
Contraception actuelle			Convenance de la contraception actuelle		
Oui	83	88,3	Oui	68	81,9
Non	11	11,7	Non	15	18,1
Durée d'utilisation (années)			Difficultés liées à la prise d'une pilule		
Moyenne	4,9		Jamais d'oubli	19	48,7
< 1	9	11,25	L'oubli parfois	14	35,9
1 à 2	27	33,75	L'oubli souvent (plusieurs fois par mois)	6	15,4
≥ 2 à < 5	21	26,25	Recours à la contraception d'urgence		
5 à < 10	9	11,25	Oui	25	27,2
≥ 10	14	17,25	Non	67	72,8
Méthodes contraceptives les plus utilisées			ATCD de grossesse sous contraception		
Pilule œstroprogestative	9	11,11	Oui	14	14,9
Pilule microprogestative	13	16,04	Non	80	85,1
Anneau	2	2,5	Pilule œstroprogestative	11	68,75
Dispositif intra-utérin	37	45,7	Pilule microprogestative	2	12,5
Implant	2	2,5	Dispositif intra-utérin	2	12,5
Préservatifs	13	16,04	Spermicides	1	6,25
Retrait	2	2,5	ATCD d'interruption volontaire de grossesse		
Spermicides	1	1,23	Aucune	75	80
Patch	1	1,23	1 seule	16	17
Contraception d'urgence	1	1,23	2	1	1
			≥ 2	2	2

*ATCD: antécédent

88,3% des femmes obèses interrogées utilisaient un moyen de contraception au moment de l'étude : pour 11,11% d'entre elles il s'agissait d'une pilule œstroprogestative, 16,04% une pilule microprogestative, 45,7% un dispositif intra-utérin, 2,5% un anneau vaginal,

2,5% un implant sous-cutané, 1,23% le patch contraceptif, 1,23% la contraception d'urgence et 1,23% des spermicides.

16,04% des femmes utilisaient le préservatif : 46% d'entre elles le couplait à un autre moyen de contraception.

2% des patientes interrogées pratiquaient la méthode du retrait mais conjointement à un autre moyen de contraception.

Aucune d'entre elles n'utilisait de méthode dite naturelle telle que la courbe de température, l'étude de la glaire cervicale ou le moniteur de contraception (Figure 3).

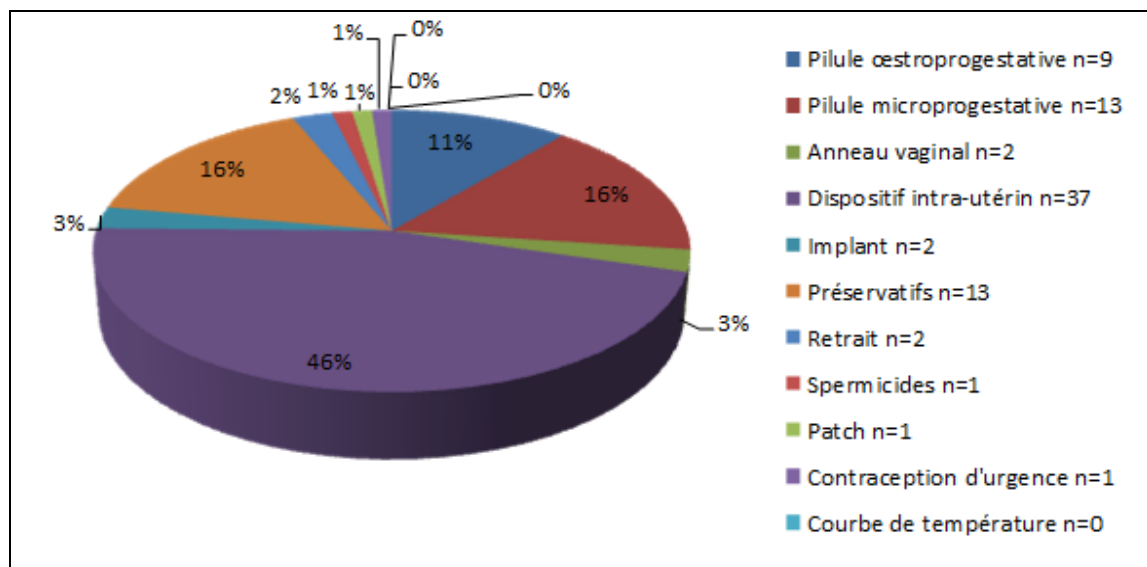


Figure 3: Les moyens de contraception utilisés par les femmes obèses

75% des femmes obèses n'ont jamais eu recours à une IVG, 17% en avait déjà eu une seule, 1% en avait eu deux et 2% en avaient eu deux ou plus.

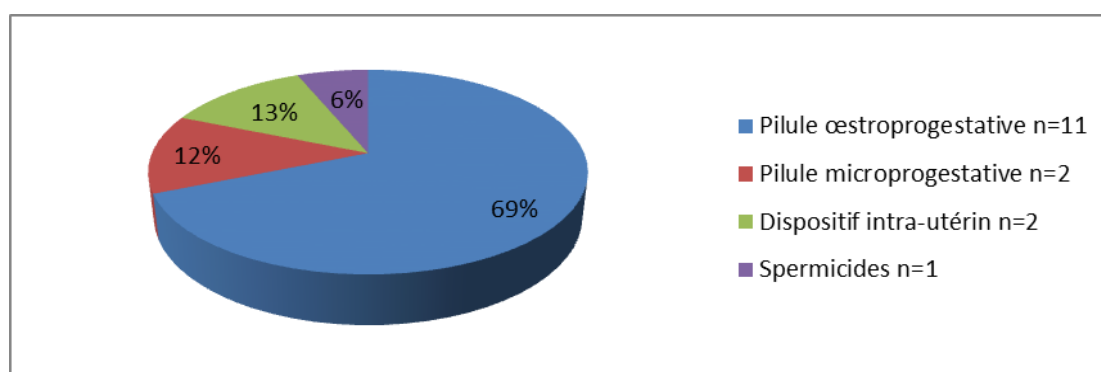


Figure 4: Répartition des méthodes contraceptives sous lesquelles les femmes obèses ont débuté une grossesse

1.5. Informations relatives à la contraception

Tableau IV: Informations relatives à la contraception

	n	%		n	%
EI cités lors de la prescription			Interruption précoce à cause des EI		
Aménorrhée	29	23	Oui	19	21,6
Spotting	22	17,5	Non	69	78,4
Prise de poids	23	18,3	Informations suffisantes		
Acné	11	8,7	Oui	69	83
Céphalées	13	10,3	Non	14	17
Mastodynies	10	8	Mode de choix		
Troubles de l'humeur	9	7,1	Imposé	21	25,3
Troubles de la libido	9	7,1	Choix personnel	62	74,7
Nombre d'EI cités					
Aucun	30	36,15			
1 seul	24	29			
2	8	9,64			
≥3	21	25,3			

*EI: effets indésirables

36,15% des femmes interrogées n'ont reçu aucune information relative aux effets indésirables inhérents à la contraception lors de sa prescription. 29% n'en ont eu qu'un seul de cité, 9,64% en avait eu deux et 25,30% en avaient eu trois ou plus. Les principaux effets indésirables cités lors de la prescription de la contraception sont référencés dans la figure 5 ci-dessous.

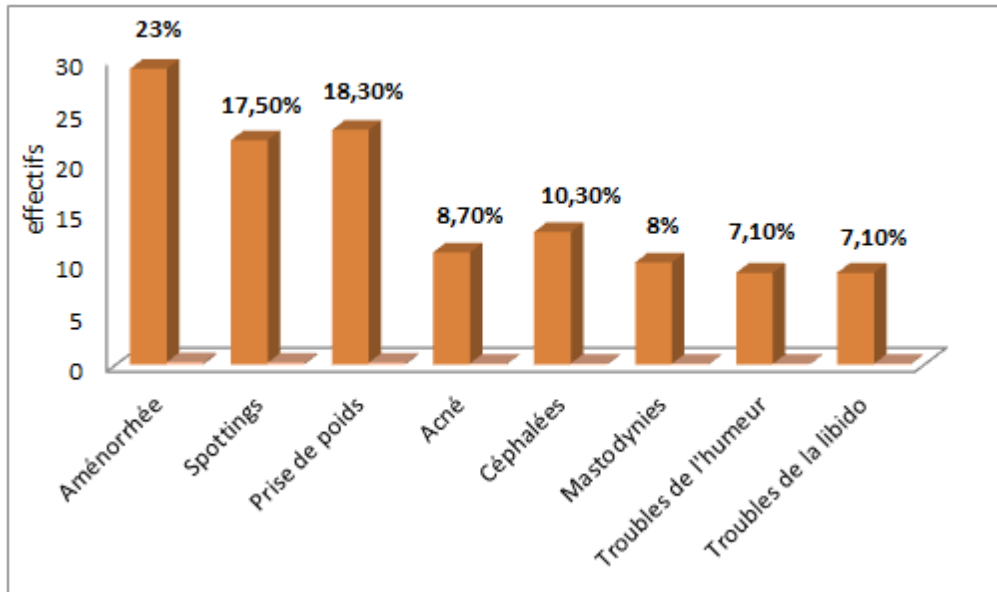


Figure 5: Principaux effets indésirables cités lors de la prescription de la contraception

1.6. La consultation gynécologique

Tableau V: Ressenti lors de la consultation gynécologique

	n	%
Ressenti lors de la consultation		
A l'aise	46	55,4
Gênée	37	44,6
Motifs de gêne		
Examen/pudeur	32	36,3
Manque d'écoute, d'informations	6	6,82
Réflexions sur le poids	10	11,36
Homme	8	1
Peur du jugement	4	4,54

A la question ouverte sur la consultation gynécologique, 44,6% des femmes obèses ont confié leur malaise lors de cette consultation. Les principaux motifs évoqués sont répertoriés dans la figure 6. Cependant, il est à noter que les 55,4% des patientes qui ont déclaré se sentir à l'aise lors de cette consultation mettaient en avant le fait d'avoir un professionnel à l'écoute et attentif à leurs demandes.

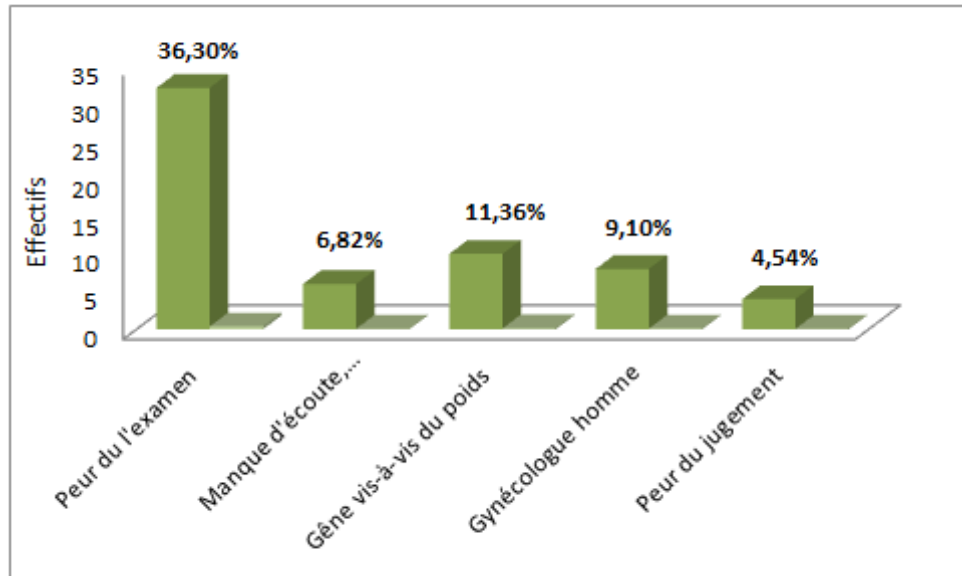


Figure 6: Principaux motifs de gêne cités par les patientes lors de la consultation gynécologique

1.7. Analyses comparatives en fonction de l'IMC

Ces analyses avaient pour but de rechercher s'il existait ou non une différence significative au niveau comportemental avec l'augmentation de l'IMC chez les femmes obèses. Les différents paramètres étudiés étaient :

- Le niveau d'étude
- La régularité du suivi gynécologique
- L'utilisation ou non d'une contraception au moment de l'étude
- La satisfaction vis-à-vis de ce moyen de contraception
- Les antécédents de grossesse sous contraception
- Les antécédents d'IVG
- Les antécédents d'utilisation de la contraception d'urgence
- Le mode de choix de la contraception
- La gêne ressentie lors de la consultation de gynécologie

Pour cela nous avons d'abord recherché un lien entre l'augmentation de l'IMC moyen et les comportements (Tableau VI). Nous n'avons observé aucune différence significative

mise à part pour le niveau d'étude. En effet, on constatait que le niveau d'étude diminuait significativement lorsque l'IMC augmentait ($p=0,017$).

Tableau VI: Comparaisons en fonction de l'IMC selon un test de Student

		IMC			
		Effectif	Moyenne	Ecart-type	P
Niveau d'étude	Bac+3 et plus	28	32,98	4,01	0,017 globalement bac vs bac+2: 0,03 bac vs bac+3 et plus:0,06
	Bac + 2	30	33,47	5,70	
	Bac	31	36,20	5,37	
	BEP/CAP	22	34,47	4,94	
	Total	111	34,31	5,17	
Suivi gynécologique	Non	21	34,10	4,80	0,642
	Oui	92	34,41	5,22	
	Total	113	34,35	5,13	
Contraception actuelle	Non	12	33,94	3,87	0,847
	Oui	100	34,37	5,28	
	Total	112	34,32	5,14	
Satisfaction de la contraception	Non	17	35,81	6,22	0,169
	Oui	83	34,07	5,06	
	Total	100	34,37	5,28	
Grossesse sous contraception	Oui	16	32,89	3,69	0,218
	Non	96	34,56	5,32	
	Total	112	34,32	5,14	
ATCD d'IVG	Non	92	34,00	4,80	0,21
	Oui	20	35,79	6,41	
	Total	112	34,32	5,14	
Nombre d'IVG	0	92	34,00	4,80	
	1	17	34,36	4,40	
	2	1	56,46	.	
	3 et +	2	37,54	1,29	
	Total	112	34,32	5,14	
ATCD de contraception d'urgence	Non	79	34,26	5,23	0,534
	Oui	31	34,61	5,11	
	Total	110	34,35	5,18	
Mode de choix de la contraception	Imposée par le professionnel	24	34,30	5,74	0,657
	Après information éclairée	76	34,39	5,17	
	Total	100	34,37	5,28	
Gêne lors de la consultation gynécologique	A l'aise	66	34,36	3,87	0,27
	Gênée	49	33,46	3,65	
	Total	105	34,02	3,72	

La seconde analyse (Tableau VII) consistait à séparer les patientes obèses en deux groupes : les femmes ayant une obésité modérée (IMC compris entre 30 et 34,99) et celles ayant une obésité sévère (IMC \geq 35). Là encore, aucune différence significative n'a été mise en évidence.

Tableau VII: Comparaison entre les femmes ayant un IMC compris entre 30 et 34,99 avec celles ayant un IMC \geq 35 selon un test du Chi²

		IMC						P
		IMC entre 30 et 34,99		IMC supérieur ou égale à 35		Total		
		Effectif	% ligne	Effectif	% ligne	Effectif	% ligne	
Niveau d'étude	BEP	8	36,4%	9	40,9%	22	100,0%	0,144
	Bac	13	41,9%	16	51,6%	31	100,0%	
	Bac + 2	18	60,0%	7	23,3%	30	100,0%	
	Bac+3 et plus	15	53,6%	7	25,0%	28	100,0%	
	Total	54	48,6%	39	35,1%	111	100,0%	
		IMC						P
		IMC entre 30 et 34,99		IMC supérieur ou égale à 35		Total		
		Effectif	% colonne	Effectif	% colonne	Effectif	% colonne	
Suivi gynécologique	Non	10	18,2%	8	20,0%	21	18,6%	1
	Oui	45	81,8%	32	80,0%	92	81,4%	
	Total	55	100,0%	40	100,0%	113	100,0%	
Contraception actuelle	Non	6	10,9%	5	12,8%	12	10,7%	0,848
	Oui	49	89,1%	34	87,2%	100	89,3%	
	Total	55	100,0%	39	100,0%	112	100,0%	
Satisfaction de la contraception	Non	7	14,3%	8	23,5%	17	17,0%	0,52
	Oui	42	85,7%	26	76,5%	83	83,0%	
	Total	49	100,0%	34	100,0%	100	100,0%	
Grossesse sous contraception	Non	45	81,8%	35	89,7%	96	85,7%	0,626
	Oui	10	18,2%	4	10,3%	16	14,3%	
	Total	55	100,0%	39	100,0%	112	100,0%	
ATCD d'IVG	Non	44	80,0%	31	79,5%	92	82,1%	0,4
	Oui	11	20,0%	8	20,5%	20	17,9%	
	Total	55	100,0%	39	100,0%	112	100,0%	
ATCD de contraception d'urgence	Non	42	79,2%	25	64,1%	79	71,8%	0,243
	Oui	11	20,8%	14	35,9%	31	28,2%	
	Total	53	100,0%	39	100,0%	110	100,0%	
Mode de choix de la contraception	Imposée par le professionnel	14	28,6%	7	20,6%	24	24,0%	0,603
	Après information éclairée	35	71,4%	27	79,4%	76	76,0%	
	Total	49	100,0%	34	100,0%	100	100,0%	

2. Questionnaire destiné aux prescripteurs

2.1. Taux de participation

Sur les 168 questionnaires envoyés aux professionnels de santé (gynécologues, sages-femmes libérales et médecin en CPEF), 53 d'entre eux nous ont été retournés. Ceci équivaut à un taux de réponse de 31,5%.

2.2. Caractéristiques des professionnels interrogés

Tableau VIII : Caractéristiques des professionnels interrogés

	n	%
Profession		
Gynécologues	42	80,8
Sages-femmes	6	11,5
Médecins en CPEF	4	7,7
Durée d'exercice (années)		
Moyenne	24,4	
< 5ans	7	13,2
5 à 10	4	7,55
11 à 20	3	5,65
≥ 21	39	73,6

2.3. La consultation de contraception de la femme obèse

Tableau IX: La consultation de contraception de la femme obèse

	n	%
Matériel/cabinet adapté		
Oui	38	73
Non	14	27
Abord du surpoids systématique		
Oui	48	90,6
Non	5	9,4
Femmes obèses plus gênées		
Oui	29	55,8
Non	23	44,2

2.4. Prescription de la contraception à la femme obèse

Tableau X: Prescription de la contraception à la femme obèse

	n	%		n	%
Difficultés de prescription			Une contraception plus efficace		
Oui	25	47,2	Oui	41	77,4
Non	28	52,8	Non	12	22,6
Choix laissé à la patiente			Pilule œstroprogestative	1	2,1
Oui	21	40,3	Pilule microprogestative	8	16,7
Non	31	59,6	Dispositif intra-utérin	37	77
			Implant	2	4,2
			Préservatifs	0	0
			Patch	0	0
			Anneau vaginal	0	0

Lors de l'étude, moins de la moitié des professionnels interrogés (47,2%) ont témoigné de leur difficulté lors de la prescription de la contraception à la femme obèse. De plus, 59,6% d'entre eux estimaient ne pas laisser le choix de la contraception à cette population de femmes (Tableau X).

Les analyses réalisées n'ont pas permis de mettre en évidence de relation significative entre la profession et les éventuelles difficultés à la prescription ($p=0,216$) (Tableau XI).

Tableau XI: Relation entre les difficultés de prescription de la contraception à la patiente obèse et la profession selon un test de Chi²

	Difficulté à la prescription						
	Non		Oui		Total		P
	Effectif	% ligne	Effectif	% ligne	Effectif	% ligne	
Professionnel de santé							0,216
Gynécologue	24	57,1%	18	42,9%	42	100,0%	
Sage-femme	1	16,7%	5	83,3%	6	100,0%	
Médecin en CPEF	2	50,0%	2	50,0%	4	100,0%	
Total	27	51,9%	25	48,1%	52	100,0%	

Nous avons montré que les prescripteurs se sentant en difficulté lors de la prescription, toutes professions confondues, ont tendance à moins laisser le choix de leur contraception aux femmes ayant un $IMC \geq 30$ ($p=0,036$) par rapport à ceux se sentant à l'aise avec le sujet (Tableau XII).

Tableau XII: Relation entre le choix laissé à la patiente obèse, la profession et les difficultés de prescription selon un test de Chi²

		Choix laissé à la patiente						p
		Non		Oui		Total		
		Effectif	% ligne	Effectif	% ligne	Effectif	% ligne	
Professionnel de santé	Gynécologue	25	61,0%	16	39,0%	41	100,0%	0,881
	Sage-femme	3	50,0%	3	50,0%	6	100,0%	
	Médecin en CPEF	2	50,0%	2	50,0%	4	100,0%	
	Total	30	58,8%	21	41,2%	51	100,0%	
Difficulté à la prescription	Non	13	46,4%	15	53,6%	28	100,0%	0,036
	Oui	18	75,0%	6	25,0%	24	100,0%	
	Total	31	59,6%	21	40,4%	52	100,0%	

Tableau XIII: Relation entre le temps d'exercice et les difficultés de prescription selon un test de Student

		Temps d'exercice			
		Effectif	Moyenne	Ecart-type	p
Difficulté à la prescription	Non	28	25,0	12,3	0,159
	Oui	25	23,5	10,0	
	Total	53	24,3	11,2	

77,4% des professionnels interrogés ont considéré qu'il y avait un moyen de contraception plus efficace qu'un autre pour les patientes obèses : pour 77% d'entre eux il s'agissait du DIU (Figure 7).

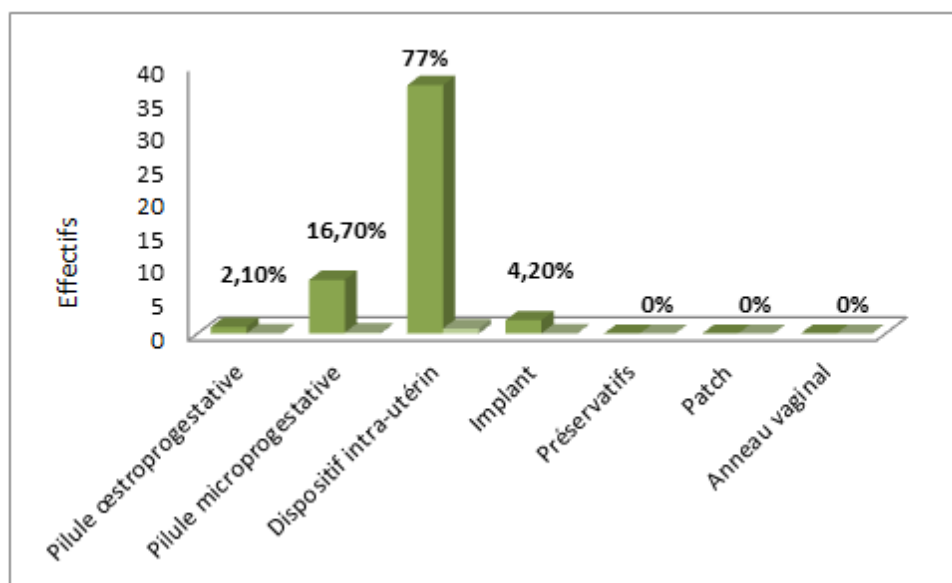


Figure 7: Méthodes contraceptives considérées comme les plus efficaces par les professionnels de santé pour les femmes obèses

ANALYSE/DISCUSSION

1. Critique de l'étude

1.1. Points positifs

1.1.1. Etude portant sur les femmes obèses

Le but de cette étude était de faire un état des lieux des différents moyens de contraception utilisés par les femmes obèses, et d'évaluer leur satisfaction.

1.1.1.1 Choix de la méthode

La prise de contact préalable par téléphone nous a permis de nous présenter, nous et notre étude et d'améliorer le taux de participation. Les patientes avaient alors l'occasion de poser des questions inhérentes au sujet choisi ce qui nous permettait d'éclairer les objectifs de notre enquête.

Le questionnaire diffusé par internet, a permis aux patientes d'y répondre rapidement et de façon simple (toutes les patientes avaient une adresse mail active).

1.1.1.2 Le questionnaire

En ne mentionnant pas lors de l'entretien téléphonique que l'étude s'intéressait aux femmes obèses, nous n'avons ainsi évité d'orienter les réponses et espérons avoir obtenu les réponses les plus honnêtes possibles.

Lors de cet appel, nous avons précisé que la dernière question était une question ouverte où elles pourraient s'exprimer à propos de la consultation gynécologique et de nombreuses femmes semblaient heureuses d'avoir l'occasion de parler de leur ressenti.

Suite au pré-test du questionnaire, nous avons modifié certaines questions afin que les réponses soient le plus exploitables possibles. Ainsi, la question 8 qui était initialement « Avez-vous un suivi gynécologique régulier ? » est devenue « Avez-vous un suivi gynécologique régulier (tous les ans) ? ». De même pour la question 18 sur le mode de

choix de la contraception actuelle : initialement cette dernière comportait 3 items, « Imposée ou « conseillée » par le professionnel », « Choix personnel », « Après informations claires du professionnel ». Nous avons décidé de réunir les deux derniers items pour ainsi avoir « Imposée » ou « conseillée » par le professionnel » et « Choix personnel après informations claires du professionnel ».

1.1.2. Enquête auprès des professionnels

Le questionnaire étant constitué de peu de questions et ces dernières étant principalement à choix binaire, tous ceux qui nous ont été renvoyés étaient complets et exploitables.

1.2. Points négatifs

1.2.1. Etude portant sur les femmes obèses

1.2.1.1 Choix de la méthode

En utilisant les dossiers obstétricaux des patientes ayant accouché au CHU de Caen entre 2010 et 2012, nous nous sommes confrontés au changement de coordonnées de nombreuses femmes depuis leur accouchement, ce qui a réduit l'effectif de notre population, diminuant ainsi la puissance de l'étude.

1.2.1.2 Choix de la population

L'accès aux dossiers d'orthogénie n'ayant pas été possible, nous avons donc dû utiliser les dossiers obstétricaux comme base. Ainsi, les femmes nullipares, celles n'étant pas en couples et les femmes plus jeunes ont été exclues. La diversité de notre population s'en est donc trouvée réduite. En effet ces femmes font partie de celles ayant, a priori, une vie

sexuelle active plus et sont donc concernées par la nécessité d'avoir une contraception efficace. Tout cela a créé un biais de sélection des patientes.

Par ailleurs, il aurait été intéressant d'inclure des femmes ayant un IMC normal à notre étude, ainsi, l'analyse comparative de nos résultats (femmes obèses versus IMC normal) aurait peut-être permis de mettre en évidence d'éventuelles différences comportementales.

1.2.1.3 Le questionnaire

L'outil n'a pas pu analyser le rapport tour de taille sur tour de hanche permettant d'étudier la répartition des graisses. Ainsi, certaines femmes considérées comme obèses selon l'IMC pourraient en réalité ne pas l'être. Nous avons donc un éventuel biais d'inclusion.

Lorsque nous nous intéressons à leur niveau d'étude, nous avons considéré que les patientes ayant le plus bas niveau d'étude étaient celles ayant le Brevet d'Etudes Professionnelles (BEP) ou le Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP). Nous n'avons pas pris en compte les patientes n'ayant pas de diplôme ou ayant arrêté leurs études plus précocement.

De plus, pour la question portant sur les effets indésirables cités lors de la consultation de contraception, nous avons fait appel aux souvenirs des patientes remontant à un entretien pouvant avoir eu lieu quelques mois voire quelques années auparavant. Un biais mnésique est donc inhérent à cette question.

1.2.2. Enquête auprès des professionnels

1.2.2.1 Choix de la population

Les questionnaires ont été très majoritairement distribués aux gynécologues, à quelques sages-femmes et à des médecins pratiquant en CPEF. Nous n'avons inclus aucun médecin

traitant, et avons ainsi créé un biais de sélection de la population. Nous avons fait ce choix, car en pratique, il est difficile de savoir quels sont les médecins traitants qui font du suivi gynécologique.

Le faible taux de réponse entraîne un manque de puissance de l'étude. Les résultats énoncés reflètent donc plus une tendance qu'une vérité pouvant être étendue à la population générale.

De plus, en interrogeant principalement des gynécologues, nous nous sommes adressés à des professionnels plus spécialisés dans la contraception et donc plus confrontés aux cas plus complexes comme la contraception de la femme obèse.

1.2.2.2 Le questionnaire

La dernière question « Pensez-vous qu'il existe une méthode contraceptive plus efficace qu'une autre pour les femmes obèses » aurait dû être complétée par une autre question « Pensez-vous qu'il existe une méthode contraceptive plus adaptée qu'une autre pour les femmes obèses » car certains praticiens se sont sentis obligés de compléter leur réponse.

2. Analyse/ Discussion

2.1. Caractéristiques socio-médicales

Notre enquête a montré que le niveau d'étude variait en fonction de l'IMC ($p=0,017$). En effet, plus ce dernier était élevé et plus le niveau d'étude avait tendance à diminuer. Cette tendance est conforme à l'enquête ObEpi de 2012 (2) selon laquelle l'obésité touche toutes les catégories socio-professionnelles même si la prévalence est moins nette dans les catégories supérieures. De plus la prévalence de l'obésité et le tour de taille augmentent chez les individus se déclarant en difficulté financière par rapport à ceux se déclarant à l'aise financièrement. L'étude de N. Bajos (3) montrait également que les

personnes obèses étaient plus susceptibles de ne pas avoir de formation au-delà de 16 ans.

L'étude a également montré que 78,9% des patientes interrogées ne souffraient d'aucune pathologie. Sur ce point nos résultats concordent avec ceux de l'enquête ObEpi de 2012 (2) quant à la distribution des pathologies, néanmoins, la prévalence de notre étude est plus faible. Ces discordances peuvent être dues à la différence de population. En effet, contrairement à l'étude ObEpi, nous n'avons intégré que des femmes en âge d'avoir une contraception dans notre échantillon alors qu'eux avaient intégré des hommes ainsi que toutes les catégories d'âge.

2.2. Obésité et sexualité

Sur l'ensemble des femmes interrogées, 94,7% d'entre elles étaient en couple et 92,5% avaient des rapports sexuels réguliers avec un seul partenaire. Parmi les 7,5% n'ayant pas de rapports réguliers figuraient les cinq patientes célibataires mais également deux autres qui étaient en couple au moment de l'étude. Sur ce point, notre enquête semble être en accord avec l'enquête nationale française sur les comportements sexuels de N. Bajos en 2010 (3). En effet, d'après cette étude, pour une même tranche d'âge, les femmes obèses déclarent plus souvent vivre avec un partenaire sexuel régulier que les femmes ayant un IMC normal mais, elles sont moins à même que ces dernières d'avoir un partenaire sexuel occasionnel. Il n'y aurait pas de différence quant à la fréquence des rapports sexuels selon l'IMC. D'après cette étude, les femmes obèses étaient significativement moins susceptibles que celles ayant un IMC normal de considérer que la sexualité est importante pour leur équilibre de vie personnelle.

2.3. Obésité et IVG

Notre enquête a montré que seules 15,9% des femmes ont débuté une grossesse alors qu'elles étaient sous contraception, principalement sous pilule œstroprogestative (69%). Et, 79,8% n'avaient jamais eu recours à une IVG. Sur ces deux points, l'analyse n'a pas montré de lien entre les IVG et l'augmentation de l'IMC (respectivement $p=0,218$ et $p=0,21$). Nos résultats révélaient des chiffres inférieurs à ceux de la population générale. En effet, d'après le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes (25), une femme sur trois a recours à une IVG dans sa vie.

Nos résultats sont en contradiction avec ceux de N. Bajos de 2010 (3) qui montraient que la probabilité de déclarer une grossesse non désirée ou un avortement était quatre fois plus élevée chez les femmes obèses de moins de 30 ans que chez les femmes de poids normal. Cependant, l'étude ne retrouvait pas cette association avec les femmes en surpoids. Néanmoins, nos résultats étaient en faveur de l'étude de B. Kaneshiro de 2008 (26), qui affirmait qu'il n'y avait pas d'association entre l'obésité et les grossesses non désirées. Il est à noter que la prévalence de l'obésité en France ne cesse d'augmenter alors que le taux d'IVG reste stable, nous pourrions expliquer que nos résultats se rapprochent de ceux de la population générale (25).

En ce qui concerne le recours à la contraception d'urgence, nos résultats montraient que 27,2% des patientes interrogées y avaient déjà eu recours. Nos chiffres étaient légèrement supérieurs à ceux de la littérature. En effet, d'après le Baromètre santé de l'INPES 2010 (27), 24% des femmes de 15 à 49 ans déclaraient avoir utilisé la contraception d'urgence au moins une fois dans leur vie. Sur ce point, les femmes obèses semblent néanmoins se rapprocher de la population générale.

2.4. Obésité et contraception

Les résultats de la partie suivante sont en relative contradiction avec ceux de l'étude de N. Bajos menée en 2010 (3). Ces différences pourraient s'expliquer par les effectifs plus faibles de notre échantillon entraînant un manque de puissance de l'étude mais aussi par le fait que nous avons sélectionné une population moins diversifiée entraînant ainsi un biais de sélection. Nous pouvons également penser que, notre étude ayant été menée quatre ans plus tard, les pratiques contraceptives aient évolué depuis.

2.4.1. *Le suivi gynécologique*

Dans notre population, 80,2% des patientes interrogées affirmaient avoir un suivi gynécologique annuel. Nos chiffres correspondaient à ceux de la population générale : en effet, d'après l'étude d'OpinionWay sur les femmes et l'accès à la santé menée en 2011 (7), 81% des femmes ont un suivi gynécologique régulier.

Parmi celles déclarant consulter régulièrement un professionnel de santé, elles étaient 19,75% à consulter de manière concomitante des praticiens de différentes spécialités. Le gynécologue semble être le professionnel de choix pour les patientes obèses (66,2% des patientes le consulte seul), alors que seulement 7,8% se font suivre par un médecin généraliste et 5,20% par une sage-femme. Sur ce point également, nous sommes proches des chiffres de la population générale énonçant que 68% des femmes sont suivies par des gynécologues et 13% par des médecins généralistes (7).

L'étude n'a pas montré de lien significatif entre l'augmentation de l'IMC et la régularité du suivi.

Nos résultats sont en contradiction avec ceux de l'enquête nationale sur les comportements sexuels (3) qui observent que les femmes obèses étaient moins susceptibles d'avoir recours aux services de santé pour la contraception au cours de l'année précédente. Ces différences pourraient être dues au fait que nous n'avons

interrogé que des multipares, or, la grossesse peut les sensibiliser à l'importance du suivi gynécologique et les amener à consulter plus facilement que les nullipares.

2.4.2. *Obésité et moyens contraceptifs utilisés*

Notre enquête a montré que 88,2% des femmes interrogées utilisaient un moyen de contraception au moment de l'étude. La durée moyenne d'utilisation de la contraception était de 4 ans et 11 mois. Ce résultat est identique à celui de la population générale : d'après le Baromètre santé 2010 de l'INPES : 90,2% des femmes sexuellement actives utilisent une méthode de contraception (27).

Le moyen de contraception le plus utilisé était le dispositif intra-utérin à 45,7% contre 26% dans la population générale (27).

La prévalence du stérilet chez les femmes obèses de l'étude pourrait s'expliquer de différentes façons.

En effet, d'après l'enquête Fecond de 2012 (28), il existerait une norme contraceptive en France : les femmes utiliseraient le préservatif en début de vie sexuelle, seul ou en association avec la pilule. Les femmes abandonnent le préservatif lorsque la relation s'installe, au profit de la pilule seule qui devient le principal mode de contraception utilisé par les femmes avant 45 ans. L'utilisation de la pilule diminue de façon progressive au profit du DIU. Ce dernier n'est le plus souvent prescrit que lorsque le nombre d'enfants souhaité est atteint. Il devient ainsi la méthode de contraception la plus utilisée à partir de 45 ans. Or, les femmes ayant participé à notre étude sont toutes multipares.

De plus, cette enquête avait mis en avant que le type de suivi médical avait des conséquences sur le choix de la méthode contraceptive : les femmes suivies par un gynécologue utilisaient moins la pilule que celles suivies par un médecin traitant. Cette différence venait du fait que les gynécologues se considéraient mieux formés à la pose du DIU que les médecins traitants (28). 84,4% des femmes de notre étude qui avaient un

suivi gynécologique consultaient un gynécologue, seul ou conjointement à un autre professionnel de santé.

Et enfin, d'après le questionnaire que nous avons adressé aux professionnels, nous avons constaté qu'une très large majorité d'entre eux considéraient le DIU comme la méthode contraceptive de choix pour la femme obèse. Ce choix de contraception pour ces patientes pourrait également s'expliquer par la réticence des professionnels à prescrire une contraception hormonale à des femmes ayant un risque thromboembolique plus important que celui de la population générale. Ce frein à la contraception hormonale a certainement été renforcé par les polémiques récentes à propos du risque de MTEV associé aux contraceptions œstroprogestatives amenant à une plus grande prudence lors de la prescription.

Et enfin, la part croissante du stérilet comme méthode contraceptive dans la population générale s'explique également par le fait que c'est une contraception sans contrainte assurant une observance totale et donc une efficacité optimale (indice de Pearl : 0,6) (21). Le DIU semble en effet être une des méthodes contraceptive apportant le meilleur rapport bénéfice/risque pour la femme obèse ce qui explique sa prescription importante pour cette catégorie de femmes.

Les pilules, toutes confondues, étaient utilisées par 27,15% des patientes. Nos résultats sont très inférieurs à ceux de la population générale (55,5% des françaises utilisaient une pilule en 2010) (27). Ces différences proviennent certainement de la réticence des professionnels de santé à prescrire une contraception hormonale à la femme obèse en raison de son sur-risque cardiovasculaire et thromboembolique.

13,80% des femmes obèses utilisaient le préservatif et 46% d'entre elles le couplaient à une autre de méthode de contraception. Seulement 2,13% des femmes pratiquaient la méthode du retrait mais conjointement à une autre méthode contraceptive. Et enfin, 1,10% des femmes utilisaient la pilule d'urgence comme contraception. Nous n'avons pas mis en évidence de lien entre le recours à la pilule du lendemain comme contraception et l'IMC moyen ($p=0,534$).

Parmi celles prenant la pilule, 48,7% des patientes estimaient ne jamais l'oublier, 35,9% l'oubliaient parfois et 15,4% l'oubliaient plusieurs fois par mois. Notre étude est en accord avec l'enquête nationale sur les comportements sexuels (3), en effet il n'y a pas de différence significative quant à l'utilisation d'une contraception par rapport à l'IMC ($p=0,847$). Cependant nos résultats diffèrent quant aux moyens de contraceptions utilisés. D'après cette étude, les femmes obèses utilisaient huit fois moins la pilule que les femmes ayant un IMC normal mais étaient plus à même d'utiliser des méthodes de contraception moins efficaces telles que le retrait. De plus, d'après leurs résultats, les femmes obèses utilisaient moins souvent le préservatif que celles ayant un IMC normal. Il y aurait une diminution significative de l'utilisation de la contraception orale et de l'utilisation du préservatif en faveur d'une augmentation de la méthode du retrait avec l'augmentation de l'IMC chez les femmes de moins de 30 ans. Nous étions en accord avec l'étude de M. Rodriguez et A. Edelman menée en 2011 (23) qui affirmait que les femmes obèses n'ont jamais eu une observance moindre que celles ayant un IMC normal lors de la prise de la pilule.

2.4.3. *Satisfaction, choix de la contraception et informations*

81,2% des patientes interrogées ont déclaré être satisfaites de leur contraception actuelle même si 22,5% d'entre elles considéraient qu'elle leur avait été « imposée » ou « fortement conseillée » par le professionnel. Il n'y avait pas de différence significative entre la satisfaction et l'IMC moyen ni entre le mode de choix de la contraception et l'IMC moyen ($p=0,657$).

Lorsque nous avons interrogé les professionnels de santé, seule une petite moitié d'entre eux (40,3%), toutes professions et toutes durées d'exercices confondues, laissaient le choix de leur contraception aux patientes obèses. Nous avons montré lors des études comparatives que les professionnels se sentant en relative difficulté lors de la prescription de la contraception à la patiente obèse ont tendance à ne pas leur laisser le choix de leur méthode contraceptive ($p=0,036$). Ce résultat reste faible lorsque l'on sait

que les patientes ont une meilleure observance et adhésion à leur contraception quand cette dernière résulte d'un choix personnel.

En ce qui concerne les informations relatives aux effets indésirables inhérents à la contraception, nous avons montré que 36,15% des femmes interrogées déclaraient ne pas avoir été informées à ce sujet. Seules 25,30% avaient reçu une information énonçant trois effets indésirables ou plus. Or, il a été prouvé que l'information est un élément central dans la relation de confiance entre le praticien et son patient et qu'elle contribue à la participation active de ce dernier aux soins. Le praticien se doit donc d'orienter et de conseiller au mieux la patiente pour l'aider dans son choix en lui présentant les différentes méthodes contraceptives qui s'offrent à elle, la balance bénéfique/risque éventuelle et les effets indésirables inhérents à chacune. Nous avons pu mettre en avant l'importance de ce climat de confiance entre le praticien et sa patiente grâce à la question ouverte : les femmes qui déclaraient se sentir à l'aise lors de la consultation de gynécologie mettaient fréquemment en avant le fait qu'elles consultaient un praticien à l'écoute et avec lequel il était possible de discuter. C'est pourquoi le praticien se doit, tant que possible, de respecter la méthode BERCER de l'OMS proposant un déroulement de la consultation en 6 étapes (27) :

Bienvenue : Cette première phase vise à instaurer une relation d'équivalence et à rassurer la patiente. C'est lors de cette étape que le praticien explique à sa patiente le déroulement de la consultation.

Entretien : C'est lors de cette étape que se crée réellement le dialogue entre les deux protagonistes. Le praticien recueille les informations sur sa patiente, son état de santé, ses besoins propres et ses éventuels problèmes. Elle donne lieu à un examen clinique. « Au cours de cet entretien, le soignant explore en complément de la clinique le contexte de vie de la consultante, son expérience en matière de contraception, sa vision des choses » (27).

Renseignement : Cette étape vise à la délivrance par le soignant d'une information hiérarchisée et sur mesure, compréhensible et adaptée au rythme et aux connaissances

de la patiente. L'information devra porter essentiellement sur les méthodes qui intéressent la femme ou qu'elle préfère (leurs contre-indications, les risques graves mêmes exceptionnels, leurs intérêts, leurs inconvénients et leurs coûts). Le soignant l'informe également sur les options et alternatives qu'il juge adaptées à sa patiente.

Choix : « Le soignant souligne que la décision finale appartient à la consultante seule ». Il a pour rôle de l'aider à faire son choix. Il doit s'assurer, au final, de son plein accord et de l'absence de réticences sur la méthode choisie.

Explications : Cette phase est orientée sur une explication approfondie de la méthode contraceptive choisie et de son emploi. Un jeu de rôle peut être mis en place avec la patiente pour aider à sa compréhension si nécessaire. C'est lors de cette étape que sont abordées les raisons médicales pouvant justifier son retour ainsi que la programmation et la planification de la consultation suivante.

Retour : Ce sont les consultations de suivi qui permettent de réévaluer la méthode contraceptive et de vérifier que celle-ci est toujours adaptée à la patiente. Dans le cas contraire, ou selon les souhaits de la patiente, ces consultations sont également l'opportunité de changer de méthode. Le praticien s'intéresse aux questions que se posent la patiente et s'attache à résoudre les problèmes, clinique ou d'emploi, qu'elle a pu rencontrer depuis la mise en place de la contraception. Il se doit de prendre en compte les éventuels changements qui ont pu avoir lieu dans la vie de sa patiente.

3. Pistes de réflexion

3.1. Réalisation d'une étude prospective à plus large échelle

L'analyse des questionnaires distribués aux patientes était plutôt rassurante. En effet celles-ci semblaient être relativement satisfaites de leur contraception actuelle. De plus, elles étaient nombreuses à utiliser des méthodes contraceptives efficaces. Cependant, ces résultats sont à considérer avec prudence, en effet nous ne pouvons pas les étendre à la

population générale. Pour qu'elle soit significative au plan statistique, une telle étude nécessiterait la mise en place de différentes stratégies :

- L'échantillon de patientes devrait être plus important.
- L'échantillon devrait être plus varié : pour que l'étude puisse mettre en évidence des différences ou non avec la population générale il faudrait inclure les nullipares et les femmes ayant un IMC normal et réaliser l'étude dans différentes villes.
- L'échantillon de prescripteur devrait également être plus étendu et plus important : il devrait inclure les médecins traitants ainsi qu'un plus grand nombre de sages-femmes et de médecins travaillant en CPEF.

Les résultats de notre étude reflètent donc plus des tendances pour une certaine catégorie de patientes, en l'occurrence les femmes obèses ayant déjà une vie de couple et des enfants, que des vérités pouvant être étendues à la population générale.

3.2. Renforcer la formation continue

La contraception de la femme obèse est une problématique délicate, entre autre, à cause de la balance bénéfice/risque devant constamment être prise en compte lors de sa prescription. C'est pourquoi il est essentiel pour les professionnels de participer à des formations continues afin d'actualiser leurs connaissances et d'échanger avec leurs pairs quant aux éventuelles difficultés rencontrées afin de trouver les solutions les plus adaptées possibles.

3.3. La consultation de gynécologie

Nous avons vu précédemment que la mesure de l'IMC permet de calculer la prévalence de l'obésité dans une population mais reste une mesure grossière. Cependant, en pratique seul un tiers des praticiens calculent effectivement l'IMC lors de la consultation

de gynécologie : nombreux sont ceux qui pèsent les femmes mais peu les mesurent et vont jusqu'au bout du calcul. Pour dépister les femmes obèses considérées comme plus à risque de maladie cardiovasculaire, il faudrait également mesurer le tour de taille seul ou calculer le rapport tour de taille/tour de hanche permettant d'évaluer la répartition abdominale de la graisse. En instaurant cette mesure lors de la consultation de contraception, cela permettrait aux praticiens de mieux cibler les populations à risque.

Un autre point qui pourrait être amélioré, bien que non démontré dans nos résultats, réside au niveau de l'aménagement du cabinet et du matériel utilisé pour les femmes obèses. En effet en ayant un cabinet adapté aux femmes de poids élevé, cela leur permettrait d'éviter des situations gênantes. Tous les praticiens devraient avoir :

- Une table d'examen adaptée : La charge maximale des divans gynécologiques standards est de 135kg pour un coût moyen de 3 000€. Pour une table adaptée à la femme obèse (avec une charge maximale de 385kg et une assise plus large), le prix est de 6 000€ environ.
- Un pèse-personne allant au-delà de 150kg : soit 90€ pour une charge maximale de 200kg.
- Des speculums plus longs et plus larges. Actuellement il n'en existe pas en modèle à usage unique.
- Des chaises avec une assise large (et non des fauteuils avec accoudoirs).
- Un brassard à tension adapté : il faut compter 10€ de plus que pour un brassard destiné à un adulte ayant un IMC normal.

Adapter son cabinet à une patiente obèse nécessite donc un investissement plus important mais semble néanmoins essentiel pour que cette dernière puisse se sentir à l'aise et donc soit plus à même de créer une relation de confiance avec le praticien, ce qui conditionnera son suivi gynécologique.

De plus, comme nous l'avons vu précédemment le guide de bonne pratique qu'est la méthode BERCER laisse une part très importante au dialogue et à l'information qui semble parfois faire défaut. Ce manque d'écoute et de dialogue a un impact direct sur les patientes qui ne sont alors pas en mesure de créer un lien avec le praticien et, qui, bien souvent se sentent gênées lors de la consultation car elles n'ont pas l'occasion de poser leurs questions. Pour réinstaurer ce dialogue, et donc la relation de confiance praticien/patiente, il semble nécessaire d'instaurer des créneaux de consultation plus longs. Cependant, nous avons vu précédemment qu'il y a actuellement trop peu de gynécologues pour répondre à la demande, ce qui pourrait impliquer de restreindre la durée de la consultation pour ouvrir davantage de créneaux et ainsi voir plus de patientes. De plus, nous avons vu que la démographie des gynécologues est inquiétante et que d'ici quelques années une grande partie d'entre eux cessera leur activité. Il semble donc évident que les sages-femmes et les médecins traitants vont prendre une part de plus en plus importante pour effectuer le suivi gynécologique de prévention des patientes et ainsi désengorger les cabinets de gynécologie, permettant peut être d'optimiser les bonnes pratiques en consultation.

CONCLUSION

La contraception de la femme obèse est un problème de santé publique qui se pose de plus en plus au vu de l'augmentation de l'incidence des femmes obèses. Le principal enjeu est de trouver une contraception efficace et adaptée à cette population de patientes présentant des risques cardiovasculaires et thromboemboliques plus importants que dans la population générale.

Notre enquête, réalisée au CHU de Caen auprès de patientes obèses multipares, ne concorde pas avec les dernières études publiées sur le sujet. En effet, nous avons constaté que la majorité des patientes interrogées utilisaient une contraception efficace et adaptée. Près de la moitié d'entre elles utilisaient un DIU, qui semble s'imposer comme la contraception de choix pour ces patientes du fait de son efficacité (indice de Pearl de 0,6) et de par son absence d'impact sur le risque cardiovasculaire et thromboembolique. Les pilules, toutes confondues, étaient utilisées en seconde intention (27,15% d'utilisatrices), contrairement à la tendance dans la population générale en France où elle reste majoritairement utilisée. De plus, la majorité des patientes (81,9%) étaient satisfaites de leur contraception actuelle.

Bien que les dernières recommandations de l'HAS sur le sujet affirment que seule la contraception injectable est contre-indiquée chez la femme obèse n'ayant pas d'autre facteur de risque associé, nous avons constaté que la prescription contraceptive à cette population de femmes met en relative difficulté 47,2% des professionnels.

Une information claire sur l'ensemble des moyens de contraception pouvant être proposés à la patiente obèse, sur les avantages et les inconvénients de chacun ainsi que sur leurs bénéfices/risques devrait être délivrée à la patiente lors de la consultation de contraception. Ces bonnes pratiques, parfois négligées, permettent d'instaurer un dialogue et une relation de confiance entre le praticien et sa patiente. Cet entretien doit offrir à la femme le choix de sa contraception de façon éclairée. En effet, l'écoute et l'information délivrée lors de la consultation de conditionnent le suivi et l'observance de la contraception.

Pour optimiser le suivi gynécologique des femmes obèses, il semble également nécessaire d'adapter son cabinet et d'avoir du matériel approprié. Ainsi, les femmes obèses ne seront pas mises dans des situations pouvant être gênantes pour elles, et le praticien sera plus à l'aise pour réaliser l'examen gynécologique de sa patiente.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale [En ligne]. 2003. Report N°894. [consulté le 05/12/14] Disponibilité sur Internet : http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_894_fre.pdf
2. INSERM, KANTAR HEALTH, ROCHE. ObEpi 2012: Enquête nationale sur le surpoids et l'obésité [En ligne]. 2012. [consulté le 05/12/14]. Disponibilité sur Internet: http://www.roche.fr/content/dam/corporate/roche_fr/doc/obepi_2012.pdf
3. Bajos N, Wellings K, Laborde C, Moreau C. Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. British Medical Journal [En ligne]. 2010, N°340. [consulté le 05/12/14]. Disponibilité sur Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2886194/>
4. Conseil National de l'Ordre des Médecins. (page consultée le 05/12/14). Démographie médicale en France au 1er janvier 2014. [En ligne]. <http://demographie.medecin.fr/demographie>
5. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. (page consultée le 05/12/14). Compte-rendu de l'Audition des Gynécologues médicaux du 2 février 2011. [En ligne]. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu_de_l_audition_des_Gynecologues_medicaux.pdf
6. Ordre des sages-femmes - Conseil National. (page consultée le 30/11/14). Les compétences. [En ligne]. http://ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/les_compences/index.htm
7. Auzanneau N. OpinionWay. (page consultée le 07/03/15). Les femmes et l'accès à la santé [En ligne]. 2011. http://www.opinion-way.com/pdf/20111018_sante_des_femmes_opinion_way_-_version_site.pdf
8. Inspection générale des affaires sociales. (page consultée le 05/12/14). Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale: un bilan. [En ligne]. 2011. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000405/0000.pdf>
9. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 05/12/14). Fiche mémo "conduite pratique de la contraception chez l'homme et chez la femme". [En ligne]. 2013. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_fiches_memo_document_de_travail.pdf

10. Lansac J, Lecomte P, Marret H. In: Contraception hormonale. Gynécologie pour le praticien. Elsevier Masson. 2012. p412-430.
11. Stanford JB, Mikolajczyk RT. Mechanisms of action of intrauterine devices: update and estimation of postfertilization effects. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2002 Dec;187(6):1699–708.
12. OMS. (page consultée le 05/12/14). Contraception d'urgence [En ligne]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/fr/>
13. HAS. (page consultée le 05/12/14). Fiche mémo: Contraception d'urgence [En ligne]. 2013. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf>
14. Sarfati J, Young J, Christin-Maitre S. Obésité et fertilité de la femme. Annales d'endocrinologie. 2010;(71):49–53.
15. Le Réseau canadien pour la santé des femmes. (page consultée le 07/01/15). Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK). [En ligne]. 2013. <http://www.cwhn.ca/fr/node/44805>
16. Dinger JC, Cronin M, Möhner S, Schellschmidt I, Minh TD, Westhoff C. Oral contraceptive effectiveness according to body mass index, weight, age, and other factors. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2009 Sep;201(3):263.e1–9.
17. Westhoff CL, Torgal AH, Mayeda ER, Stanczyk FZ, Lerner JP, Benn EKT, et al. Ovarian Suppression in Normal-Weight and Obese Women During Oral Contraceptive Use: A Randomized Controlled Trial. Obstetrics and Gynecology. 2010 Aug;116(2, Part 1):275–83.
18. Trussell J, Schwarz EB, Guthrie K. Obesity and Oral Contraceptive Pill Failure. Contraception. 2009 May;79(5):334–8.
19. Berdah J. Quelle contraception pour une patiente obèse. Réalité en gynécologie obstétrique [En ligne]. Janvier 2013, N°167. [consulté le 02/11/14]. Disponibilité sur Internet: <http://www.performances-medicales.com/gyneco/Encours/167/06.pdf>
20. Canonico M, Oger E, Conard J, Meyer G, Lévesque H, Trillot N, et al. Obesity and risk of venous thromboembolism among postmenopausal women: differential impact of hormone therapy by route of estrogen administration. The ESTHER Study. J Thromb Haemost. 2006;4(6):1259–65.
21. HAS. (page consultée le 05/12/14). Méthodes contraceptives: focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. [En ligne]. 2013. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf

22. HAS. (page consultée le 05/12/14). Fiche mémo contraception chez la femme à risque cardiovasculaire [En ligne]. 2013. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/contraception_chez_la_femme_a_risque_cardiovasculaire_-_annexe.pdf
23. Rodriguez MI, Edelman AB. Safety and efficacy of contraception- Why should the obese woman be any different? Reviews in Endocrine and Metabolics Disorders. 2011 Mai.
24. Glasier A, Cameron ST, Blithe D, Scherrer B, Mathe H, Levy D, et al. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. Contraception. 2011 Oct;84(4):363–7.
25. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. (page consultée le 07/02/15). Toute l'information sur l'Interruption Volontaire de Grossesse [En ligne]. <http://www.sante.gouv.fr/droit-pour-toutes-les-femmes.html>
26. Kaneshiro B, Edelman AB, Carlson NE, Nichols M, Jensen JT. The relationship between body mass index and unintended pregnancy: results from the 2002 National Survey of Family Growth. Contraception. 2008;(77):234–8.
27. INPES. (page consultée le 25/02/15). Contraception: Les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie? [En ligne]. 2011. <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp1111026.pdf>
28. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, l'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques? Population & sociétés. 2012 Sep;(492).

ANNEXES

Annexe I : Questionnaire distribué aux patientes

Bonjour, je suis étudiante sage-femme et, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, j'étudie la contraception. Cette étude n'a pas pour but de porter un jugement mais au contraire de faire tomber les idées reçues et pourquoi pas d'améliorer la prise en charge lors de la consultation gynécologique. Votre participation à mon mémoire est importante c'est pourquoi je vous demande d'y répondre avec le plus de sincérité possible. Ce questionnaire restera évidemment anonyme.

Merci d'avance.

1^{ère} partie : Dans cette première partie j'aurais besoin de renseignements généraux vous concernant :

Question 1 : Quel âge avez-vous ?.....

Question 2 : Poids..... en kg

Question 3 : Taille en cm

Question 4: Quelle est votre situation matrimoniale ?

- Vous êtes en couple
- Vous êtes célibataire
- Autre : précisez.....

Question 5 : Quel est votre niveau d'étude ? (cochez la case correspondant à votre situation)

- BEP ou CAP
- Bac (général, technologique ou professionnel)
- Bac +2 (BTS, DUT)
- ≥ Bac + 3 (licence, maîtrise)

Question 6 : Souffrez-vous de :

- de diabète
- d'un excès de cholestérol
- d'hypertension artérielle
- Avez-vous déjà fait une phlébite
- Autre :
précisez.....
.....

Question 7 : Avez-vous des enfants ?

- Oui, combien et précisez leur année de naissance :.....
- Non

2nde partie : Dans cette seconde partie je vais m'intéresser à votre contraception et à la consultation gynécologique.

Question 8 : Avez-vous un suivi gynécologique régulier (tous les ans) ?

- Oui
- non

Si oui : par qui êtes-vous suivie ?

- Gynécologue
- Médecin traitant
- Sage-femme
- Centre de planification
- Autre : précisez.....

Si non : y a-t-il une raison particulière ? (plusieurs réponses possibles)

- Manque de temps
- N'en voit pas l'intérêt
- Peur du jugement
- Autre :

Question 9 : Avez- vous des rapports sexuels réguliers depuis les 6 derniers mois?

- Oui
- non

Si oui : avec 1 ou plusieurs partenaires ?

Question 10 : Utilisez-vous un ou plusieurs moyen(s) de contraception ?

- Oui : depuis combien de temps (ex : moins de 6 mois, moins d'1 an,...).....
- non

Si oui : lequel (lesquels) : Plusieurs réponses possibles

- Pilule œstroprogestative
- Pilule microprogestative
- Anneau vaginal
- Stérilet
- Implant
- Préservatif
- Spermicides
- Patch contraceptif
- Contraception d'urgence
- Méthode naturelle : si oui laquelle ?
 - Courbe de température
 - Retrait
 - Etude de la glaire cervicale
 - Moniteur de contraception

Question 11 : Votre contraception actuelle vous convient-elle ?

- Oui
- Non

Si non : pourquoi ?

Question 12 : Lors de la prescription de votre contraception avez-vous été informée des effets indésirables inhérent à ce moyen de contraception tel que :

- Absence de règles
- Saignements plus ou moins abondants en dehors des règles
- Prise de poids
- Acné
- Maux de tête
- Douleur des seins
- Trouble de l'humeur
- Trouble de la libido

Question 13 : Vous est-il déjà arrivé d'interrompre de façon précoce votre contraception à cause d'effets indésirables ?

- Oui
- Non

Question 14 : Si vous prenez une pilule, avez-vous des difficultés liées à la prise quotidienne d'un comprimé ?

- Oui je l'oublie souvent (plusieurs fois par mois)
- Oui je l'oublie parfois
- Non je ne l'oublie jamais

Question 15 : Avez-vous déjà eu recours à la contraception d'urgence (pilule du lendemain) ?

- Oui
- Non

Si oui : combien de fois ?.....

Question 16: Avez-vous déjà été enceinte (interruption volontaire de grossesse, fausse couche et grossesse extra-utérine comprises) ?

- Oui
- non

Si oui :

- Etiez-vous sous contraception lorsque la grossesse a débuté ?
Laquelle ?
- Si vous y avez eu recours, précisez le nombre d'interruption de grossesse :

Question 17 : Estimez-vous être assez informée sur les moyens de contraception qui s'offrent à vous ?

- Oui
- Non

Question 18 : Comment avez-vous choisi votre contraception actuelle ?

- Imposée ou « conseillée » par le professionnel
- Choix personnel après informations claires du professionnel

Annexe II : Questionnaire destiné aux prescripteurs

Bonjour, je suis actuellement étudiante sage-femme en 4^{ème} année et je fais mon mémoire de fin d'études sur la contraception chez les femmes obèses. Je souhaiterai, en plus d'un questionnaire destiné à cette population, vous soumettre ce questionnaire pour avoir un point de vue de professionnels sur le sujet. Cette étude n'a pas pour but de juger votre pratique mais de faire un état des lieux des pratiques cliniques actuelles. Ce questionnaire restera évidemment anonyme.

Merci d'avance.

Question 1 : Vous êtes :

- Gynécologue
- Sage-femme
- Médecin en CPEF

Question 2 : Depuis combien de temps exercez-vous ?

Question 3 : Vous sentez vous plus en difficulté lors de la prescription de la contraception chez une patiente obèse que chez une patiente ayant un IMC normal ?

- Oui
- Non

Question 4 : Pensez-vous laisser le choix de sa contraception à une patiente obèse ?

- Oui
- Non

Question 5 : Abordez-vous systématiquement le sujet du surpoids lors de la consultation ?

- Oui
- Non

Question 6 : Pensez-vous que votre cabinet/ votre matériel soit adapté aux femmes obèses ?

- Oui
- Non

Question 7 : Avez-vous le sentiment que les femmes obèses sont plus gênées lors de la consultation gynécologique que celles ayant un IMC normal ?

- Oui
- Non

Question 8 : Pensez-vous qu'une méthode contraceptive est plus efficace qu'une autre pour cette catégorie de personnes ?

- Oui
- Non

Si oui : laquelle ? Sous quelles modalités ?

.....

.....

.....

.....

Je vous remercie sincèrement de votre participation.

RESUME

Ce mémoire avait pour objectif de réaliser un état des lieux des pratiques contraceptives chez les femmes obèses et d'évaluer leur satisfaction vis-à-vis de ces dernières. Il étudiait également les pratiques prescriptives des professionnels de santé.

L'étude a été réalisée au travers de deux questionnaires : l'un adressé aux patientes obèses ayant accouché au CHU de Caen et l'autre aux professionnels de santé prescrivant la contraception (gynécologues, sages-femmes libérales et médecins traitants exerçants au planning familial).

Notre étude a montré que les femmes obèses utilisent majoritairement des méthodes contraceptives efficaces et adaptées avec une très forte prévalence du DIU. Cependant nous avons également montré que la contraception chez la femme obèse reste une pratique jugée comme délicate par de nombreux professionnels qui se sentent en relative difficulté lors de sa prescription.

Mots-clés : contraception, obésité, gynécologie, DIU

The aim of this report was to perform an overview about contraceptive practices with obese womans and to estimate their satisfaction regarding the latter. It studies as well methods of instruction from health professionals.

The study reveals through two questionnaires: one submitted to obese patients having given birth to the "CHU of Caen", the other to health professionals prescribing the contraception (gynaecologists, self-employed midwives, attending doctors working to the family counseling).

The study had showed that obese womans use mostly contraceptive practices efficient with a very strong prevalence of the intrauterine contraceptive device. However, we also evidenced that contraception with obese womans is still a subject considered as relative difficult by a large amount of professionals, which feel in trouble during its instruction.

Keywords : contraception, obesity, gynecology, IUD