



HAL
open science

Inégalités sociales de risque métabolique en population caribéenne : quelle place pour la grossesse dans les stratégies de prévention ?

Nathalie David

► To cite this version:

Nathalie David. Inégalités sociales de risque métabolique en population caribéenne : quelle place pour la grossesse dans les stratégies de prévention ?. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01698063

HAL Id: dumas-01698063

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01698063>

Submitted on 31 Jan 2018

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.

UNIVERSITÉ DES ANTILLES
2017

FACULTÉ DE MÉDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N°2017ANTI0198

**INEGALITES SOCIALES DE RISQUE METABOLIQUE
EN POPULATION CARIBEENNE :
QUELLE PLACE POUR LA GROSSESSE
DANS LES STRATEGIES DE PREVENTION ?**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
et examinée par les enseignants de ladite Faculté

Le 23 octobre 2017

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

DAVID Nathalie

et

MUSSON Thibault

Examineurs de la thèse :

Madame Jeannie HÉLÈNE-PELAGE.....Professeur, Présidente

Monsieur Eustase JANKY Professeur, Juge

Monsieur Philippe KADHEL.....Professeur, Juge

Monsieur Philippe CARRÈRE.....Docteur, Directeur

UNIVERSITE DES ANTILLES



FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Président de l'Université : Eustase JANKY

Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Suzy DUFLO

Professeurs des Universités

Rémi NEVIERE

Physiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96

- Fax : 05 96

Bruno HOEN

Maladies Infectieuses

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 15 45

Pascal BLANCHET

Chirurgie Urologique

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87

André-Pierre UZEL

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66 - Fax : 0590 89 17 44

Pierre COUPPIE

Dermatologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

Thierry DAVID

Ophtalmologie

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

Suzy DUFLO

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

Eustase JANKY

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

Michel DE BANDT

Rhumatologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

François ROQUES

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean ROUDIE	Chirurgie Digestive CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 21 01 Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38
Jean-Louis ROUVILLAIN	Chirurgie Orthopédique CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 22 28
Christian SAINTE-ROSE	Neurochirurgie Pédiatrique Tel : 05 96
André CABIE	Maladies Infectieuses CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 23 01
Philippe CABRE	Neurologie CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 22 61
Raymond CESAIRE	Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 24 11
Michel CARLES	Anesthésiologie/Réanimation CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 96 89 11 82
Maryvonne DUEYMES-BODENES	Immunologie CH de CAYENNE Tel : 05 96 55 24 24
Régis DUVAUFERRIER	Radiologie et imagerie Médicale CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 21 84
Annie LANNUZEL	Neurologie CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 13
Louis JEHEL	Psychiatrie Adulte CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 20 44
Mathieu NACHER	Épidémiologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 24
Guillaume THIERY	Réanimation CHU de POINTE-À-PITRE/BYMES Tel : 05 90 89 17 74
Magalie DEMAR-PIERRE	Parasitologie et Infectiologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 09
Vincent MOLINIE	Anatomie Cytologie Pathologique CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50
Philippe KADHEL	Gynécologie-Obstétrique CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90
Jeannie HELENE-PELAGE	Médecine Générale Gosier Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

Mehdi MEJDOUBI

Radiologie et Imagerie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96

Professeurs des Universités Associés

Karim FARID

Médecine Nucléaire
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 55

Jocelyn INAMO

Cardiologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale
Les Abymes
Tel : 05 90 20 39 37

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE

Endocrinologie
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 00

Sébastien BREUREC

Bactériologie & Vénérologie
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 12 80

Narcisse ELENGA

Pédiatrie
CH de CAYENNE
Tel : 0590 05 94

Moana GELU-SIMEON

Gastro-entérologie
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 75 84 38

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

Louis DARCHE

Chirurgie Générale et Viscérale
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 21 01

Julia MARY

Rhumatologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 52

Florence MOINET

Rhumatologie et Médecine Interne
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 90 55 22 55

Philippe CARRERE

Médecine générale
Saint-Claude
Tel : 05 90 808405

Benoît DE RIVOYRE
benoitderivoyre@chu-guadeloupe.fr

Mathieu SEVERYNS

Cécile NABET

Nathalie DOURNON

Daphné BORJA DE MOZOTA

Hassan DEBBAGH

Natacha JACQUES-ROUSSEAU

Paul BANCEL

Astrid MONFORT

Eric PARIS

Ana Maria SAJIN

Ali GHASSANI

Aurélie PIERRE-JUSTIN

Paola GALLI-DARCHE

Clément MOUREAUX

Josué MOUNSAMY

Axiane PLACIDE

Ophthalmologie

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 14 50

Orthopédie

CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 90 55 22 28

Parasitologie et Mycologie

CH de CAYENNE
Tel : 05 94

Maladies Infectieuses

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 96

Gynécologie Obstétrique

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 0590 89 19 89

Urologie

CHU de MARTINIQUE
Tel : 0596 55 22 71

Anesthésiologie/Réanimation

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 96 89 11 82

ORL

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 93 46 16

Cardiologie

CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 72

Réanimation

CHU POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 94 3953 39

Psychiatrie

CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 44

Gynécologie Obstétrique

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 0590 89 19 89

Neurologie

CHU POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 40

Neurologie

CHU de MARTINIQUE
Tel : 0590

Urologie

CHU POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 9089 13 95

Médecine Générale

Les Abymes
Tel : 0590

Médecine Générale

CHU de MARTINIQUE
Tel : 0590

Florence NIEMETZKY

Médecine Générale
CH de CAYENNE
Tel : 0596 55 22 28

Professeurs émérites

CARME Bernard

Parasitologie

CHARLES-NICOLAS Aimé

Psychiatrie Adulte

ARFI Serge

Médecine interne

REMERCIEMENTS

À la Présidente du Jury,

Madame le Professeur Jeannie HELENE-PELAGE,

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de présider notre jury et de juger notre travail. Merci pour votre continuel dévouement pour faire progresser le Département de Médecine Générale aux Antilles-Guyane, et de soutenir les étudiants dans leurs projets.

Aux membres du Jury,

Monsieur le Professeur Eustase JANKY,

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Philippe KADHEL,

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

À notre Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Philippe CARRERE,

Merci Philippe de nous avoir encadrés et soutenus tout au long de ce projet, reçois toute notre reconnaissance pour la rigueur scientifique que tu nous as apportée et transmise à la fois.

Remerciements de Nathalie David

À ma famille,

Je tiens à remercier mes parents ainsi que mes trois sœurs Florence, Viviane et Manon, pour leur soutien tout au long de mes études en métropole, en Guadeloupe et en Guyane. J'ai eu la chance de vous avoir toujours avec moi pendant mes années d'études, pendant chaque moment. Merci pour votre inconditionnel soutien. Je vous aime fort, merci.

Merci à mes grands-parents, à mes oncles, tantes et cousines, aussi toujours présents.

Je vous aime fort.

À mes amis et mes proches,

Je souhaiterais remercier mes proches et amis, en métropole comme en Guadeloupe : Léa, Manon, Max, Jojo, Flo, Melvin, Mylène, Chacha, Jennifer, Sophie, Sydjie et Gessie qui ont toujours été présents pour moi et plein d'encouragements.

À mes colocataires,

Merci à Florent, Valou, Charline et Anissa pour vos conseils, votre soutien et surtout pour nos petits moments de détente !

À ma famille d'adoption,

Il me tient à cœur de remercier ma famille d'adoption aux Antilles, que jamais je n'oublierai, et qui ne m'a jamais laissé seule ou en difficultés. Merci à Viviane, Guillaume, Main main, Arnaud, Sophie, Jacques Poitou, Jacques Simard.

À mon camarade de thèse,

Un très grand clin d'œil à mon camarade de thèse Thibault, avec qui j'ai pris un immense plaisir à travailler aux archives ou à la maison, en temps calme comme en temps de tempête. Une belle rencontre à travers ce projet! Une équipe soudée! Prochains rendez-vous plus détendus Thibault si tu le veux bien, surf et apéro ?

Remerciements de Thibault Musson

Au Docteur Philippe Carrère,

Pour toute la patience et l'énergie que tu m'as accordées lorsque je doutais quant à mon orientation. Pour m'avoir proposé, comme une main tendue, ce travail et pour l'avoir encadré avec passion. Merci Philippe de m'avoir fait redécouvrir cette médecine digne et responsable que peut être la médecine générale.

À ma future consœur, Madame Nathalie DAVID,

Devenue ma co-thésarde, mon amie, Nath, merci pour ton optimisme et ta détermination, mais aussi pour ton humour insaisissable et réconfortant. Chose promise, chose due, le rendez-vous sous-marin tient-il toujours ?

À tous les professeurs, médecins, assistants, « faisant fonction de », infirmières, sages-femmes, aides-soignantes,

Qui depuis mon externat ont su me montrer l'importance de l'humanisme au cœur des soins.

À mes parents,

Pour l'aide d'hier, d'aujourd'hui, comme celle de demain.

À mes frères, Maxime, Robin, Raphaël,

Pour leur soutien infaillible et permanent.

À Morgane,

Toi qui m'apporte aujourd'hui le soutien par l'amour.

À tous mes amis et compagnons de vie : Nicolas, David, Jean-Émile, Manu, Virginie, Florent, Magalie, Hervé, Ninon, Colas, Paul, Thomas, Pierre (au pluriel !), Mathilde, Laure, Pierrick, Meli, Julien, Romain, Cécilia, Tristan, Maxou, etc.

Merci à vous tous pour vos encouragements, bien souvent inconscients également.

ABSTRACT

Introduction

In the Caribbean, women are vulnerable to metabolic risk. Obesity and multiparity are associated, especially among the disadvantaged women.

Objective

We aim to explore the relationship between postpartum weight retention (PPWR) and socioeconomic factors in the French West Indies.

Methods

A longitudinal study was conducted including all women who delivered at the Guadeloupean University Hospital between 2014/12/01 and 2015/08/31, except multiple pregnancy and term < 22 weeks. Data were collected on hospital records (1167) and phone interviews. Were explored: prepregnancy weight, delivery weight and weight at 18 months postpartum, education and income levels, physical activity and eating behaviors. PPWR was defined by a 18 months postpartum weight > prepregnancy weight. Linear and logistic regression were used, taking into account age, parity, gestational and obstetrical complications, alcohol and tobacco consumption, treatments affecting weight, breastfeeding, contraception.

Results

596 women could be contacted at 18 months. PPWR was observed in 64.1% of them. Among the women with low income (non-taxable) vs the women with higher income, BMI at delivery was increased by 3.9 vs 4.1 kg/m² (p=0.296), and BMI at 18 months postpartum was increased by 1.2vs 0.7 kg/m² (p=0.004). The Odds-Ratio of PPWR was 2.04 (95%CI: 1.39-3.00) in women with low income compared to the women with higher income. This OR decreased when physical inactivity and soda consumption variables were added into the model.

Conclusion

In this population, there were social disparities in PPWR potentially mediated by risky behaviors. Postpartum seems to be a critical period for obesity prevention.

Keywords

Women's health, pregnancy, obesity, socioeconomic status, Caribbean region, France

RESUME

Introduction

En Caraïbe, les femmes sont fortement exposées au risque cardiométabolique. Obésité et multiparité sont associées, surtout chez les défavorisées.

Objectif

Explorer la relation entre rétention de poids de grossesse (RPG) et facteurs socio-économiques aux Antilles françaises.

Méthodes

Une étude longitudinale portant sur les femmes ayant accouché au centre hospitalo-universitaire de Guadeloupe du 1/12/2014 au 31/08/2015, hors grossesse multiple ou terme < 22 semaines. Les données ont été recueillies sur dossiers hospitaliers et entretiens téléphoniques à 18 mois de l'accouchement. Étaient explorés : poids en début, fin de grossesse et au moment de l'entretien, ainsi que niveau d'études, revenu, sédentarité, comportements alimentaires. Un poids à 18 mois > au poids préconceptionnel définissait la RPG. Régressions logistique et linéaire à effets mixtes ont été utilisées, prenant en compte âge, parité, terme, complications obstétricales et néo-natales, alcool, tabac, traitements intercurrents, allaitement, contraception.

Résultats

Sur 1167 femmes à inclure, 596 ont pu être recontactées. Une RPG était observée chez 64,1% des participantes. Chez les femmes de faible revenu (non-imposable) versus revenus supérieurs, l'IMC préconceptionnel était augmenté en fin de grossesse de 3,9 versus 4,1 kg/m² (p=0,296), et à 18 mois de l'accouchement de 1,2 versus 0,7 kg/m² (p=0,004). L'Odds-Ratio de RPG était de 2,04 (IC95% : 1,39-3,00) chez les femmes de faible revenu. Cet OR diminuait à 1,53 quand les variables sédentarité et consommation de soda étaient ajoutées au modèle.

Conclusion

Dans cette population il existait de fortes inégalités sociales de RPG, potentiellement médiées par des comportements à risque donc accessibles à intervention.

Mots-clés

Santé des femmes, grossesse, obésité, statut socio-économique, Caraïbe, France

TABLE DES MATIERES

Abstract.....	1
Résumé	3
Liste des abréviations	7
Introduction	8
Méthodes	11
<i>Population.....</i>	<i>11</i>
<i>Recueil des données.....</i>	<i>11</i>
<i>Définitions.....</i>	<i>12</i>
Variables à expliquer.....	12
Principales variables explicatives	13
Co-variables.....	13
<i>Éthique et réglementation.....</i>	<i>14</i>
<i>Analyse statistique.....</i>	<i>14</i>
Résultats	17
<i>Caractéristiques de la population</i>	<i>18</i>
<i>Analyse bivariée des facteurs associés à la rétention de poids de grossesse.....</i>	<i>22</i>
<i>Analyse multivariée des facteurs associés à la rétention de poids de grossesse</i>	<i>24</i>
<i>Analyse de la relation entre trajectoire pondérale et facteurs socio-économiques.....</i>	<i>25</i>
Discussion.....	27

<i>Gain de poids en cours de grossesse</i>	<i>28</i>
<i>Rétention de poids de grossesse.....</i>	<i>29</i>
Conclusion	33
Références.....	35
Annexes.....	40
Index des tableaux, figures, graphiques et annexes	42

LISTE DES ABREVIATIONS

CHU	Centre hospitalo-universitaire
HTA	Hypertension artérielle
IC95%	Intervalle de confiance à 95%
IMC	Indice de masse corporelle
IOM	Institute of medicine
OBEPAR	Obésité et parité aux Antilles françaises
OR	Odds-ratio
p	p-value
RPG	Rétention de poids de grossesse

INTRODUCTION

En région caribéenne les femmes sont fortement exposées à la morbi-mortalité cardiovasculaire [1]. Les Antilles françaises - Guadeloupe et Martinique - sont situées au sud de l'arc caribéen. Elles disposent des mêmes systèmes de santé et de protection sociale que ceux développés en France métropolitaine. Les conditions socio-économiques qui y prévalent sont cependant difficiles, en particulier pour les femmes. Ces dernières sont souvent mères isolées et leurs revenus sont en moyenne inférieurs à ceux des hommes [2]. Le taux de mortalité liée aux événements cérébro-vasculaire y est relativement élevé : chez les femmes sur la période 2012-2014, il était de 52 pour 100 000 en Guadeloupe contre 37,2 pour 100 000 en France métropolitaine [3]. En Martinique sur la période 2011-2012, le taux d'incidence de premier événement cérébro-vasculaire était de 125,7 pour 100 000 en population féminine ; parmi celles de 35 à 44 ans, ce taux d'incidence avait été multiplié par quatre depuis 1998-1999 [4].

Cette situation peut s'expliquer par une forte prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire chez les femmes françaises caribéennes. En population générale guadeloupéenne en 2007, 37,3% des femmes étaient hypertendues - prise d'un traitement anti-hypertenseur ou moyenne de trois valeurs de pression artérielle $\geq 140/90$ mmHg - contre 33,1% des hommes [5]. En population consultant en centre d'examen de santé en 2014, 8,2% des femmes étaient diabétiques - prise d'un traitement antidiabétique ou [glycémie à jeun $\geq 1,26$ g/l et hémoglobine glyquée $\geq 6,5\%$] - contre 5% chez les hommes [6]. Globalement en Caraïbe, la prévalence du diabète est supérieure de 50% chez les femmes comparativement aux hommes [7]. Le surpoids semble en être responsable. La prévalence de l'obésité est

deux fois plus importante chez les femmes caribéennes que chez les hommes [8]. En Guadeloupe et Martinique en 2012, 46% des femmes étaient affectées d'obésité abdominale - tour de taille ≥ 88 cm - et 27% d'obésité générale - indice de masse corporelle ≥ 30 kg/m² - contre respectivement 15% et 17% des hommes. Aux Antilles françaises comme ailleurs, l'obésité est fortement associée à l'HTA [5] et au diabète [6].

Cette situation semble de plus traduire une particulière vulnérabilité des femmes caribéennes au risque cardiométabolique. Aux Antilles françaises, chez les femmes on observe de fortes associations entre faible niveau d'études ou de revenu et obésité, HTA ou diabète [5,6] ; chez les hommes, aucune relation n'a été mise en évidence entre diabète et niveau de revenu, ni entre obésité et niveau d'études ou de revenu. En Jamaïque, la relation entre faible niveau de revenu et diabète n'a été observée que chez les femmes [9]. En d'autres termes, en Caraïbe les femmes plus que les hommes sont susceptibles de développer des troubles métaboliques quand elles sont soumises à des conditions sociales difficiles [6]. Le problème s'est aggravé au cours des dix dernières années, tout au moins aux Antilles françaises. De 2003 à 2014, en dépit de multiples campagnes de santé publique, la prévalence de l'obésité a augmenté de 30% chez les femmes guadeloupéennes en situation de pauvreté consultant en centre d'examen de santé [10].

Ce problème impose de rénover nos stratégies de prévention. Dans la vie des femmes, il convient de mieux identifier les périodes critiques, c'est-à-dire les plus à risque de prise de poids, afin de mettre en œuvre les interventions les plus efficaces possibles. La grossesse peut constituer une de ces périodes critiques. Une prise excessive de poids en cours de grossesse et une perte insuffisante de ce poids à distance de l'accouchement peuvent contribuer, grossesse après grossesse, à l'installation d'une obésité [11] et de ses

complications métaboliques [12]. Des pratiques à risque tels que sédentarité et alimentation hypercalorique peuvent être impliquées [11,12]. Au final, multiparité et obésité sont fortement associées [13]. Mais aux Antilles françaises, cette association n'est observée que parmi les femmes en situation sociale défavorisée [14]. Il est possible que le phénomène de rétention de poids de grossesse contribue aux inégalités sociales de risque cardiométabolique. Peu de travaux ont évalué les liens entre statut social et rétention de poids de grossesse [15], aucun à notre connaissance en France ou en Caraïbe.

Notre objectif était donc d'explorer, aux Antilles françaises, la relation entre trajectoire pondérale du début de grossesse à dix-huit mois de l'accouchement et facteurs socio-économiques.

METHODES

Nous avons mis en œuvre une étude observationnelle longitudinale à visée analytique (Obésité et Parité aux Antilles françaises - OBEPAR) portant sur une population de femmes ayant accouché entre 22 et 42 semaines d'aménorrhée au Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Pointe-à-Pitre du 1^{er} décembre 2014 au 31 août 2015. Ce CHU assure près de la moitié des accouchements survenant chaque année en Guadeloupe.

Population

Ces femmes ont été identifiées grâce au système d'information du CHU. Ne pouvaient être incluses : les grossesses multiples (ces situations font l'objet de recommandations pondérales spécifiques), les femmes ayant présenté une grossesse intercurrente, ainsi que les femmes ayant bénéficié d'une chirurgie de l'obésité (plastie ou chirurgie bariatrique) avant ou après la grossesse examinée.

Toutes les femmes à inclure devaient être contactées par téléphone, aux numéros indiqués par le système d'information du CHU, pour entretien à 18 mois (\pm 15 jours) de leur accouchement. Une attrition de 50% était attendue. La période d'inclusion a été déterminée de façon à disposer d'un effectif minimum de 500 femmes, calculé comme suffisant pour tester l'association entre rétention de poids de grossesse et facteurs socio-économiques.

Recueil des données

Le recueil des données a été effectué de façon rétrospective sur dossiers hospitaliers, et prospective sur entretiens téléphoniques (plusieurs tentatives d'appel à des jours et heures

différents). Deux enquêteurs préalablement formés ont mené ces entretiens, en français, créole guadeloupéen, espagnol ou anglais selon les préférences linguistiques des participantes. Les données collectées étaient immédiatement saisies par les enquêteurs sur formulaire informatique grâce à la web-application sécurisée Wepi.org.

Définitions

Variables à expliquer

Le poids préconceptionnel était défini selon les déclarations des patientes aux professionnels de santé ayant initié leur suivi leur grossesse, et le poids de fin de grossesse selon la mesure pondérale réalisée en salle d'accouchement ou en consultation dans les 15 jours ayant précédé l'accouchement, tels que reportés sur dossier hospitalier. Le poids à 18 mois de l'accouchement était défini sur déclaration des participantes ayant pu être recontactées pour entretien téléphonique. Les Indices de Masse Corporelle (IMC) de début, de fin de grossesse et à 18 mois de l'accouchement ont été calculés à partir de ces poids grâce à la mesure de la taille réalisée par les professionnels ayant initié le suivi de grossesse.

Une variable continue « gain de poids en cours de grossesse » a été calculée par soustraction du poids préconceptionnel au poids mesuré en fin de grossesse. Une variable continue « gain de poids à 18 mois de l'accouchement » a été calculée par soustraction du poids préconceptionnel au poids déclaré à 18 mois de l'accouchement. De la même manière ont été calculées des variables « gain d'IMC en cours de grossesse » et « gain d'IMC à 18 mois de l'accouchement ». Une variable catégorielle « Rétention de Poids de Grossesse » (RPG) a été ensuite produite, prenant la valeur « 1 » si le gain de poids ou d'IMC à 18 mois de l'accouchement était positif ou « 0 » dans le cas contraire.

Principales variables explicatives

Compte-tenu de l'objectif de l'étude, ces variables étaient d'ordre sociodémographique.

Sur dossiers hospitaliers ont été recueillis : âge, niveau d'études (< 6 ans de scolarisation, entre 6 et 12 ans de scolarisation, ou plus de 12 ans de scolarisation), ainsi que situation familiale (en couple ou non) et professionnelle (en activité ou non) de la mère en début de grossesse.

Sur entretiens téléphoniques ont été recueillis : niveau de revenu (selon le statut vis-à-vis de l'impôt sur le revenu - imposable ou non-imposable - les personnes gagnant moins de 1 500 € par mois étant exonérées d'impôt sur le revenu en France), situation familiale et professionnelle de la mère et situation professionnelle du père ou du conjoint au moment de l'entretien. La communauté linguistique des participants était approchée par une question portant sur la langue qu'ils parlaient le plus souvent en famille ou entre amis (créole, français ou autre). Cette langue usuellement parlée peut délimiter un groupe social caractérisé par des normes sociales et des traits culturels communs, quels que soient le phototype et l'origine géographique des individus [16].

Co-variables

Compte-tenu de nos hypothèses de médiation, les co-variables pouvaient être d'ordre comportemental.

Sur dossiers hospitaliers ont été relevées les consommations de tabac et d'alcool déclarées en cours de grossesse, quelles que soient les doses.

Sur entretiens téléphoniques ont été recueillis : consommations de tabac et d'alcool après grossesse quelles que soient les doses, ainsi que pratique d'activité physique de loisir et

recours à la restauration rapide ou consommation de soda dans l'année précédant l'entretien.

Compte-tenu des données de la littérature, les co-variables pouvaient aussi être de nature obstétricale et médicale.

Sur dossiers hospitaliers ont été recueillis : parité avant la grossesse étudiée, dates de début de grossesse et d'accouchement, complications obstétricales (prééclampsie et hypertension gravidique, diabète gestationnel, menace d'accouchement prématuré, cerclage), d'accouchement (césarienne, épisiotomie, déchirure) et néo-natales (mort in utero ou néo-natale, transfert en réanimation), ainsi que prise en cours de grossesse de traitements pouvant modifier le poids (antiépileptique, neuroleptique, antidiabétique, cholestyramine).

Sur entretiens téléphoniques ont été considérées les prises après grossesse de traitements pouvant modifier le poids (antiépileptique, neuroleptique, antidiabétique, cholestyramine).

Allaitement maternel, contraception et recours au médecin traitant après grossesse étaient également explorés.

Éthique et réglementation

La participation à l'étude était libre et un consentement éclairé systématiquement requis. Le fichier de données constitué pour la recherche a été déclaré à la commission nationale de l'informatique et des libertés et approuvé.

Analyse statistique

L'analyse des données a été effectuée avec le logiciel Stata 14, sur données disponibles.

Les caractéristiques de la population ont été décrites en effectif et pourcentage pour les variables catégorielles, ainsi qu'en médiane et intervalle interquartile pour les variables continues, aucune de ces dernières n'étant de distribution normale. Les prises de poids par classe d'IMC préconceptionnel ont été classées conformément aux recommandations 2009 de l'*Institute of Medicine* (IOM)[17].

En analyse bivariée, les différences de valeurs prises par les variables catégorielles ont été évaluées grâce au test de Chi² ou Fisher selon les effectifs disponibles.

L'analyse multivariée a tout d'abord fait appel à la régression logistique. Deux modèles parcimonieux et concaténés ont été construits, le premier pour tester la relation entre RPG et facteurs socio-économiques, et le second pour évaluer le rôle potentiellement médiateur des facteurs comportementaux dans cette relation. Les variables explicatives à intégrer aux modèles ont été sélectionnées sur p -value $< 0,200$ en analyse bivariée. Seules celles significativement associées (p -value $< 0,050$) à la RPG en analyse multivariée pouvaient finalement être retenues. Des recherches d'interactions ont été effectuées, en particulier entre facteurs socio-économiques et recours au médecin traitant depuis l'accouchement afin d'évaluer si ce dernier modifiait la relation entre position sociale et RPG.

Dans un second temps, les effets des facteurs socio-économiques aux trois temps de trajectoire pondérale - préconceptionnel (temps 0), à l'accouchement (temps 1), et à 18 mois de l'accouchement (temps 2) - ont été évalués par régression linéaire à effets mixtes. Ajustement a été fait sur l'âge, car fortement associé aux facteurs socio-économiques, et le terme, car pouvant influencer le gain de poids en cours de grossesse, ces deux co-variables étant exprimées en quartiles. Seuls les facteurs socio-économiques significativement associés à la RPG en analyse multivariée pouvaient être considérés. Des termes

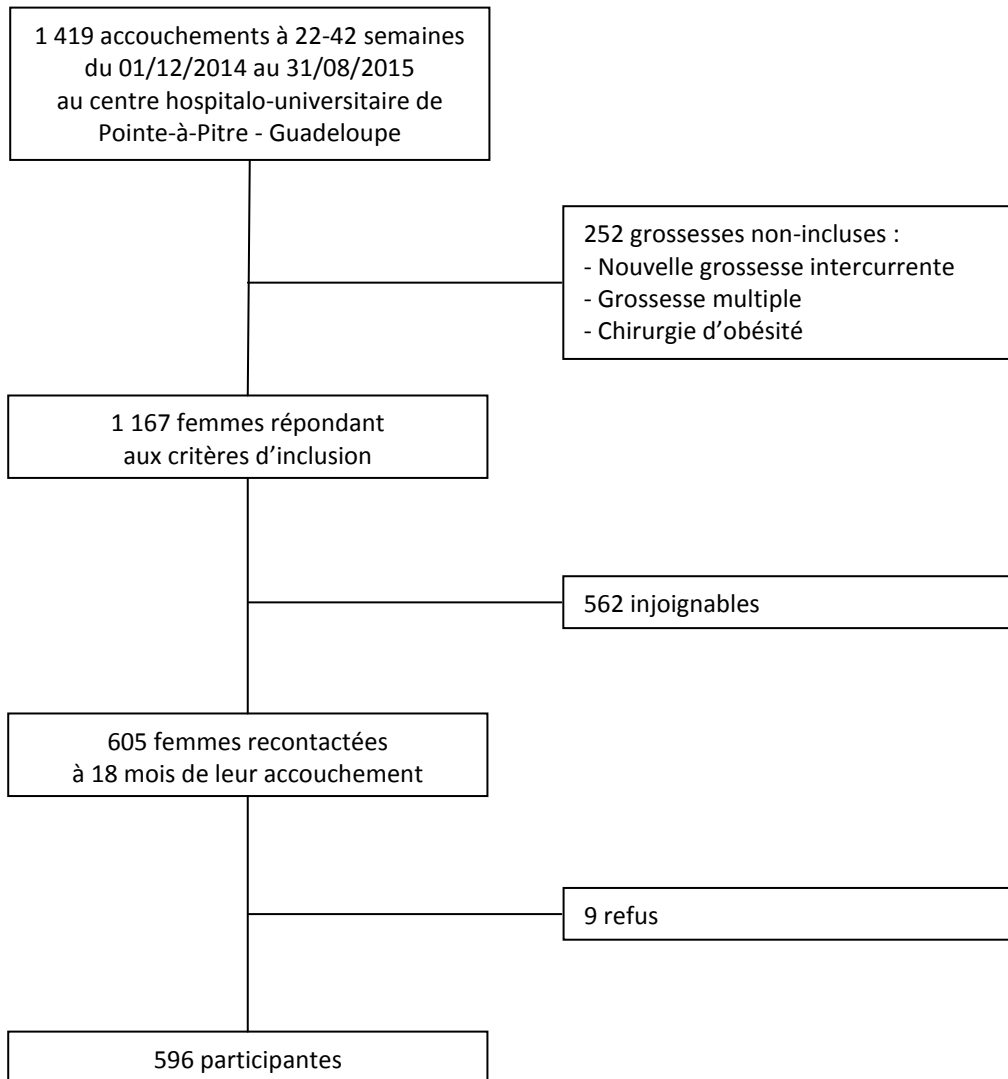
d'interactions entre facteurs socio-économiques et temps 1 ou temps 2 de trajectoire pondérale avec intercept aléatoire ont permis d'estimer les différences de gain de poids en cours de grossesse et à distance de celle-ci selon le statut social des participantes, et de tester la significativité de ces différences (procédures *mixed* et *lincom* de Stata).

Le seuil de significativité des tests utilisés était fixé à 5%, toujours en situation bilatérale. Log-likelihood et analyse des résidus ont été utilisés pour évaluer l'adéquation des modèles.

RESULTATS

Sur données du système d'information hospitalier, on comptait 1 419 femmes ayant accouché entre 22 et 42 semaines d'aménorrhée au centre hospitalo-universitaire de Pointe-à-Pitre dans la période du 1er décembre 2014 au 31 août 2015. Parmi ces femmes, 252 présentaient des critères d'exclusion, 562 n'ont pu être recontactées, et 9 ont refusé de participer à l'étude. Restaient 596 femmes, soit 51,1% de celles répondant aux critères d'inclusion (Figure 1).

Figure 1 : Diagramme de flux – OBEPAR 2016



Parmi les femmes à inclure, celles recontactées à 18 mois étaient significativement plus âgées, de niveau d'études plus élevé, plus souvent en couple, et plus souvent en activité professionnelle que celles n'ayant pu être recontactées.

Caractéristiques de la population

L'âge médian des participantes était de 30,7 ans ($q_1=25,6$; $q_3=35,6$), 6,2% ayant moins de 20 ans et 14,3% ayant 40 ans et plus (Tableau 1). Six pourcents des grossesses avaient donné lieu à une extrême ou grande prématurité, mais 67,6% n'avaient présenté aucune complication. Six pourcents des participantes avaient un niveau d'études limité au primaire,

41,9% un niveau d'études supérieur ; 70,7% des foyers disposaient d'un niveau de revenu pouvant être considéré comme faible, car non redevable d'une imposition fiscale. Une femme sur deux était en situation monoparentale. Une sur dix déclarait pratiquer une activité physique de loisir intense et régulière, 28,9% disaient consommer des boissons sucrées de façon quotidienne.

Le gain médian de poids en cours de grossesse était de 10 kg (q1=7 ; q3=14). Globalement, ce gain de poids était inférieur aux recommandations 2009 de l'*Institute of Medicine* (IOM) [17] pour 37,2% des participantes et supérieur à ces recommandations pour 27,2% d'entre elles. Les prises de poids excédant les recommandations de l'IOM (Tableau 2) étaient d'autant plus fréquentes que l'IMC préconceptionnel était élevé ($p < 0,001$). La médiane de la différence entre poids à 18 mois de l'accouchement et poids de début de grossesse était de 2 kg (q1=0 ; q3=6). En début de grossesse 21,5% de la population étudiée présentait une obésité, contre 28,1% à 18 mois de l'accouchement ($p < 0,001$). Au total, 64,4% des participantes présentaient un poids ou IMC à 18 mois de l'accouchement supérieur à celui de début de grossesse et étaient en situation de Rétention de Poids de Grossesse (RPG).

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée * – OBEPAR 2016

	n	%
Age, ans (N=596)		
14 à 19	37	6,2
20 à 29	234	39,3
30 à 39	240	40,3
40 à 49	85	14,3
Parité avant grossesse étudiée (N=596)		
0	224	37,6
1	172	28,9
≥ 2	200	33,6
Terme, semaines d'aménorrhée (N=596)		
22 à 31	38	6,4
32 à 36	245	41,1
37 à 42	313	52,5
Complications obstétricales (N=592)		
Aucune	400	67,6

Prééclampsie et/ou hypertension gravidique	75	12,7
Diabète gestationnel	61	10,3
Menace d'accouchement prématuré	63	10,6
Cerclage	8	1,4
Conditions d'accouchement (N=595)		
Voie basse simple	306	51,4
Déchirure, épisiotomie	170	28,6
Césarienne	119	20,0
Complications néo-natales (N=592)		
Mort in utero ou néo-natale	5	0,8
Transfert en néonatalogie	37	6,3
Consommation d'alcool **		
Oui, en cours de grossesse (N=587)	11	1,9
Oui, après grossesse (N=588)	294	50,0
Consommation de tabac **		
Oui, en cours de grossesse (N=591)	30	5,1
Oui, après grossesse (N=587)	66	11,2
Traitement pouvant modifier le poids ***		
Oui, en cours de grossesse (N=579)	48	8,3
Oui, après grossesse (N=577)	24	4,2
Allaitement maternel (N=593)		
Oui	480	80,9
Contraception après grossesse (N=587)		
Pilule	175	29,8
Implant	69	11,8
Stérilet	65	11,1
Préservatif	35	6,0
Aucune	243	41,4

* : L'analyse étant effectuée sur données disponibles, les effectifs peuvent varier par variable. ** : Quelle que soit la dose.

*** : Antiépileptique, neuroleptique, antidiabétique, cholestyramine.

Tableau 1 (suite) : Caractéristiques de la population étudiée * – OBEPAR 2016

	n	%
Niveau d'études de la mère (N=540)		
Supérieur	226	41,9
Secondaire	280	51,9
Primaire	34	6,3
Situation professionnelle de la mère		
Sans activité en début de grossesse (N=592)	334	56,4
Sans activité après grossesse (N=587)	333	56,7
Situation professionnelle du père (N=488)		
Sans activité	141	28,9
Situation familiale		
Non en couple en début de grossesse (N=587)	279	47,5
Non en couple après grossesse (N=586)	242	41,3
Niveau de revenu du foyer (N=584)		
Non imposable	413	70,7
Langue usuellement parlée en famille et entre amis (N=595)		
Française	407	68,4
Créole guadeloupéenne	107	18,0
Autre	81	13,6
Activité physique de loisir après grossesse (N=589)		
Intense et pluri-hebdomadaire	56	9,5
Modérée mais hebdomadaire	133	22,6
Moins d'une fois par semaine ou absente	400	67,9
Recours à la restauration rapide après grossesse (N=590)		
Jamais	79	13,4
Rarement	349	59,2
Au moins une fois par semaine	152	25,8
Tous les jours	10	1,7
Consommation de soda après grossesse (N=591)		
Jamais	67	11,3
Rarement	168	28,4
Au moins une fois par semaine	185	31,3
Tous les jours	171	28,9
Recours au médecin traitant après grossesse (N=586)		
0 ou 1 consultation	181	30,9
2 consultations	142	24,2
3 consultations	108	18,4
4 consultations et plus	155	26,5

* : L'analyse étant effectuée sur données disponibles, les effectifs peuvent varier par variable.

Tableau 2 : Caractéristiques pondérales de la population étudiée (N=548) – OBEPAR 2016

	n	%
IMC *préconceptionnel		
< 18,5 kg/m ²	28	5,1
Entre 18,5 et 24,9 kg/m ²	256	46,7
Entre 25 à 29,9 kg/m ²	146	26,6
≥ 30 kg/m ²	118	21,5 ***
Prise de poids en cours de grossesse**		
<i>Chez les IMC < 18,5 kg/m²</i>		
< 12,7 kg	15	53,6
Entre 12,7 et 18,1 kg	11	39,3
> 18,1 kg	2	7,1
<i>Chez les IMC entre 18,5 et 24,9 kg/m²</i>		
< 11,3 kg	133	52,0
Entre 11,3 et 15,9 kg	74	28,9
> 15,9 kg	49	19,1 ****
<i>Chez les IMC entre 25 et 29,9 kg/m²</i>		
< 6,8 kg	25	17,1
Entre 6,8 et 11,3 kg	69	47,3
> 11,3 kg	52	35,6 ****
<i>Chez les IMC ≥ 30 kg/m²</i>		
< 5 kg	31	26,3
Entre 5 et 9,1 kg	41	34,8
> 9,1 kg	46	39,0 ****
IMC à 18 mois de l'accouchement		
< 18,5 kg/m ²	22	4,0
Entre 18,5 à 24,9 kg/m ²	209	38,1
Entre 25 à 29,9 kg/m ²	163	29,7
≥ 30 kg/m ²	154	28,1 ***
Rétention de poids de grossesse		
Poids ou IMC à 18 mois de l'accouchement > poids ou IMCpréconceptionnel	353	64,4

* : Indice de Masse Corporelle. ** : Les classes de prise de poids sont définies conformément aux recommandations de gain de poids en cours de grossesse selon l'IMC préconceptionnel (IOM 2009[17]). *** : p-value < 0,001 selon le test de Chi2. **** : p-value < 0,001 selon le test de Chi2.

Analyse bivariée des facteurs associés à la rétention de poids de grossesse

Parmi l'ensemble des variables explorées au cours de l'étude, celles significativement associées à la RPG étaient essentiellement d'ordre socio-économique ou comportemental (Tableau 3). Par exemple, 70,5% des femmes de faible niveau de revenu avaient à 18 mois de leur accouchement un poids supérieur à leur poids préconceptionnel versus 52,1% parmi les femmes de revenus supérieurs (p < 0,001). Une RPG était observée chez 79,5% des femmes

déclarant consommer des boissons sucrées de façon quotidienne contre 34,3% chez les femmes n'en consommant jamais ($p < 0,001$).

Tableau 3 : Analyse bivariée des facteurs associés à la rétention de poids de grossesse (résultats significatifs) * – OBEPAR 2016

	Rétention de poids de grossesse **		
	n	%	p ***
Traitement pouvant modifier le poids après grossesse **** (N=577)			
Non	354	64,0	
Oui	20	83,3	0,042
Niveau d'études de la mère (N=540)			
Supérieur	139	61,5	
Secondaire	180	64,3	
Primaire	30	88,2	0,010
Niveau de revenu du foyer (N=584)			
Imposable	89	52,1	
Non imposable	291	70,5	<0,001
Situation professionnelle de la mère après grossesse (N=587)			
En activité	145	57,1	
Sans activité	237	71,2	<0,001
Situation professionnelle du père (N=488)			
En activité	214	61,7	
Sans activité	103	73,1	0,017
Situation familiale en début de grossesse (N=587)			
En couple	185	60,1	
Non en couple	196	70,3	0,010
Langue usuellement parlée (N=595)			
Français	248	60,9	
Autre langue	138	73,4	0,003
Activité physique de loisir à 18 mois de l'accouchement (N=589)			
Intense et pluri-hebdomadaire	20	35,7	
Modérée mais hebdomadaire	72	54,1	
Moins d'une fois par semaine ou absente	290	72,5	<0,001
Recours à la restauration rapide à 18 mois de l'accouchement (N=590)			
Jamais	39	49,4	
Rarement	219	62,8	
Au moins une fois par semaine	116	76,3	
Tous les jours	8	80,0	<0,001
Consommation de soda à 18 mois de l'accouchement (N=591)			
Jamais	23	34,3	
Rarement	97	57,7	
Au moins une fois par semaine	127	68,7	
Tous les jours	136	79,5	<0,001

* : L'analyse étant effectuée sur données disponibles, les effectifs peuvent varier par variable. ** : Poids ou IMC à 18 mois de l'accouchement > poids ou IMC préconceptionnel. *** Tests de Chi2. ****: Antiépileptique, neuroleptique, antidiabétique, cholestyramine.

Les résultats non significatifs sont présentés en annexe 1. La proportion de femmes présentant une RPG ne variait pas significativement selon le nombre de consultations au médecin traitant après grossesse.

Analyse multivariée des facteurs associés à la rétention de poids de grossesse

En analyse multivariée, seules quatre variables restaient significativement associées à la RPG : les niveaux d'études et de revenu, la sédentarité et la consommation de soda (Tableau 4). Dans le modèle le plus simple ne comprenant pour variables explicatives que les facteurs socio-économiques, le risque de RPG était augmenté chez les femmes de niveau d'études primaire comparativement à celles de niveaux d'études supérieur et secondaire (OR=3,70 ; IC95% : 1,27-10,75), ainsi que chez les femmes de faible niveau de revenu comparativement à celles de revenus supérieurs (OR=2,04 ; IC95% : 1,39-3,00). L'ajout au modèle des variables activité physique et consommation de soda diminuait à 1,53 (IC95% : 1,01-2,30) l'OR de RPG en rapport avec le niveau de revenu. Le recours au médecin traitant après grossesse ne modifiait pas significativement ces résultats.

Tableau 4 : Analyse multivariée des facteurs associés à la rétention de poids de grossesse (N=524) – OBEPAR 2016

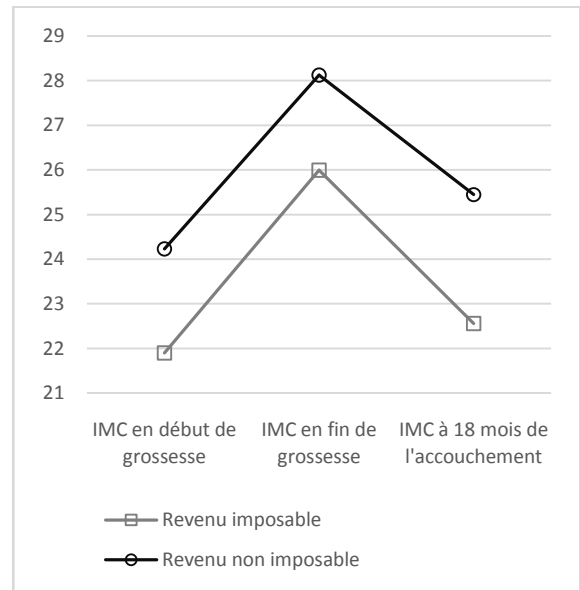
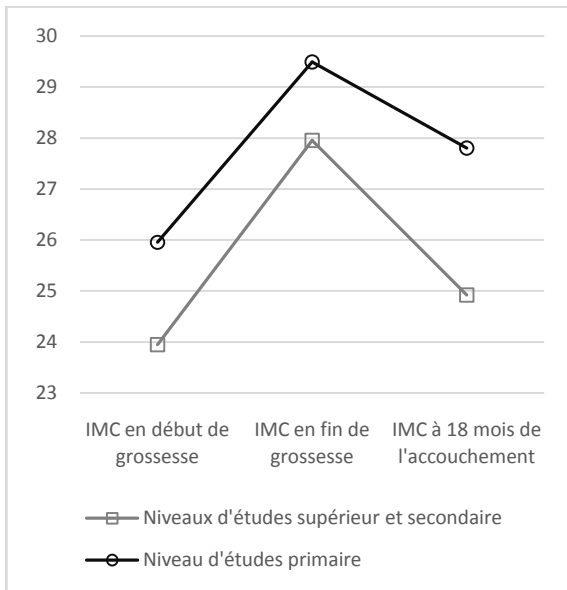
	Risque de rétention de poids de grossesse *			
	Modèle 1 **		Modèle 2 ***	
	Odds Ratio	IC95%	Odds Ratio	IC95%
Niveau d'études de la mère				
Supérieur & secondaire	1		1	
Primaire	3,70	1,27-10,75	3,60	1,22-10,63
Niveau de revenu du foyer				
Imposable	1		1	
Non imposable	2,04	1,39-3,00	1,53	1,01-2,30
Activité physique de loisir				
Intense et pluri-hebdomadaire			1	
Modérée ou absente			2,95	1,57-5,55
Consommation de soda				
Moins d'une fois par semaine			1	
Hebdomadaire à quotidienne			2,55	1,73-3,75

* : Poids ou IMC à 18 mois de l'accouchement > poids ou IMC préconceptionnel. ** : Modèle parcimonieux de régression logistique avec pour variables explicatives les niveaux d'études et de revenu. *** : Modèle 1 + activité physique et consommation de soda. Aucune des autres variables explorées au cours de l'enquête n'étaient significativement associées à la rétention de poids de grossesse en analyse multivariée.

Analyse de la relation entre trajectoire pondérale et facteurs socio-économiques

En régression linéaire à effets mixtes (Graphique 1), l'IMC préconceptionnel était plus élevé chez les femmes de faible niveau socio-économique. Ajustement fait sur l'âge et le terme, il était par exemple augmenté de 2,3 kg/m² chez celles de revenu non imposable comparativement à celles de revenus supérieurs (p=0,001). Le gain d'IMC en cours de grossesse était moins important chez les femmes en position sociale défavorisée que chez les favorisées, sans que cette relation soit significative. Il était par exemple de 3,9 kg/m² chez celles de faible niveau de revenu contre 4,1 kg/m² chez celles de revenus supérieurs (p=0,296 pour le terme d'interaction). En revanche, le gain d'IMC observé à 18 mois de l'accouchement était significativement majoré chez les femmes défavorisées. Il était par exemple de 1,2 kg/m² chez celles de faible niveau de revenu contre 0,7 kg/m² chez celles de revenus supérieurs (p=0,004 pour le terme d'interaction).

Graphique 1 : Trajectoires pondérales selon le niveau d'études (N=498) ou de revenu (N=537) * – OBEPAR 2016



* : Régression linéaire à effets mixtes avec ajustement sur âge et terme ; deux modèles sont présentés : l'un avec pour variable explicative le niveau d'études et l'autre le revenu du foyer.

DISCUSSION

Dans cette population composée de femmes ayant achevé une grossesse non multiple aux Antilles françaises entre 22 et 42 semaines d'aménorrhée et interrogées à 18 mois de leur accouchement, on observait une Rétention de Poids de Grossesse (RPG) chez près des deux tiers des participantes. Le risque de RPG était significativement augmenté chez les femmes de faible niveau d'études ou de revenu comparativement aux femmes de niveau socio-économique plus élevé. Ces inégalités sociales de RPG relevaient essentiellement d'une perte de poids insuffisante après grossesse, et non du gain de poids au cours de celle-ci. L'effet du niveau de revenu sur la RPG semblait en parti médié par des comportements à risque.

Cette étude a notamment pour intérêt de distinguer les rôles du gain de poids en cours de grossesse et de la perte de poids après celle-ci dans les inégalités de RPG. Elle apporte des données inédites en France et en Caraïbe. Deux principales limites doivent cependant être discutées. Près de la moitié des femmes répondant aux critères d'inclusion n'ont pu être contactées à 18 mois de leur accouchement. Cette attrition est inférieure ou similaire à celle observée dans les enquêtes ailleurs menées avec le même objectif [18,19]. Elle affectait plus particulièrement les femmes de faible niveau d'études, ce qui peut conduire à sous-estimer la prévalence globale des situations de RPG au regard de notre population cible. Mais notre enquête était à visée analytique et non descriptive. Le poids préconceptionnel correspondait à un poids déclaré par les participantes au professionnel ayant initié leur suivi de grossesse, ce qui est habituel dans les études portant sur ce sujet. Le poids à 18 mois de l'accouchement relevait également de données déclaratives. De telles mesures pondérales

exposent à un biais de désirabilité sociale pouvant induire une sous-estimation des poids réels, en particulier chez les femmes de niveau socio-économique élevé [20]. Mais il n'y a pas de raison de penser que l'éventuel effet de ce biais varie du début de grossesse à 18 mois de l'accouchement. Au total, ces limites ne paraissent pas nuire aux comparaisons internes que nous avons menées, ni altérer la validité des résultats qui y ont trait.

Gain de poids en cours de grossesse

Parmi les femmes ayant participé à notre étude, les prises de poids en cours de grossesse étaient plus importantes chez celles en position sociale favorisée, sans que cette association soit significative. À ce sujet, les données bibliographiques sont divergentes. Dans une revue récente de la littérature, sur seize enquêtes ayant exploré cette relation entre 1981 et 2014, O'Brien et al en comptabilisaient sept décrivant une relation entre faible niveau d'études et gain excessif de poids en cours de grossesse, six ne relevant aucune relation significative [21]. Deux éléments semblent expliquer nos résultats. Les femmes de niveau d'études ou de revenu élevé étaient plus souvent primipares et d'Indice de Masse Corporelle (IMC) préconceptionnel normal. Or, à l'instar de ce qui a pu être relevé dans d'autres populations [13], les prises de poids en cours de grossesse étaient plus importantes dans ces groupes de femmes (données non présentées, disponibles sur demande).

Compte-tenu de la littérature, les gains de poids en cours de grossesse observées par classe d'IMC dans notre population d'étude pouvaient être considérés comme relativement faibles, inférieurs par exemple à ce qui avait été relevé en Allemagne en 2005-2012 [22] ou au Canada en 2009-2012 [23]. Ces prises de poids sont soumises aux recommandations claires et internationalement reconnues de l'*Institute of Medicine* (IOM) [17]. Globalement 27,2% des participantes à notre étude présentaient en fin de grossesse des prises de poids

supérieures à ces recommandations, et jusqu'à 39% chez celles d'IMC $\geq 30\text{kg/m}^2$ en début de grossesse. C'est également mieux que ce qui a été ailleurs observé, en particulier chez les femmes affectées d'obésité [24]. Cela reste cependant excessif. On peut noter que le risque de non-conformité aux recommandations de l'IOM était majoré chez les femmes obèses comparativement aux femmes d'IMC préconceptionnel normal, et que le risque d'obésité préconceptionnelle était augmenté chez les femmes en position sociale défavorisée comparativement aux favorisées.

Rétention de poids de grossesse

Dans notre population d'étude, il existait une relation très forte et significative entre RPG à 18 mois de l'accouchement et situation sociale. Si un certain nombre d'enquêtes ont abordé ce phénomène en considérant "l'ethnie" comme indicateur socio-économique, peu ont exploré l'effet d'indicateurs plus spécifiques, comme le niveau d'études ou de revenu. Au Royaume-Uni en 1999 parmi 957 femmes recrutées dans quatre hôpitaux londoniens, le gain de poids à 12 mois de l'accouchement comparativement au poids préconceptionnel était de 1,8 kg parmi celles de niveau d'études supérieur au Baccalauréat contre 3,2 kg parmi celles de niveau d'études inférieur [18]. Aux Etats-Unis parmi 550 femmes recrutées entre 2002 et 2005 au centre hospitalo-universitaire de Caroline du Nord et revues à 12 mois de leur accouchement, un niveau d'études limité au primaire ou secondaire pouvait doubler le risque de rétention modérée de poids de grossesse, et l'absence d'activité professionnelle pouvait augmenter de 60% le risque de rétention sévère de poids de grossesse ; ces relations étaient indépendantes de l'appartenance ethnique [19]. Parmi les femmes ayant participé à notre étude, des comportements modifiables tels que la sédentarité et la consommation de boissons sucrées semblaient partiellement expliquer le lien entre RPG et statut social.

Le rôle des comportements à risque dans la RPG a déjà été démontré. En Australie, dans une population recrutée sur trois sites hospitaliers en 2006-2007, le risque de RPG était significativement augmenté chez les femmes consommant moins de quatre fruits et légumes par jour et chez celles pratiquant moins de 30 minutes de marche par semaine [25]. Aux Etats-Unis, dans une étude multicentrique publiée en 2015, une activité physique modérée réduisait aussi le risque de RPG. Toujours aux Etats-Unis, dans une population atteinte de surpoids ou d'obésité en post-partum et ayant participé à une étude interventionnelle en 2004-2006, la perte de poids de grossesse à 18 mois de l'accouchement augmentait avec l'activité physique et diminuait avec le recours à la restauration rapide, indépendamment de la communauté ethnique [26]. En outre, le lien entre consommation de boissons sucrées et prise de poids ou obésité est connu de longue date [27] et confirmé par les études longitudinales [28] et essais contrôlés randomisés [29] les plus récents.

On sait également de longue date que la prévalence des comportements à risque, qu'ils aient trait à l'alimentation ou la sédentarité, est plus importante dans les populations les plus défavorisées [30]. Plusieurs explications ont été avancées [31]. Le manque de connaissance en matière de prévention des risques liés à la santé, notamment lié à des difficultés d'accès à des informations adaptées, peut intervenir. De même, la capacité à faire le lien entre comportement et événement de santé, ou au contraire la croyance que tel événement de santé est lié à des facteurs incontrôlables, peut être impliquée. Des obstacles financiers peuvent survenir, par exemple pour l'achat de fruits et légumes et pour l'accès à des infrastructures sportives. Les charges physiques et mentales induites par les activités professionnelles et domestiques peuvent conduire à privilégier des activités de loisir sédentaires, par exemple télévisuelles. Le contexte nuit à l'adoption des comportements de prévention. Par exemple un environnement manquant d'attractivité ou de sécurité peut

s'opposer à la pratique d'activité physique de plein air, et le type de produits disponibles dans les commerces de proximité peut conditionner les comportements alimentaires. Le support et les normes du groupe social dans lequel évoluent les personnes ont une influence. Dans notre population d'étude, la RPG était plus fréquente dans la communauté linguistique créolophone que francophone. Aux Antilles françaises comme en population caribéenne ou africaine-américaine, l'image corporelle idéale dépasse souvent les recommandations médicales [16].

Enfin, d'autres facteurs pourraient jouer un rôle dans la relation entre situation sociale et RPG. Dans une revue de la littérature, Xiao et al ont examiné les effets du manque de sommeil, du stress et de la dépression sur la RPG [32]. Une association significative entre manque de sommeil et RPG était relevée dans les quatre études retenues par les auteurs et ayant exploré ce problème, les durées de sommeil pouvant être inversement liées aux niveaux d'études et de revenu [31]. Une association non significative entre stress et RPG était relevée dans l'une des quatre études ayant explorée cette relation, toutes datant des années 1990. Parmi les sept enquêtes ayant porté sur le lien entre dépression et RPG, quatre mettaient en évidence une association significative. Le peu de littérature ayant abordé ce sujet ne permet pas de conclure. Pourtant, on sait que le stress inhérent aux situations sociales difficiles peut se traduire par des comportements à risque tels que les compulsions alimentaires [31]. Physiologiquement, un stress chronique peut conduire à une prise de poids, en particulier chez les femmes [33].

Notre travail questionne la place du système de soins dans les inégalités de RPG. Chez les femmes, la grossesse constitue l'une des périodes de la vie où elles sont le plus en contact avec les professionnels de santé. Aux Antilles françaises comme en France métropolitaine, le

suivi en cours de grossesse est essentiellement assuré par des professionnels exerçant au moins partiellement en milieu hospitalier public ou privé [34]. Passé la sixième semaine après accouchement, leur suivi est dans la majorité des cas assuré par des professionnels de soins premiers. Dans notre population, le recours au médecin traitant ne modifiait en rien la RPG à distance de l'accouchement ni les inégalités qui y ont trait. On peut soupçonner une sous-implication des professionnels de santé ambulatoire dans le suivi pondéral des femmes après grossesse. Une étude qualitative menée en Suède en 2015-2016 dans une population de femmes présentant une RPG va dans ce sens. Les participantes percevaient les personnels médicaux comme peu concernés par leur problème de surpoids, et déclaraient manquer d'aide pour y faire face [35].

CONCLUSION

Dans cette population antillaise française, il n'existait pas d'inégalités sociales de prise de poids en cours de grossesse. Mais ces prises de poids excédaient encore trop souvent les recommandations, en particulier chez les femmes affectées d'obésité en début de grossesse, ces dernières étant le plus souvent en position sociale défavorisée.

Dans notre population d'étude comme dans les quelques enquêtes ayant précisément exploré ce phénomène, il existait en revanche de fortes inégalités sociales de perte de poids à distance de l'accouchement et donc de rétention de poids de grossesse. Ici comme ailleurs, la construction de ces inégalités relève partiellement de comportements à risque : sédentarité et alimentation inadaptée. D'autres facteurs semblent impliqués, tels que le manque de support social et des normes culturelles s'opposant aux normes biomédicales. Le stress chronique lié aux situations sociales difficiles pourrait également jouer un rôle.

Des études complémentaires, quantitatives et qualitatives, sont nécessaires pour mieux comprendre le phénomène. C'est d'autant plus nécessaire que l'après grossesse constitue bien une période critique de prise de poids, accessible à des interventions [36,37] dont le succès exige qu'elles soient globales et adaptées au contexte.

Contribution des co-auteurs

De manière équivalente, Nathalie David et Thibault Musson ont participé à la conception de la recherche, réalisé la revue de la bibliographie nécessaire à cette recherche, procédé au recueil des données, contribué à l'analyse statistique, et rédigé le manuscrit.

Directeur de leur thèse, Philippe Carrère a initié, conçu et coordonné cette recherche, participé à la revue de la bibliographie, réalisé l'analyse statistique, et corédigé le manuscrit.

Conflits d'intérêt

Aucun.

RÉFÉRENCES

1. World Health Organisation. Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2015 [Internet]. Health Stat. Inf. Syst. [cited 2017 Jul 1]; Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html
2. National Institute of Statistics and Economic Studies - INSEE. Databases [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 3]; Available from: <https://www.insee.fr/en/statistiques>
3. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès - CépiDc. Interrogation des données sur les causes de décès de 1979 à 2014 - Indicateurs de mortalité [Internet]. 2017 [cited 2017 Jul 3]; Available from: <http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>
4. Olindo S, Chausson N, Mejdoubi M, Jeannin S, Rosillette K, Saint-Vil M, et al. Trends in incidence and early outcomes in a Black Afro-Caribbean population from 1999 to 2012: Etude Réalisée en Martinique et Centrée sur l'Incidence des Accidents Vasculaires Cérébraux II Study. *Stroke* 2014;45:3367–73.
5. Atallah A, Kelly-Irving M, Zouini N, Ruidavets J-B, Inamo J, Lang T. Controlling arterial hypertension in the French West Indies: a separate strategy for women? *Eur. J. Public Health* 2010;20:665–70.
6. Carrère P, Fagour C, Sportouch D, Gane-Troplent F, Hélène-Pelage J, Lang T, et al. Diabetes mellitus and obesity in the French Caribbean: A special vulnerability for women? *Women Health* 2017;1–15.
7. Sobers-Grannum N, Murphy MM, Nielsen A, Guell C, Samuels TA, Bishop L, et al. Female Gender Is a Social Determinant of Diabetes in the Caribbean: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE* 2015;10:e0126799.
8. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014;384:766–81.

9. Cunningham-Myrie C, Younger-Coleman N, Tulloch-Reid M, McFarlane S, Francis D, Ferguson T, et al. Diabetes mellitus in Jamaica: sex differences in burden, risk factors, awareness, treatment and control in a developing country. *Trop. Med. Int. Health* 2013;18:1365–78.
10. Carrère P, Halbert N, Lamy S, Inamo J, Atallah A, Lang T. Changes in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in disadvantaged French Caribbean populations, 2003 to 2014. *J. Hum. Hypertens.* 2017;31:596–601.
11. Phelan S. Pregnancy: a “teachable moment” for weight control and obesity prevention. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2010;202:135.e1-8.
12. Bello JK, Bauer V, Plunkett BA, Poston L, Solomonides A, Endres L. Pregnancy Weight Gain, Postpartum Weight Retention, and Obesity. *Curr. Cardiovasc. Risk Rep.* 2016;10:4.
13. Hill B, Bergmeier H, McPhie S, Fuller-Tyszkiewicz M, Teede H, Forster D, et al. Is parity a risk factor for excessive weight gain during pregnancy and postpartum weight retention? A systematic review and meta-analysis. *Obes. Rev.* 2017;18:755–64.
14. Carrère P, Atallah A, Kelly-Irving M, Inamo J, Lang T. CO –04 - Obésité et multiparité en population guadeloupéenne. /data/revues/00033928/006101HS/2/ [Internet] 2013 [cited 2016 Aug 18]; Available from: <http://www.em-consulte.com/en/article/787925>
15. Campbell EE, Dworatzek PDN, Penava D, de Vrijer B, Gilliland J, Matthews JI, et al. Factors that influence excessive gestational weight gain: moving beyond assessment and counselling. *J. Matern. Fetal Neonatal Med.* 2016;29:3527–31.
16. Carrère P, Moueza N, Cornely V, Atallah V, Hélène-Pelage J, Inamo J, et al. Perceptions of overweight in a Caribbean population: the role of health professionals. *Fam. Pract.* 2016;33:633–8.
17. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines* [Internet]. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009 [cited 2017 Apr 17]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32813/>

18. Shrewsbury VA, Robb KA, Power C, Wardle J. Socioeconomic differences in weight retention, weight-related attitudes and practices in postpartum women. *Matern. Child Health J.* 2009;13:231–40.
19. Siega-Riz AM, Herring AH, Carrier K, Evenson KR, Dole N, Deierlein A. Sociodemographic, perinatal, behavioral, and psychosocial predictors of weight retention at 3 and 12 months postpartum. *Obes.* 2010;18:1996–2003.
20. Wen M, Kowaleski-Jones L. Sex and Ethnic Differences in Validity of Self-reported Adult Height, Weight and Body Mass Index. *Ethn. Dis.* 2012;22:72–8.
21. O'Brien EC, Alberdi G, McAuliffe FM. The influence of socioeconomic status on gestational weight gain: a systematic review. *J. Public Health* 2017;1–15.
22. Ferrari N, Mallmann P, Brockmeier K, Strüder HK, Graf C. Secular trends in pregnancy weight gain in German women and their influences on foetal outcome: a hospital-based study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:228.
23. Jarman M, Yuan Y, Pakseresht M, Shi Q, Robson PJ, Bell RC. Patterns and trajectories of gestational weight gain: a prospective cohort study. *CMAJ Open* 2016;4:E338–45.
24. Faucher MA, Barger MK. Gestational weight gain in obese women by class of obesity and select maternal/newborn outcomes: A systematic review. *Women Birth J.* 2015;28:e70-79.
25. Ng S-K, Cameron CM, Hills AP, McClure RJ, Scuffham PA. Socioeconomic disparities in prepregnancy BMI and impact on maternal and neonatal outcomes and postpartum weight retention: the EFHL longitudinal birth cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:314.
26. Østbye T, Peterson BL, Krause KM, Swamy GK, Lovelady CA. Predictors of Postpartum Weight Change Among Overweight and Obese Women: Results from the Active Mothers Postpartum Study. *J. Womens Health* 2012;21:215–22.
27. Malik VS, Schulze MB, Hu FB. Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. *Am. J. Clin. Nutr.* 2006;84:274–88.

28. Khan TA, Sievenpiper JL. Controversies about sugars: results from systematic reviews and meta-analyses on obesity, cardiometabolic disease and diabetes. *Eur. J. Nutr.* 2016;55:25–43.
29. Rogers PJ, Hogenkamp PS, de Graaf C, Higgs S, Lluch A, Ness AR, et al. Does low-energy sweetener consumption affect energy intake and body weight? A systematic review, including meta-analyses, of the evidence from human and animal studies. *Int. J. Obes.* 2016;40:381–94.
30. Krueger PM, Reither EN. Mind the gap: race/ethnic and socioeconomic disparities in obesity. *Curr. Diab. Rep.* 2015;15:95.
31. Pampel FC, Krueger PM, Denney JT. Socioeconomic Disparities in Health Behaviors. *Annu. Rev. Sociol.* 2010;36:349–70.
32. Xiao RS, Kroll-Desrosiers AR, Goldberg RJ, Pagoto SL, Person SD, Waring ME. The impact of sleep, stress, and depression on postpartum weight retention: a systematic review. *J. Psychosom. Res.* 2014;77:351–8.
33. Chrousos GP. Stress and disorders of the stress system. *Nat. Rev. Endocrinol.* 2009;5:374–81.
34. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F, National Coordination Group of the National Perinatal Surveys. Trends in perinatal health in France from 1995 to 2010. Results from the French National Perinatal Surveys. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 2012;41:e1–15.
35. Christenson A, Johansson E, Reynisdottir S, Torgerson J, Hemmingsson E. Women's Perceived Reasons for Their Excessive Postpartum Weight Retention: A Qualitative Interview Study. *PLOS ONE* 2016;11:e0167731.
36. van der Pligt P, Willcox J, Hesketh KD, Ball K, Wilkinson S, Crawford D, et al. Systematic review of lifestyle interventions to limit postpartum weight retention: implications for future opportunities to prevent maternal overweight and obesity following childbirth. *Obes. Rev.* 2013;14:792–805.

37. Herring SJ, Cruice JF, Bennett GG, Darden N, Wallen JJ, Rose MZ, et al. Intervening during and after pregnancy to prevent weight retention among African American women. *Prev. Med. Rep.* 2017;7:119–23.

ANNEXES**Annexe 1 : Analyse bivariée des facteurs associés à la rétention de poids de grossesse (résultats non significatifs) * – OBEPAR 2016**

	Rétention de poids de grossesse **		
	n	%	p ***
Age (N=596)			
1 ^{er} quartile	72	63,7	
2 ^e quartile	100	64,1	
3 ^e quartile	112	67,1	
4 ^e quartile	103	64,4	0,924
Terme (N=596)			
1 ^{er} quartile	106	62,3	
2 ^e quartile	108	67,5	
3 ^e quartile	88	61,5	
4 ^e quartile	85	69,1	0,453
Parité avant grossesse étudiée (N=596)			
0	137	61,2	
1	112	65,1	
≥ 2	138	69	0,240
Indice de masse corporelle préconceptionnel (N=548)			
1 ^{er} tercile	108	58,7	
2 ^e tercile	122	66,7	
3 ^e tercile	123	68,0	0,134
Prééclampsie et/ou hypertension gravidique (N=592)			
Non	329	63,6	
Oui	54	72,0	0,157
Diabète gestationnel (N=592)			
Non	348	65,5	
Oui	35	67,4	0,207
Menace d'accouchement prématuré (N=592)			
Non	344	65,0	
Oui	39	61,9	0,624
Cerclage (N=592)			
Non	379	64,9	
Oui	4	50,0	0,381
Mort in utéro ou néo-natale (N=592)			
Non	381	65,0	
Oui	2	40,0	0,246
Transfert en néonatalogie (N=592)			
Non	360	64,9	
Oui	23	62,1	0,739

* : L'analyse étant effectuée sur données disponibles, les effectifs peuvent varier par variable. ** : Poids ou IMC à 18 mois de l'accouchement > poids ou IMC préconceptionnel. *** : Tests de Chi2 ou Fisher.

Annexe 1 (suite) : Analyse bivariée des facteurs associés à la rétention de poids de grossesse (résultats non significatifs) * – OBEPAR 2016

	Rétention de poids de grossesse **		
	n	%	p ***
Conditions d'accouchement (N=595)			
Voie basse simple	193	63,1	
Déchirure, épisiotomie	121	71,2	
Césarienne	72	60,5	0,111
Consommation d'alcool en cours de grossesse (N=587)			
Non	374	64,9	
Oui	7	63,6	0,929
Consommation d'alcool après grossesse (N=588)			
Non	195	66,3	
Oui	185	63,0	0,388
Consommation de tabac en cours de grossesse (N=591)			
Non	364	64,9	
Oui	20	66,7	0,842
Consommation de tabac après grossesse (N=587)			
Non	337	64,7	
Oui	42	63,6	0,867
Traitement pouvant modifier le poids en cours de grossesse **** (N=579)			
Non	344	64,8	
Oui	30	62,5	0,751
Allaitement maternel (N=593)			
Non	69	61,1	
Oui	316	65,8	0,339
Contraception après grossesse (N=587)			
Pilule	111	63,4	
Implant	43	62,3	
Stérilet	41	63,1	
Préservatif	24	68,6	
Aucune	160	65,8	0,947
Situation professionnelle de la mère en début de grossesse (N=587)			
En activité	156	60,5	
Sans activité	227	68,0	0,058
Situation familiale en fin de grossesse (N=587)			
En couple	216	62,8	
Non en couple	165	68,2	0,178
Recours au médecin traitant après grossesse (N=586)			
0 ou 1 consultation	120	66,3	
2 consultations	86	60,6	
3 consultations	70	64,8	
4 consultations et plus	104	67,1	0,647

* : L'analyse étant effectuée sur données disponibles, les effectifs peuvent varier par variable. ** : Poids ou IMC à 18 mois de l'accouchement > poids ou IMC préconceptionnel. *** Tests de Chi2 ou Fisher. **** : Antiépileptique, neuroleptique, antidiabétique, cholestyramine.

INDEX DES TABLEAUX, FIGURES, GRAPHIQUES ET ANNEXES

Tableau 1	Caractéristiques de la population étudiée	p. 19
Tableau 1 (suite)	Caractéristiques de la population étudiée	p. 20
Tableau 2	Caractéristiques pondérales de la population étudiée	p. 21
Tableau 3	Analyse bivariée des facteurs associés à la rétention de poids de grossesse (résultats significatifs)	p. 22
Tableau 4	Analyse multivariée des facteurs associés à la rétention de poids de grossesse	p. 24
Figure 1	Diagramme de flux	p. 17
Graphique 1	Trajectoires pondérales selon le niveau d'études ou de revenu	p. 25
Annexe 1	Analyse bivariée des facteurs associés à la rétention de poids de grossesse (résultats non significatifs)	p. 39
Annexe 1 (suite)	Analyse bivariée des facteurs associés à la rétention de poids de grossesse (résultats non significatifs)	p. 40

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

RESUME

NOMS ET PRÉNOMS : DAVID Nathalie & MUSSON Thibault

SUJET DE LA THÈSE : Inégalités sociales de risque métabolique en population caribéenne : quelle place pour la grossesse dans les stratégies de prévention ?

THÈSE : MÉDECINE

Qualification : Médecine Générale
Médecine Spécialisée

ANNÉE : 2017

NUMÉRO D'IDENTIFICATION : 2017ANTI0198

MOTS CLEFS : Santé des femmes, grossesse, obésité, statut socio-économique, Caraïbe, France
.....

Introduction :

En Caraïbe, les femmes sont fortement exposées au risque cardiométabolique. Obésité et multiparité sont associées, surtout chez les défavorisées.

Objectif :

Explorer la relation entre rétention de poids de grossesse (RPG) et facteurs socio-économiques aux Antilles françaises.

Méthodes :

Une étude longitudinale portant sur les femmes ayant accouché au centre hospitalo-universitaire de Guadeloupe du 1/12/2014 au 31/08/2015, hors grossesse multiple ou terme < 22 semaines. Les données ont été recueillies sur dossiers hospitaliers et entretiens téléphoniques à 18 mois de l'accouchement. Étaient explorés : poids en début, fin de grossesse et au moment de l'entretien, ainsi que niveau d'études, revenu, sédentarité, comportements alimentaires. Un poids à 18 mois > au poids préconceptionnel définissait la RPG. Régressions logistique et linéaire à effets mixtes ont été utilisées, prenant en compte âge, parité, terme, complications obstétricales et néo-natales, alcool, tabac, traitements intercurrents, allaitement, contraception.

Résultats :

Sur 1167 femmes à inclure, 596 ont pu être recontactées. Une RPG était observée chez 64,1% des participantes. Chez les femmes de faible revenu (non-imposable) versus revenus supérieurs, l'IMC préconceptionnel était augmenté en fin de grossesse de 3,9 versus 4,1 kg/m² (p=0,296), et à 18 mois de l'accouchement de 1,2 versus 0,7 kg/m² (p=0,004). L'Odds-Ratio de RPG était de 2,04 (IC95% : 1,39-3,00) chez les femmes de faible revenu. Cet OR diminuait à 1,53 quand les variables sédentarité et consommation de soda étaient ajoutées au modèle.

Conclusions :

Dans cette population il existait de fortes inégalités sociales de RPG, potentiellement médiées par des comportements à risque donc accessibles à intervention.
.....

JURY :

Président : Professeur Jeannie HELENE-PELAGE

Juges : Professeur Eustase JANKY

Professeur Philippe KADHEL

Directeur : Docteur Philippe CARRERE
.....

ADRESSE DES CANDIDATS :