

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

Année 2019

2019 TOU3 1112

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Toulouse

par

Camille FIASSELLA

Le 7 octobre 2019

PRATIQUES, CONNAISSANCES, FREINS ET ATTENTES EN
MATIERE DE CONTRACEPTION
CHEZ LES FEMMES OBESES
A PROPOS D'UNE ETUDE PILOTE MENEES A LA CLINIQUE
BONDIGOUX

JURY

Monsieur le Professeur O. PARANT

Président

Monsieur le Professeur P. MESTHÉ

Assesseur

Monsieur le Docteur T. BRILLAC

Assesseur

Madame le Docteur B. GUYARD-BOILEAU

Assesseur

Monsieur le Docteur M. DESPEAUX

Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2018

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine		
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas		
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric		
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. Fournier Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice Professeur
MAZIERES Bernard Professeur
MOSCOVICI Jacques Professeur
MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert Professeur
SARRAMON Jean-Pierre Professeur
SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancerologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUDA Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique.
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRAON Anne

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie	P.U. Médecine générale	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. OTAL Philippe	Radiologie	M. BOYER Pierre	
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition	Professeur Associé en Pédiatrie	
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie	Mme CLAUDET Isabelle	
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
Professeur Associé de Médecine Générale			
M. STILLMUNKES André			

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr CHICOULLAA Bruno

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila

Remerciements aux membres du jury

Président du jury :

Monsieur le Professeur Olivier PARANT, vous me faites l'honneur de votre présence et je tiens à vous remercier d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. Je vous suis également reconnaissante d'avoir rendu possible le passage des étudiants en médecine de ma promotion dans les services de gynécologie. Pour la richesse de l'enseignement acquis dans ces structures, merci.

Aux membres du jury :

Madame le Docteur Béatrice GUYARD-BOILEAU je vous remercie très chaleureusement de m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse. Depuis ce repas à la cantine de l'hôpital où a germé l'idée de ce sujet de thèse, jusqu'à sa rédaction finale, vous avez été d'une bienveillance sans pareille. C'est grâce à votre implication, votre motivation sans faille, votre écoute et vos encouragements que ce projet a pu être mené à bien. J'admire le dynamisme et la pédagogie qui vous caractérisent.

En menant si naturellement de front avec autant de compétences et de convictions toutes vos activités, vous êtes un exemple. Merci pour tout ce que vous m'avez transmis qui dépasse les frontières de ce sujet.

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE, je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de prendre part à mon jury de thèse. Je suis honorée que vous puissiez une seconde fois juger de mon travail. Honorée également de compter dans mon jury un membre du DUMG si pédagogue et proche des étudiants. Pour l'esprit critique que vous stimulez en chacun de nous et votre engagement facultaire, un grand merci.

Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC, c'est un grand plaisir de vous compter dans mon jury de thèse. Bien que n'ayant pas eu la chance de me former à vos côtés, je vous remercie pour votre engagement et votre implication facultaire qui contribuent à porter toujours plus loin le champ des possibilités de la médecine générale.

Monsieur le Docteur Mathieu DESPAUX, je te remercie d'avoir accepté de prendre part à ce jury de thèse. Merci également de m'avoir ouvert les portes de l'établissement de Bondigoux et m'avoir si gentiment intégré à l'équipe pour un temps. Sans ton implication et tes conseils ce travail n'aurait certainement jamais vu le jour. Je te souhaite une belle route et beaucoup d'épanouissement dans ce monde passionnant de la recherche médicale.

Remerciements personnels :

A mes parents, vous qui avez toujours été si fiers de mon parcours et d'un soutien indéfectible. Cet accomplissement est également le vôtre. Merci pour tout et de tout mon cœur je vous aime.

A ma famille, vous qui avez toujours été présents et compréhensifs. J'ai beaucoup de chance de vous avoir à mes côtés.

A ma famille de cœur, Michèle, Robert, Emilie, Justine, Valério merci de m'avoir accepté parmi vous si naturellement.

Célia et Zoé, loin des yeux souvent mais près du cœur tout le temps.

La GT. Pierre, Manon, Greg, Charles, Chloé, Zoé, Célia. Dix années de souvenirs, de repas gastronomiques et gargantuesques, de journées sportives, ensembles on a littéralement découvert l'Amérique, pagayé en méditerranée, nagé dans l'atlantique et foulé des dizaines de fois la promenade des anglais avec nos tennis multicolores. Vivement la suite !

A la GT deuxième génération, Sacha tu ouvres le bal. Et aux nouveaux arrivants, plus si nouveaux d'ailleurs qui semblent toujours avoir été là, Tiffany, Courèche, Nico.

Valentine, Ardavan, Rémi et tous les copains de l'externat pour qui j'ai une tendre pensée.

A Aida et Anne, mes guides pédestres de Toulouse préférées.

A Zacharie, tu es la preuve vivante qu'il y a des personnalités loufoques dans les cabinets médicaux de la Reynerie.

A Romain. Merci pour ton aide et ton soutien tout au long de ce travail. Pour ce brin de folie et de malice qui transparait de tes beaux yeux verts et pour ta joie de vivre, je me dis qu'on fait une belle équipe.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	1
Liste des Tableaux et Figures	3
Liste des Annexes	3
I- Introduction	4
I.1 OBESITE DE L'ADULTE: EPIDEMIOLOGIE ET CONSEQUENCES POUR LA FEMME EN AGE DE PROCREER	4
I.1.1 Définition et épidémiologie de l'obésité	4
I.1.1.1 Définition de l'obésité de l'adulte	4
I.1.1.2 Epidémiologie à l'échelle mondiale	4
I.1.1.3 Epidémiologie à l'échelle française	5
I.1.2 Impact de l'obésité sur la fertilité féminine	5
I.1.2.1 Anovulation et troubles ovulatoires	5
I.1.2.2 Délai de conception	6
I.1.2.3 Aide médicale à la procréation	6
I.1.2.4 Fausses couches	6
I.2 CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES OBESES : EPIDEMIOLOGIE, EFFICACITE ET RISQUES INHERENTS A L'OBESITE	7
I.2.1 Epidémiologie de la contraception	7
I.2.1.1 Dans le monde	7
I.2.1.2 En France	7
I.2.1.3 Cas particulier des femmes obèses	8
I.2.2 Contraception : Efficacité et risques inhérents à l'obésité	9
I.2.2.1 Contraception par méthodes hormonales	9
I.2.2.2 Contraception par méthodes non hormonales	11
I.2.2.3 Contraception d'urgence	11
I.2.2.4 Contraception et chirurgie de l'obésité	12
I.3 OBESITE ET CONTRACEPTION : SYNTHESE DES DERNIERES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES	12
I.3.1 Recommandations Françaises	12
I.3.2 Recommandations Internationales	14
I.4 OBJECTIFS DE L'ETUDE	15
II- MATERIEL et METHODE	16
II.1 Profil de l'étude	16
II.2 Population	16
II.3 Procédure et variables recueillies	17
II.4 Analyse et traitement des données	18
III Résultats	19
III.1 Sélection des patientes	19
III.2 Résultats principaux	19
Caractéristiques générales de la population incluse	19
Données épidémiologiques concernant l'objectif principal : résultats globaux	20
Données épidémiologiques concernant l'objectif principal: pratiques en matière de contraception	21

Données épidémiologiques concernant l'objectif secondaire	23
Représentations associées à la contraception	23
Connaissances en matière de contraception	24
Principaux freins en lien avec la contraception	25
Attentes en matière de contraception	26
IV- Discussion	28
IV.1 Forces et limites de l'étude	28
IV.1.1 Les forces de l'étude	28
Profil et population de l'étude	28
Choix du format de réponse au questionnaire	28
Utilisation de données formelles	28
IV.1.2 Les limites de l'étude	28
Nombre de patientes	28
Le questionnaire	29
Profil de la cohorte	29
IV.2 Discussion des principaux résultats	29
IV.3 Perspectives de recherche	33
V- Conclusion	34
VI- Références bibliographiques	35
Annexes	38

Liste des Tableaux et Figures

Figure 1 : Méthodes contraceptives utilisées en France en 2016, Santé Publique France

Figure 2 : Diagramme de flux d'inclusion des patientes

Figure 3 : Utilisation d'une méthode contraceptive en fonction de l'âge et du statut marital

Figure 4 : Méthodes contraceptives utilisées par la cohorte

Figure 5 : Utilisation d'une contraception d'urgence en fonction du grade d'obésité

Figure 6 : Choix multiple des synonymes de contraception pour la cohorte sélectionnée

Figure 7 : Connaissance des différents moyens contraceptifs de la cohorte

Figure 8 : Affirmations sélectionnées par la cohorte

Figure 9 : Freins des patientes en situation d'obésité à un examen gynécologique dans le cadre d'une consultation en lien avec la contraception

Figure 10 : Souhait d'une formation des praticiens à l'examen clinique dont gynécologique des patientes obèses

Figure 11 : Degrés de satisfaction quant au choix de la contraception en consultation avec le praticien en fonction du grade d'IMC (exprimés en quartiles)

Figure 12 : Choix des modalités d'informations en lien avec la contraception

Figure 13 : Informations souhaitées par les patientes avant le choix de leur contraception

Tableau 1 : Synthèse des recommandations contraceptives Françaises

Tableau 2 : Synthèse des recommandations contraceptives Internationales

Tableau 3 : Caractéristiques de la population sélectionnée

Liste des Annexes

Annexe 1: Auto questionnaire patiente

Annexe 2: Formulaire d'information patiente intégré dans le dossier d'entrée

Annexe 3: Connaissance des différents moyens contraceptifs des 6027 patientes de l'étude TANCO

I- Introduction

En tant que médecin généraliste, il n'est pas rare d'être confronté aux différentes problématiques des patientes obèses. Ces problématiques peuvent concerner notamment la vie intime, la sphère contraceptive et ses échecs.

En effet, les patientes obèses auraient une moindre couverture contraceptive.

Partant de ce postulat, il incombe d'en comprendre les raisons afin que le médecin, sensibilisé, puisse susciter le questionnement de ses patientes, les informer et les guider au travers de ces thématiques avec le plus d'efficacité possible.

I.1 OBESITE DE L'ADULTE: EPIDEMIOLOGIE ET CONSEQUENCES POUR LA FEMME EN AGE DE PROCREER

I.1.1 Définition et épidémiologie de l'obésité

I.1.1.1 Définition de l'obésité de l'adulte

Pandémie moderne, l'obésité est une pathologie chronique définie par une accumulation anormale ou excessive de masse grasse associée à un risque accru de maladies métaboliques, cardiovasculaires, néoplasiques et cause de décès prématurés.

La corpulence d'un individu adulte se définit le plus souvent par l'Indice de Masse Corporelle (IMC), rapport du poids (en kilogramme) sur le carré de la taille (en mètre). Cette échelle validée par l'OMS et l'HAS, permet de définir l'insuffisance pondérale : $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$, le poids normal : IMC compris entre 18,5 et 24,9 kg/m^2 , le surpoids : IMC compris entre 25 et 29,9 kg/m^2 et l'obésité : $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$. (1)

L'obésité est classée par degré de sévérité, fonction de l'IMC: grade I pour un IMC compris entre 30 et 34,9 kg/m^2 , grade II pour un IMC compris entre 35 et 39,9 kg/m^2 et grade III pour un $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$.

I.1.1.2 Epidémiologie à l'échelle mondiale

La prévalence mondiale de l'obésité de l'adulte en 2016 est estimée à 13%.

Cette prévalence tend à se stabiliser dans les pays industrialisés depuis les années 2000 tandis qu'elle augmente dans les pays en voie d'industrialisation qui concentrent aujourd'hui 64% de la population mondiale obèse.

L'obésité touche davantage les femmes. En 2016 on comptait 650 millions d'obèses dans le monde dont 15% des femmes et 11% des hommes. (2)

1.1.1.3 Epidémiologie à l'échelle française

L'étude obEpi était une enquête épidémiologique nationale tri annuelle menée notamment par l'INSERM entre 1997 et 2012 (3). L'objectif premier était d'évaluer la prévalence du surpoids et de l'obésité dans la population française.

Malgré une augmentation de 76.4% de la prévalence de l'obésité sur la période étudiée, il était noté une augmentation relative de 3.4% du nombre de personne obèses entre 2009 et 2012. Cette différence est significativement inférieure aux intervalles précédents d'où un ralentissement significatif de la progression.

En 2012, la cohorte regroupait 25 000 personnes. La prévalence estimée de l'obésité en France était de 15%, soit 6.9 millions d'adultes.

La prévalence de l'obésité adulte était significativement plus élevée chez les femmes (15.7%) que chez les hommes (14.3%).

En 2015, l'étude ESTEBAN (Etude de Santé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition) mise en œuvre par Santé Publique France avait pour objectif de décrire l'état nutritionnel de la population. La prévalence de l'obésité était de 17.4 % chez les femmes, 16.8% chez les hommes.

L'obésité grade III était là encore plus élevée chez les femmes (2.1%), que chez les hommes (1%). (2)

Dans ces deux études, la prévalence de l'obésité était inversement proportionnelle au niveau d'éducation, de diplômes obtenus et de revenus.

I.1.2 Impact de l'obésité sur la fertilité féminine

Bien que la prévalence de l'obésité augmente avec l'âge, la plus importante augmentation entre 2009 et 2012 dans l'étude obEpi touche les 18-24 ans (+ 35%). Ainsi, elle n'épargne pas les femmes en âge de procréer. Les répercussions de l'obésité sur la fertilité féminine sont multiples.

1.1.2.1 Anovulation et troubles ovulatoires

Cette dernière peut être en lien avec un hypogonadisme hypogonadotrope.

Le premier mécanisme est celui d'un excès d'aromatisation des androgènes en œstrogènes par le tissu adipeux responsable d'un rétrocontrôle négatif sur le système Kisspeptine, lui-même puissant stimulateur des neurones à GnRH hypothalamiques.

Ensuite, la leptine est une adipokine retrouvée dans le sang en quantité proportionnelle au tissu adipeux. L'hypothèse serait celle d'une leptino résistance des neurones Kiss chez les patientes obèses conduisant à une inhibition du système Kiss et donc in fine à l'inhibition de la stimulation des neurones à GnRH. (4)

Enfin, l'anovulation peut également être liée à un syndrome des ovaires polykystiques (SOPK). Défini par le trouble de la fonction ovulatoire, il est caractérisé par un trouble du cycle, une hyperandrogénie clinique ou biologique et/ou des ovaires polykystiques échographiques. Le SOPK survient chez des patientes obèses dans 30 à 75% des cas. L'hyperandrogénie de ce syndrome est polyfactorielle et pourvoyeuse de dysovulations.

1.1.2.2 Délai de conception

Chez les patientes obèses ayant une ovulation normale, le délai de conception est allongé. Selon une étude française descriptive publiée en 2010 par Bajos et al, 67% des femmes obèses avaient des relations sexuelles avec un partenaire obèse ou en surpoids chez qui les problèmes de dysfonction érectile étaient significativement corrélés à l'IMC. (5)

1.1.2.3 Aide médicale à la procréation

En PMA, le taux de grossesse et de naissance vivante est inversement corrélé à l'IMC (6). Les causes sont multiples: les ovocytes matures sont moins fécondés par altération de leur qualité et de leur taille ; les taux d'œstradiol plus bas seraient corrélés à la diminution des taux d'embryons. Egalement, il existe une diminution du taux d'implantation, l'hypothèse est celle d'une altération de l'endomètre induite par l'obésité.

1.1.2.4 Fausses couches

Quand une grossesse débute chez une patiente obèse, l'obésité est un facteur de risque indépendant de fausse couche, notamment au premier trimestre. (7) (8)

Afin de ne pas m'écarter du sujet « obésité et contraception », j'ai fait le choix de ne pas mentionner dans ce chapitre les répercussions de l'obésité sur la grossesse (diabète gestationnel, pré éclampsie, naissances instrumentales, césariennes et infections de site opératoire, prématurité, macrosomie, mort périnatale...).

Au total :

La prévalence de l'obésité augmente dans de nombreux pays du monde mais son augmentation est encore plus marquée dans les pays en voie d'industrialisation

La prévalence de l'obésité féminine tend à augmenter plus rapidement que l'obésité masculine bien qu'un ralentissement de cette progression soit observé dans les deux sexes en France

L'obésité féminine impacte négativement la fertilité

I.2 CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES OBESES : EPIDEMIOLOGIE, EFFICACITE ET RISQUES INHERENTS A L'OBESITE

I.2.1 Epidémiologie de la contraception

I.2.1.1 Dans le monde

En 2018, l'OMS estimait à 214 millions le nombre de femmes dans les pays en développement qui souhaiteraient éviter ou espacer les grossesses mais qui n'utilisent aucune méthode contraceptive. (9)

Toutefois, l'utilisation globale des contraceptifs a augmenté dans le monde passant de 54% en 1990 à 57,4% en 2014. La proportion de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans indiquant utiliser une méthode contraceptive a très faiblement augmenté entre 2008 et 2014 : en Afrique, elle est passée de 23,6% à 27,6%, stable en Asie (61%), de même qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes, passant de 66,7% à 67%. (9)

I.2.1.2 En France

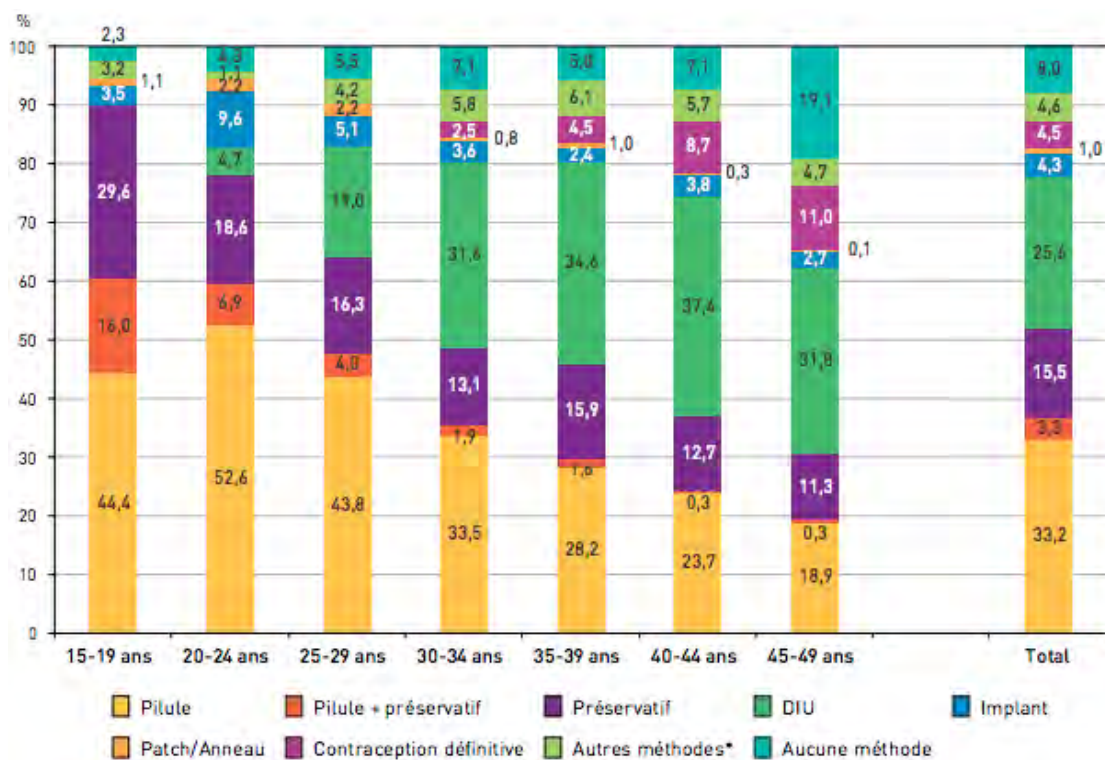
En 2016 selon un sondage de l'Inpes regroupant plus de 4300 femmes (Figure 1), 71.9% étaient concernées par la contraception. Il s'agissait de femmes âgées de 15 à 49 ans, non ménopausées, non enceintes et sans projet de grossesse, ayant eu des relations sexuelles avec un homme dans l'année précédant le questionnaire.

Parmi elles 8.0 % déclaraient ne pas utiliser de moyen contraceptif. (10)

Plus de sept femmes sur dix avaient recouru à une méthode médicalisée pour assurer leur contraception. La pilule restait la méthode la plus utilisée parmi les 15-24 ans. Son utilisation diminuait par la suite pour concerner moins de la moitié (47,8 %) des 25-29 ans et plus qu'un tiers (35,4 %) des 30-34 ans.

L'utilisation des dispositifs intra utérins (DIU) augmentait ensuite avec l'âge pour atteindre un niveau proche de celui de la pilule chez les femmes de 30-34 ans puis devenait le contraceptif le plus utilisé à partir de 35 ans.

Figure 1 : Méthodes contraceptives utilisées en France en 2016 par les femmes âgées de 15 à 49 ans, baromètre santé 2016, Santé Publique France.



1.2.1.3 Cas particulier des femmes obèses

Selon une étude rétrospective française de 2010 comptant plus de 5500 femmes dont 10% de patientes obèses, ces dernières déclaraient une activité sexuelle significativement similaire à celles des femmes non obèses. (5)

Peut-être du fait d'une fécondité altérée en lien avec l'obésité, elles étaient en 2010 deux fois plus nombreuses à n'utiliser aucun moyen de contraception lors d'un rapport sexuel (OR à 2,48 [IC 95 % : 0,69 à 8,93]) et 8 fois plus nombreuses à utiliser un moyen de contraception non adapté comme le retrait (OR à 8,51 [IC 95 % : 2,02 à 35,88]).

Selon cette même étude, les femmes obèses de moins de 30 ans étaient 4 fois plus exposées au risque de grossesses non prévues (OR à 4,26 [IC 95 % : 2,21 à 8,23]) et avaient presque 4 fois plus de risque de recourir à une interruption volontaire de grossesse (OR à 3,72 [IC 95 % : 1,59 à 8,70]) que les femmes ayant un IMC <25 kg/m².

Déjà en 2005, une étude de cohorte étasunienne composée de près de 8 000 femmes dont 1600 étaient obèses rapportait que l'obésité était un facteur prédictif d'absence d'utilisation des contraceptifs comparativement aux femmes non obèses (OR ajusté 1.34, 95% CI 1.16–1.55 $p<0.0001$) (11).

Par la suite entre 2006 et 2010, l'analyse des pratiques contraceptives d'une cohorte de 1375 femmes étasuniennes obèses âgées de 20 à 44 ans par le Center of Disease Control (CDC) retrouvait l'absence d'utilisation de contraceptifs chez 21.5 % d'entre elles.

Ces patientes non utilisatrices de contraceptifs se situaient aux âges extrêmes de la cohorte, avaient un plus grand nombre de rapports sexuels ($p<0.01$), pensaient avoir des difficultés à concevoir dans le futur ($p<0.001$) et n'avaient pas discuté contraception avec un soignant dans l'année précédant le questionnaire ($p<0.001$) (12).

Par ailleurs, 10.3% utilisaient des méthodes comportementales (retrait, abstinence) et 20.8% des méthodes barrières (préservatif essentiellement). Seul 47.4% des patientes interrogées déclaraient utiliser une méthode contraceptive prescrite par un soignant.

Ainsi les femmes obèses semblent bénéficier d'une couverture contraceptive moindre et être à risque de grossesses non prévues.

1.2.2 Contraception : Efficacité et risques inhérents à l'obésité

1.2.2.1 Contraception par méthodes hormonales

A) Pilule oestro progestative (POP)

Beaucoup d'études concernant les POP font état de modifications pharmacocinétiques spécifiques à l'obésité. Finalement lorsque les études se focalisent sur le taux d'échec des POP (grossesse sous contraception), les résultats demeurent disparates mais les taux d'échec sous contraception ne sont pas significativement augmentés chez les patientes obèses.

Dans une méta analyse parue en 2017, 10 études sur 14 ne retrouvaient pas de diminution significative de l'efficacité des POP chez les patientes obèses comparativement aux patientes de poids normal (13). Plus tôt en 2002, le réseau épidémiologique étasunien branche du Center of Disease Control ne retrouvait pas de différence significative des taux d'échec des POP chez les patientes obèses par rapport aux patientes non obèses (14). Il en est de même pour la contraception par anneau vaginal.

En revanche, il existerait une augmentation du risque d'échec concernant les patchs cutanés pour un poids supérieur à 90 kg (OMS, CDC).

L'obésité est reconnue comme un facteur de risque indépendant de thrombose artérielle et veineuse.

Les œstroprogestatifs (oraux ou extra oraux) augmentent le risque de maladie veineuse thromboembolique (MVTE) chez des patientes non obèses d'un facteur 3 à 5 par rapport aux non-utilisatrices (soit 12 à 20 pour 100 000 femmes/année).

L'incidence spontanée des thromboses veineuses profondes chez les femmes obèses varie de 10 à 30 pour 100 000 femmes/année, cette incidence augmente entre 60 et 100 pour 100 000 femmes/année en cas de prise d'œstroprogestatifs.

Néanmoins le risque thromboembolique d'une patiente obèse sous contraceptif œstroprogestatif (en l'absence de contres indications médicale) reste inférieur au risque thromboembolique d'une patiente obèse enceinte (100-200/100 000). (15)

Concernant le risque artériel (IDM, AVC) il est 1,6 fois plus élevé chez les utilisatrices de POP par rapport aux non utilisatrices (RR 1,6 95% IC 1.3-1.9) selon une méta analyse de la Cochrane regroupant 24 études épidémiologiques. (16)

L'obésité en tant que seul facteur de risque (FDR) artériel ne contre indique pas l'utilisation de POP car il n'a pas été mis en évidence de sur risque d'IDM ou d'AVC.

En revanche, l'association à d'autres FDR artériels ou veineux contre indique son utilisation chez les patientes obèses. (17) Enfin, le risque artériel serait proportionnel au dosage d'ethinyloestradiol (EE) et majoré avec les contraceptifs de 1^{ère} génération versus 2^{ème} et 3^{ème}. (18)

De ce fait, en ce qui concerne le risque cardiovasculaire et thromboembolique, l'utilisation de méthodes contraceptives œstroprogestatives est moins à risque que la grossesse. L'utilisation des POP en situation d'obésité et en l'absence stricte d'autres facteurs de risque cardiovasculaires ou thromboemboliques n'est pas contre indiquée. La dose d'EE à 50µg n'est pas recommandée tout comme la prescription d'une POP au-delà d'un IMC à 35 kg/m² en l'absence d'études cliniques (IMC $\geq$ 35 kg/m² étant souvent un critère d'exclusion des études). (19)

B) Pilule microprogestative

Elle est une contraception de choix en présence d'antécédent ou de facteurs de risque d'accidents thromboemboliques veineux ou artériels. En effet, aucun sur risque artériel (AVC/IDM) ou thromboembolique veineux n'a été mis en évidence.

C) Implant sous cutané

Dans l'étude Américaine CHOICE comptant plus de 8000 participantes, les taux cumulés d'échecs sur 3 ans étaient de moins de 1 pour 100 année-femme dans les groupes de patientes obèses ayant choisi l'implant sous cutané comparativement au DIU hormonal.(20) Ces taux ne variaient pas en fonction de l'IMC. Cette étude ne retrouve donc pas de diminution d'efficacité de l'implant chez les femmes obèses. Le changement précoce à 2 ans d'utilisation de l'implant sous-cutané chez les femmes obèses est une pratique courante mais qui paraît sans réel fondement scientifique.

D) Injection trimestrielle d'acétate de dépôt-médroxyprogestérone (DMPA)

Le taux de grossesse avec les progestatifs injectables est <4/1000 à plus de 2 ans (grade A). De par son activité glucocorticoïde like et androgénique intrinsèque, il semble occasionner une prise de poids, une insulino-résistance et une déminéralisation osseuse. Les contre-indications sont similaires à celle des POP ce qui n'en fait pas un progestatif pertinent dans l'obésité.

E) Macro progestatifs

En France, ils n'ont pas l'AMM en contraception.

F) DIU Levonorgestrel

Il a une action mixte. Aux Etats Unis les essais cliniques pour l'autorisation de mise sur le marché (AMM) des DIU au levonorgestrel ont inclus des patientes jusqu'à un IMC de 55 kg/m² sans mettre en évidence de différence d'efficacité par rapports aux IMC considérés comme normaux (21).

1.2.2.2 Contraception par méthodes non hormonales

A) DIU au cuivre

Les DIU au cuivre constituent une méthode contraceptive de choix pour les patientes obèses, sans restriction en lien avec l'IMC. Outre la pose pouvant s'avérer plus délicate, l'efficacité ne varie pas avec l'IMC.

1.2.2.3 Contraception d'urgence

Entre 2015 et 2017, plusieurs revues systématiques de la littérature ont démontré que l'efficacité de la contraception d'urgence par Levonorgestrel (LNG) était inversement corrélée à l'IMC (22) (23).

Le risque d'échec chez les patientes obèses est multiplié par 4,4 avec le LNG et par 2,6 avec l'ulipristal acétate (UPA).(24) Ainsi, en contraception d'urgence et en cas d'IMC > 30 kg/m² il est recommandé de prescrire plutôt un DIU au cuivre ou de l'UPA.

1.2.2.4 Contraception et chirurgie de l'obésité

Il existe deux types de chirurgie bariatrique : le groupe des chirurgies restrictives (sleeve gastrectomy ou pose d'un anneau gastrique) et le groupe des chirurgies malabsorptives (by-pass gastrique ou dérivation bilio-pancréatique).

Dans une revue systématique de la littérature publiée en 2018, la chirurgie bariatrique de 82 patientes en obésité sévère présentant un SOPK était associée dans 96% des cas à la disparition du SOPK pré existant (25).

La chirurgie bariatrique augmente la probabilité d'une grossesse spontanée, pourtant, la perte de poids rapide, les carences nutritives ainsi que les changements hormonaux induits nécessitent une contraception 12 à 18 mois après le geste chirurgical (26) (27).

Pour preuve, en 2019, parmi les 650 patientes d'une cohorte multicentrique, celles nullipares bénéficiant de la chirurgie bariatrique dans un contexte d'infertilité, donc persuadées de leur incapacité à concevoir, étaient les plus à risque de rapports sexuels non protégés sans intention de grossesse (RR 1.58 [95%CI, 1.24–2.01], $P < .001$) et les plus à risque de grossesses précoces post opératoire (dans les 18 mois) (RR 4.74 [95% CI, 1.73–12.96]. $P = 0.002$). (28)

I.3 OBESITE ET CONTRACEPTION : SYNTHESE DES DERNIERES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES

Pour plus de clarté, nous avons choisi de regrouper la synthèse des dernières recommandations d'abord françaises puis internationales sous forme de tableaux.

I.3.1 Recommandations Françaises (Tableau 1)

SFE : SOCIETE FRANCAISE D'ENDOCRINOLOGIE (29)

HAS : HAUTE AUTORITE DE SANTE (30)

CNGOF : COLLEGE NATIONAL DE GYNECOLOGIE OBSTETRQUE FRANÇAIS (31)

	Pré requis	Contraceptions œstroprogestative	Microprogestatifs et DMPA	Implant progestatif	Contraception d'urgence
Consensus SFE 2010	- La contraception œstro progestative n'entraîne pas de prise de poids	- Bénéfices Obésité + POP (si seul FDR CV) > Risques Obésité + Grossesse - Risque thrombo embolique ↑ avec la dose d'EE et le type de progestatif (3^{ème} G>2^{ème} G>1^{ère} G) - CI 6 semaines post chirurgie bariatrique, patch et anneau à privilégier si chirurgie malabsorptive	-Pas de restrictions d'utilisation pour les microprogestatifs -Contre-indication DMPA IM si adolescente obèse	- Si poids >70 kg : changer le dispositif à 2 ans	- Efficacité LNG < UPA
Recommand ations HAS 2013	-L'obésité seule (en l'absence de cumul des facteurs de risque) ne CI pas une contraception œstroprogestative		-Pas de restriction des microprogestatifs chez patientes obèses -DMPA : prise de poids, CI si FDR d'ostéoporose (↓ la DMO)		
Recommand ations pour la pratique clinique CNGOF 2019	- Femmes obèses = population à risque de grossesses non prévues -Pas de différence d'efficacité des contraceptifs en fonction de l'IMC : si obésité sans autre FDR CV, proposer l'ensemble de la gamme contraceptive (Grade B)	-Pas de CI si absence de FDR CV et âge <35 ans (Risque CV et thrombo embolique < risque Grossesse + obésité)	- DMPA contre indiqué si ≥ 2 FDR CV (Grade B)	-Efficace: essais cliniques jusqu'à IMC 56 kg/m² (NP2) - Pas de changement avant 3 ans si patientes obèses (Grade B)	- Privilégier DIU cuivre ou UPA (Grade A)

I.3.2 Recommandations Internationales (Tableau 2)

	Oestroprogestatifs Pilule Patch Anneau	Implant	Pilule microprog	DMPA	DIU-Cu	DIU- LNG	Contraception d'U DIU-CU DIU-LNG UPA	Chirurgie bariatrique Restrictive Malabsorptive
US MEC 2016	2 2 2	1	1	1	1	1	1 2 2	POP et micro progestative 1 3 Patch / Anneau DIU(LNG/Cu) 1 1 Implant / DMPA 1 1
UK MEC 2016	2 2 2 Si IMC $\geq$ 35kg/m ² ou FDR CV multiples : 3 3 3	1 Si FDR CV : 2	1 Si FDR CV : 2	1 Si FDR CV : 3	1 Si FDR CV : 1	1 Si FDR CV : 2	1 1 1	POP/Patch/Anneau : 2 2 Si IMC $\geq$ 35 kg/m ² : 3 3 DIU (LNG ou Cu) 1 1
WHO Dec 2015	2 2 2	1	1	1	1	1	1 1	POP et micro progestative 1 3 Patch / Anneau DIU(LNG/Cu) 1 1 Implant / DMPA 1 1

US/UK MEC: UNITED STATES (32) / UNITED KINGDOM (33) MEDICAL ELIGIBILITY FOR CONTRACEPTIVE USE, 2016

WHO: WORLD HEALTH ORGANIZATION (34)

1: Pas de restriction d'utilisation (safe to use)

2: Les avantages de la méthode sont généralement supérieurs aux risques théoriques (generally safe)

3: Les risques de la méthode sont généralement supérieurs aux bénéfices théoriques (generally unsafe)

4: Le risque sanitaire est inacceptable (not safe to use)

Au total :

En France, les femmes obèses ont une activité sexuelle similaire à celle des femmes non obèses mais une couverture contraceptive probablement moindre

Les femmes obèses semblent en moyenne 4 fois plus exposées aux problématiques de grossesses non désirées et d'IVG

En cas d'obésité isolée de grade I et en l'absence d'autres comorbidités, les patientes peuvent bénéficier de l'ensemble de la gamme contraceptive

I.4 OBJECTIFS DE L'ETUDE

Peu d'études s'attachent à évaluer les pratiques contraceptives des patientes ayant un IMC ≥ 30 kg/m² et l'obésité grade II et III constitue souvent un critère d'exclusion des essais cliniques.

Plusieurs études semblent montrer que les femmes obèses sont plus à risque de grossesses non prévues et d'IVG. Au-delà de l'aspect purement statistique, peu de données sont disponibles pour comprendre ces résultats c'est à dire ce qui sous-tend le fait de ne pas utiliser de contraceptifs, d'être à risque de grossesses non prévues ou d'IVG.

En découlent nos deux objectifs :

L'objectif principal de cette étude est de décrire les pratiques en matière de contraception, la fréquence des grossesses non prévues et des IVG chez les patientes obèses adultes de la clinique Bondigoux,

L'objectif secondaire est de décrire dans cette catégorie de la population les connaissances, freins et attentes en matière de contraception afin de mieux comprendre les résultats retrouvés.

Ceci pourra également conduire à élaborer dans le futur un atelier éducatif traitant de la thématique contraceptive adapté aux patientes obèses. Comme par exemple celles hospitalisées à la clinique du château de Vernhes à Bondigoux.

II- MATERIEL et METHODE

II.1 Profil de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique prospective, de cohorte, mono centrique au sein du service d'hospitalisation complète (HC) pour patients obèses de la clinique du Château de Vernhes à Bondigoux (Haute-Garonne, 31).

La structure est une clinique médicale et de soins de suite et réadaptation (SSR) spécialisée dans le traitement de l'obésité et ses complications. Il est le premier établissement français à avoir une reconnaissance de l'ARS Midi-Pyrénées pour la prise en charge des personnes atteintes d'obésité morbide, enfin, il s'agit d'un centre intégré de l'obésité (en partenariat avec le CHU Toulouse) réalisant le suivi des patientes obèses en pré et post chirurgie bariatrique.

L'étude a reçu l'aval du Comité de Protection des Personnes (CPP).

II.2 Population

Cette étude a inclus les patientes majeures en situation d'obésité hospitalisées à la clinique du Château de Vernhes à Bondigoux du 1^{er} Février 2019 au 05 juillet 2019.

Ces dernières étaient toutes adressées en hospitalisation complète par un médecin ambulatoire généraliste pour une prise en charge globale de leur obésité à l'aide d'un programme d'éducation thérapeutique sur une période incompressible de trois semaines.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Patientes obèses ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$)
- Majeures
- En période d'activité génitale
- Volontaires
- Avec ou sans moyen de contraception
- Enceinte ou non

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Patientes mineures ou majeures protégées
- Patientes ménopausées

Les patientes ne pouvaient participer à l'étude qu'une seule fois au cours de la période d'inclusion. La participation était basée sur le volontariat après signature d'un formulaire de consentement libre, éclairé et daté.

Le refus de participer ne modifiait pas la prise en charge.

II.3 Procédure et variables recueillies

Cette étude était basée sur l'analyse des réponses à un auto-questionnaire (Annexe 1) des patientes hospitalisées à la clinique de Bondigoux.

La période d'inclusion s'étendait de Février 2019 à Juillet 2019.

En l'absence de questionnaire validé dans la littérature scientifique, ce dernier a été élaboré pour la réalisation de l'étude. Il comprend uniquement un volet destiné aux patientes.

Sa rédaction s'appuie sur des questionnaires précédemment utilisés et validés dans des études publiées.

Les patientes étaient informées du travail de recherche via un formulaire d'information intégré dans le dossier d'accueil (Annexe 2). Le recrutement se faisait par l'affichage de Flyers dans toute la clinique mentionnant le lieu et la date de l'atelier « Réponse au questionnaire obésité et Contraception ».

Toutes les trois semaines (durée de l'hospitalisation) était organisée une session de réponse au questionnaire, dans une salle dédiée en présence d'un membre du travail de recherche. Les patientes volontaires se présentaient spontanément et remplissaient seules le questionnaire papier. La présence d'un membre du travail de recherche permettait de répondre aux questions éventuelles afin de maximiser les taux de réponses.

Une phase pré test a été réalisée auprès d'une patiente du service d'hospitalisation complète en février 2019. Cela a permis d'adapter le questionnaire pour favoriser une meilleure compréhension. Les termes médicaux ont été simplifiés et la formulation des questions a été modifiée.

Les données de cette patiente n'ont pas été incluses dans l'analyse statistique.

Les données de chaque patiente étaient rendues anonymes après avoir collecté sur le logiciel de l'hôpital le poids et la taille mesurés par le médecin au début de l'hospitalisation.

Afin d'optimiser les résultats, ce sont ces derniers paramètres qui ont été utilisés pour le calcul de l'IMC ainsi que les analyses statistiques et non les paramètres taille/poids allégués par les patientes.

II.4 Analyse et traitement des données

Le test statistique du Chi2 a été utilisé afin d'évaluer la dépendance des variables étudiées sur le logiciel JMP stat.

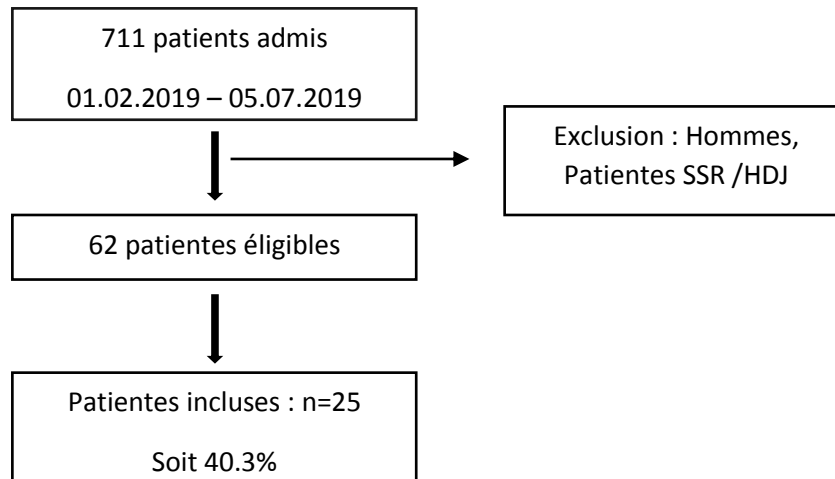
Le risque d'erreur de première espèce alpha était considéré comme acceptable si inférieur à 5%. Il est présenté dans les résultats sous l'appellation « p ».

III- Résultats

III.1 Sélection des patientes

Le détail de la sélection des patientes est présenté dans un diagramme de flux (Figure 2) :

Figure 2 : Diagramme de flux d'inclusion des patientes



III.2 Résultats principaux

Caractéristiques générales de la population incluse

Le détail des caractéristiques des patientes incluses est présenté dans le tableau 3.

Tableau 3 : Caractéristiques de la population sélectionnée

Caractéristiques :		Grade I (%)	Grade II (%)	Grade III (%)
BMI (n=25)		16	32	52
Age	18-30	50	25	30.8
	31-44	0	37.5	30.8
	≥45	50	37.5	38.4
Activité professionnelle en cours		25	62.5	69.2
Profession	Agricultrice	0	12.5	0
	Artisan	25	0	4
	Cadre	0	0	4
	Intermédiaire	25	25	12
	Employée	0	12.5	4
	Ouvrière	25	12.5	4
	Autre (chômage)	25	37.5	24

Statut marital		Mariée	0	37.5	38.4
		Couple	50	37.5	30.8
		Célibataire	50	25	30.8
Contraception		LARC	25	50	30.8
		Non LARC	25	25	15.4
		Autre	0	12.5	7.7
		Aucune	50	12.5	46.1
Prescripteur	Gynécologue		100	87.5	58.3
	Généraliste		0	0	33.3
	Endocrinologue		0	12.5	8.4
Dernière consultation gynécologique		< 1 an	75	62.5	58.3
		1 et 2 ans	25	25	8.35
		2 et 5 ans	0	12.5	25
		> 5 ans	0	0	8.35
Rapports sexuels dans l'année		Oui	50	87.5	69.2
		Non	50	12.5	30.8
Rapports non protégés		Oui	0	14.3	55.6
		Non	100	85.7	44.4
Contraception d'urgence		Jamais	75	37.5	46.2
		1 fois	25	37.5	30.8
		2 ou +	0	25	23
Grossesse non désirée dans l'année			0	0	0
IVG		0	100	50	84.6
		1	0	37.5	0
		2 ou +	0	12.5	15.4

Plus de la moitié des patientes incluses (52%) étaient en obésité grade III.

L'âge moyen des patientes de la cohorte était de 37.5 ($\pm 9,4$) ans et l'IMC moyen de 40.03 ($\pm 5,9$) kg/m².

Le pourcentage de patientes sans emploi au moment de l'inclusion s'élevait à 40%.

Données épidémiologiques concernant l'objectif principal : résultats globaux

Au total, 36% des patientes avaient une méthode contraceptive dite LARC (Long Acting Reversible Contraceptive) c'est-à-dire un DIU ou un implant ; 36% des patientes n'avaient pas de contraception.

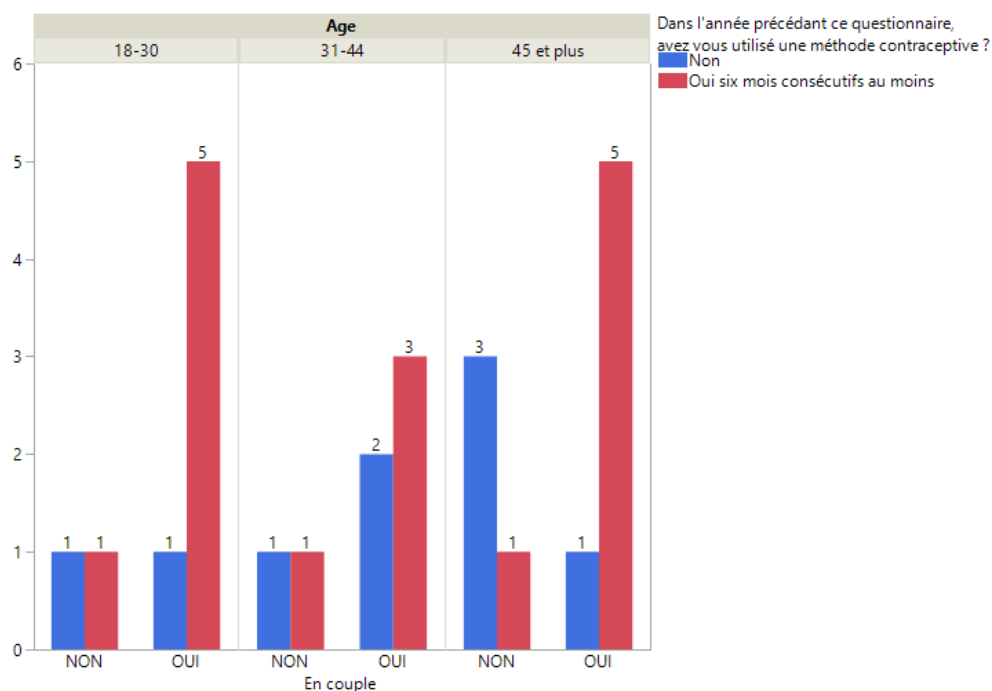
La contraception en cours était majoritairement (75.1%) prescrite par des gynécologues et 62.5 % des patientes de la cohorte avaient bénéficié d'une consultation gynécologique dans l'année précédant le questionnaire.

Il s'avère que 19 des 25 patientes de la cohorte (76%) alléguaient ne jamais avoir réalisé d'IVG. Bien qu'aucune patiente en obésité grade I ne rapportait d'antécédent d'IVG, le nombre d'IVG n'était significativement pas corrélé au grade d'obésité ($p=0.0872$).

Aucune patiente de la cohorte n'avait rapporté de grossesses non désirées dans l'année précédant le questionnaire.

Parmi les 25 patientes, 17 étaient en couple (soit 68%). Dans cette étude, être en couple était significativement corrélé au fait d'avoir utilisé une contraception au moins 6 mois consécutifs dans l'année précédant le questionnaire ($p=0.0393$) (Figure 3).

Figure 3 : Utilisation d'une méthode contraceptive en fonction de l'âge et du statut marital



Etre en couple était corrélé à l'utilisation d'une contraception au moins six mois consécutifs dans l'année précédant le questionnaire.

Plus du tiers de la cohorte n'utilisait pas de moyen contraceptif.

Aucune grossesse non désirée n'a été rapportée par la cohorte dans l'année précédant le questionnaire.

La fréquence des IVG s'élevait à 24% dans la cohorte, elle n'était pas corrélée au grade d'obésité

Données épidémiologiques concernant l'objectif principal: pratiques en matière de contraception

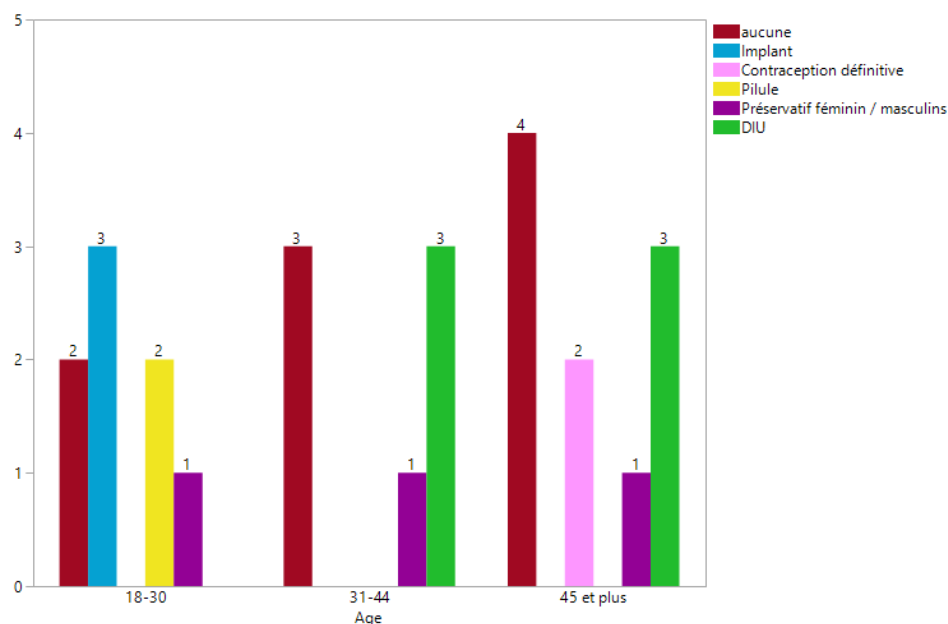
Finalement, 16 des 25 patientes (soit 64%) utilisaient une contraception. Les données de notre échantillon (Figure 4) étaient superposables aux données de Santé Publique France 2016 (Figure 1) concernant les méthodes contraceptives utilisées.

La pilule et l'implant étaient les moyens de contraception utilisés par les patientes jeunes. Leur diminution se faisait au profit des dispositifs intra utérins.

En effet, ces derniers étaient majoritairement utilisés par les patientes de plus de 31 ans utilisant une contraception. La contraception définitive était l'apanage des patientes en fin d'activité reproductive.

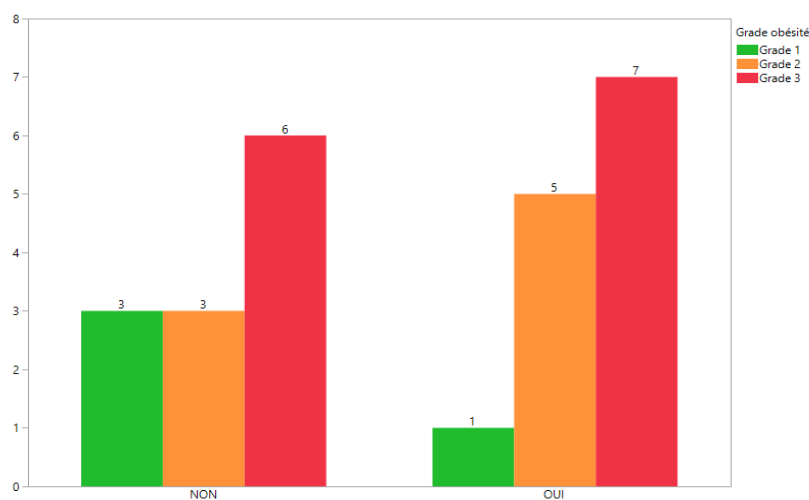
Le préservatif était, comme dans la précédente enquête nationale, un moyen contraceptif utilisé avec constance à tous les âges tandis que l'absence de contraception augmentait avec l'avancée en âge.

Figure 4 : Méthodes contraceptives utilisées par la cohorte



Dans notre cohorte, 52% des patientes avaient déjà utilisé une contraception d'urgence. Le grade d'obésité n'était pas corrélé à l'utilisation d'une contraception d'urgence ($p=0.45$) (Figure 5).

Figure 5 : Utilisation d'une contraception d'urgence en fonction du grade d'obésité



Quatre des six patientes ayant eu des rapports sexuels non protégés dans l'année précédant le questionnaire avaient déjà utilisé une contraception d'urgence au cours de leur vie.

Les méthodes contraceptives des patientes de la cohorte étaient superposables à celle d'un échantillon représentatif des femmes françaises en 2016

Plus de la moitié des patientes de la cohorte avaient déjà utilisé une contraception d'urgence

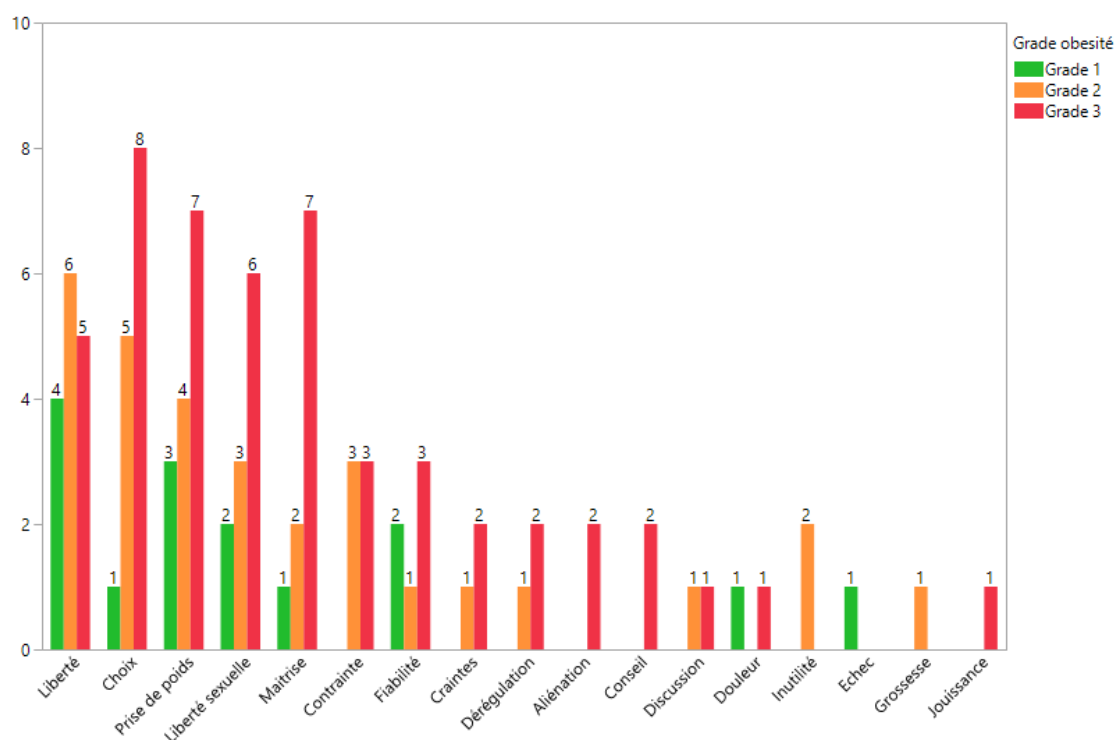
Données épidémiologiques concernant l'objectif secondaire

Représentations associées à la contraception

Parmi les 5 synonymes de la contraception choisis les plus fréquemment sur une liste, 4 étaient des attributs positifs : liberté, choix, liberté sexuelle et maîtrise.

En revanche, pour plus de la moitié des patientes (14 sur 25), contraception était synonyme de prise de poids (Figure 6).

Figure 6 : Choix multiple des synonymes de contraception pour la cohorte sélectionnée

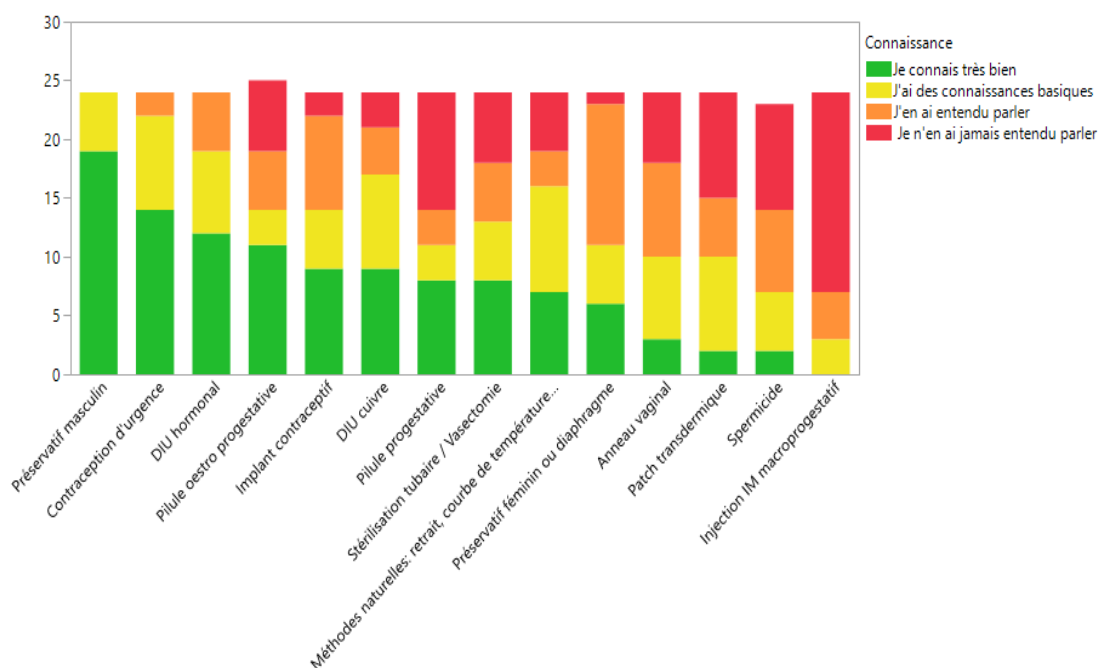


Plus de la moitié des patientes associaient contraception et prise de poids

Connaissances en matière de contraception

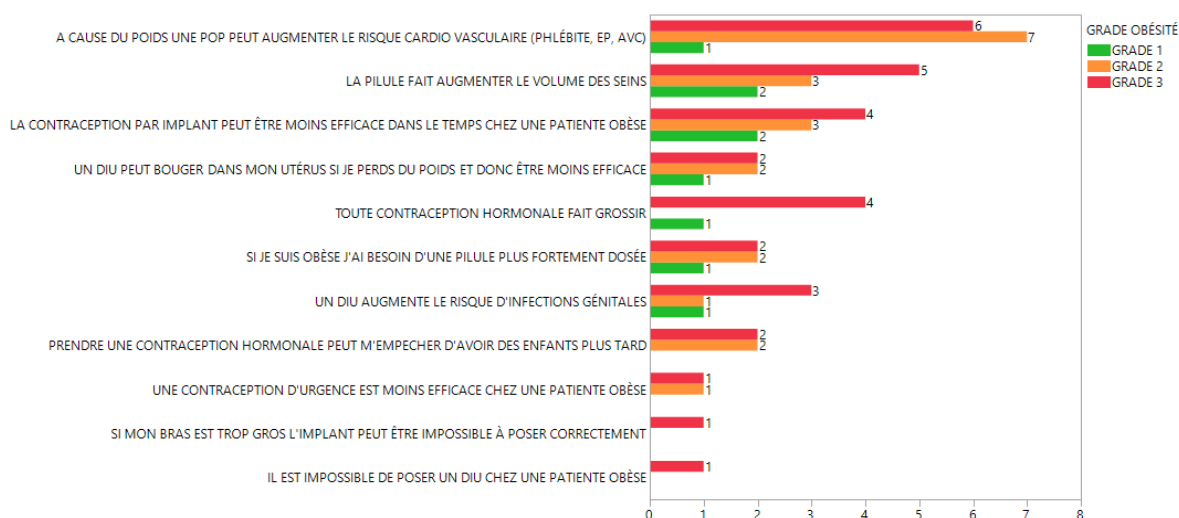
Le préservatif masculin était la méthode contraceptive la mieux connue des patientes de la cohorte suivi par la contraception d'urgence, mieux connue que les méthodes dites LARC (Figure 7).

Figure 7 : Connaissance des différents moyens contraceptifs de la cohorte



Un cinquième de la cohorte affirmait qu'un DIU pouvait bouger dans l'utérus en cas de perte de poids. Egalement que toute contraception hormonale était source de prise de poids (Figure 8).

Figure 8 : Affirmations sélectionnées par la cohorte



Préservatif masculin et contraception d'urgence étaient les 2 moyens contraceptifs les mieux connus

Principaux freins en lien avec la contraception

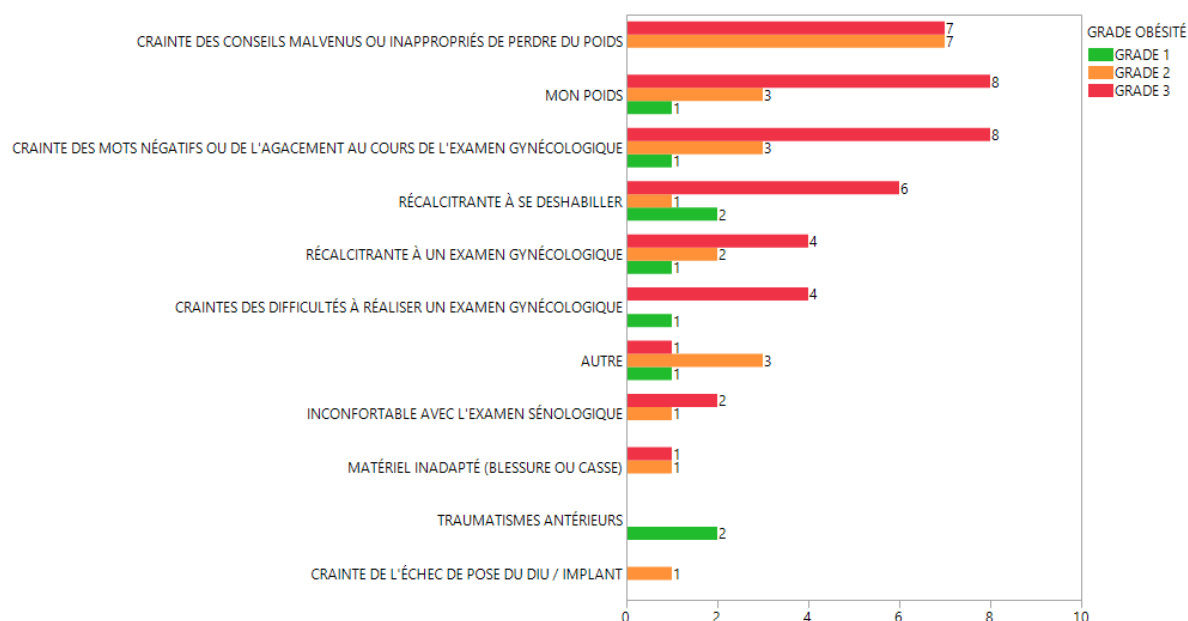
Le poids, la crainte de se déshabiller et d'être examinée au niveau gynécologique ou sénologique ou encore les traumatismes antérieurs en lien avec la sphère gynécologique constituaient des freins plutôt intrinsèques à la consultation gynécologique en lien avec la contraception.

Les mots négatifs et/ou de l'agacement au cours de l'examen tout comme les conseils malvenus de perdre du poids (non en lien avec le motif de consultation) ou encore la peur d'un matériel inadapté et d'un opérateur en difficulté étaient des freins plutôt extrinsèques à la consultation gynécologique des patientes en situation d'obésité (Figure 9).

Ces freins étaient nombreux puisqu'en moyenne chaque patiente en citait 3.

Les pourcentages allégués de freins externes (50.75%) et internes (49.25%) étaient dans des proportions similaires. Il n'existait pas de différences significatives dans le nombre et l'origine des freins en fonction du grade d'obésité ($p=0.19$).

Figure 9 : Freins des patientes en situation d'obésité (parmi une liste de propositions) à un examen gynécologique dans le cadre d'une consultation en lien avec la contraception

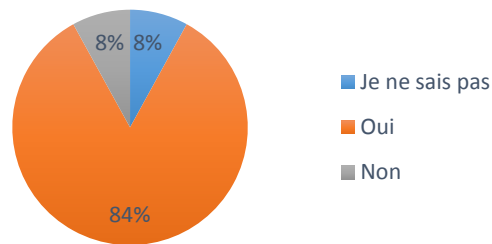


Il existait autant de freins intrinsèques qu'extrinsèques à la consultation gynécologique des femmes en situation d'obésité

Attentes en matière de contraception

A la question fermée « souhaitez-vous que les praticiens soient formés à l'examen clinique de la patiente obèse ? », 21 des 25 patientes de la cohorte (soit 84%) avaient répondu positivement (Figure 10).

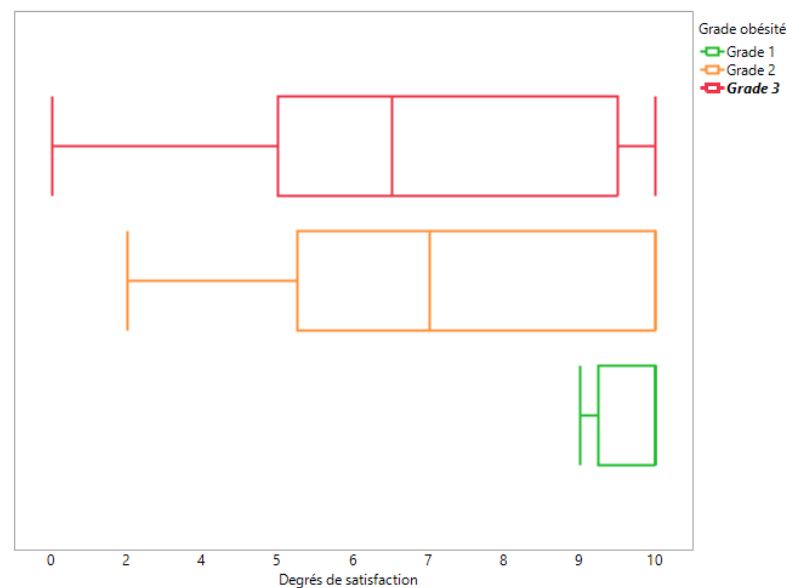
Figure 10 : Souhait d'une formation des praticiens à l'examen clinique dont gynécologique des patientes obèses



Dans cette étude, le degré de satisfaction des patientes quant à la manière dont les praticiens les avaient aidées à choisir leur contraception semblait inversement corrélée au grade d'IMC (Figure 11). En effet, les patientes ayant l'IMC le plus élevé paraissaient moins souvent satisfaites bien que les résultats ne soient pas statistiquement significatifs ($p=0.37$).

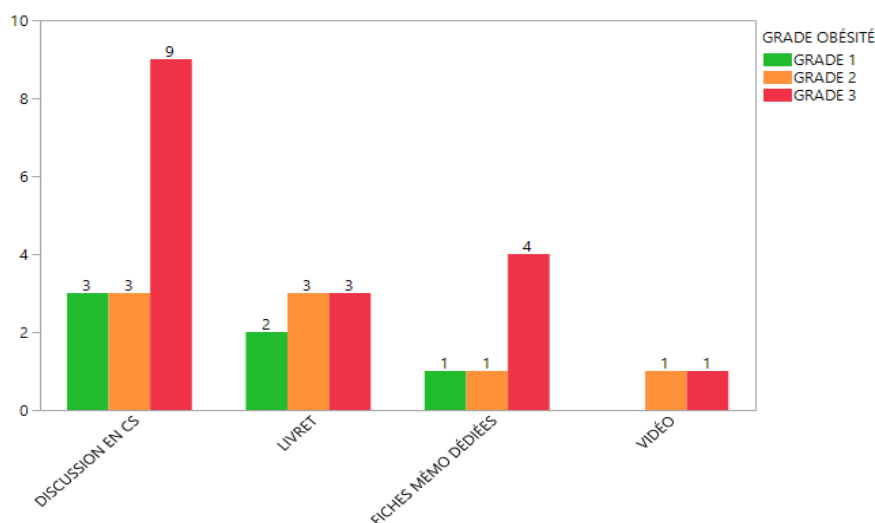
De façon générale la moyenne du degré de satisfaction des patientes dans le choix de leur contraception avec le médecin était de 7,3/10.

Figure 11 : Degrés de satisfaction quant au choix de la contraception en consultation avec le praticien en fonction du grade d'IMC (exprimés en quartiles)



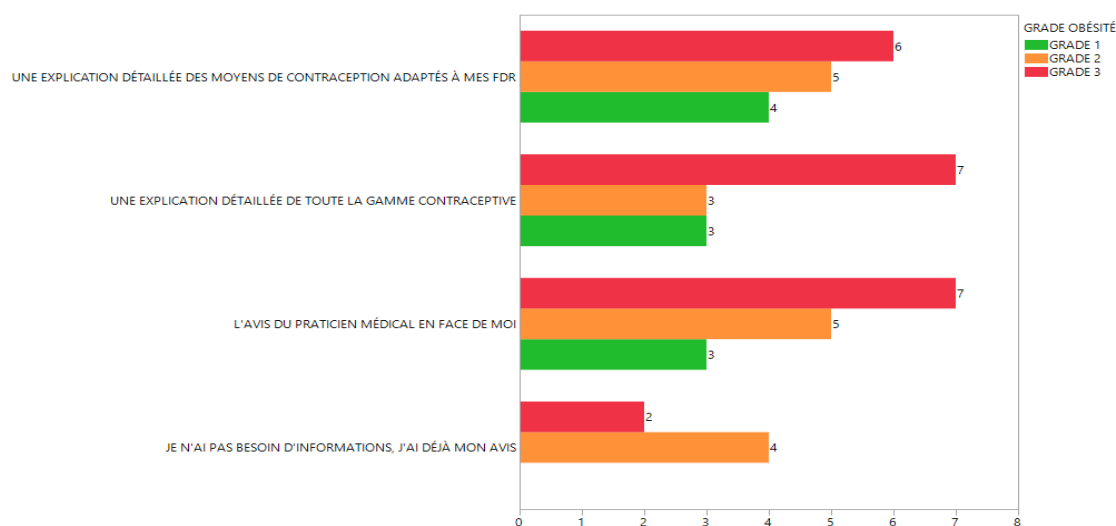
Dans notre cohorte, 15 patientes sur 25 (soit 60%) souhaitaient être informées des choix contraceptif en consultation dédiée avec un soignant (Figure 12).

Figure 12 : Choix des modalités d'informations en lien avec la contraception



Finalement moins d'un quart des patientes (24%) déclaraient ne pas avoir besoin d'explications ou de l'avis du praticien médical (Figure 13).

Figure 13 : Informations souhaitées par les patientes avant le choix de leur contraception



Les patientes souhaitaient majoritairement discuter des moyens contraceptifs en consultation (décision médicale partagée).

IV- Discussion

IV.1 Forces et limites de l'étude

IV.1.1 Les forces de l'étude

Profil et population de l'étude

Dans la littérature scientifique, peu d'études se sont attachées à décrire les connaissances pratiques freins et attentes en matière de contraception chez les patientes en situation d'obésité.

La sélection des patientes par deux investigateurs sur des critères rigoureux au sein d'un centre de référence de l'obésité hospitalisant annuellement de nombreux patients en fait une étude pilote pertinente.

Choix du format de réponse au questionnaire

En remplissant le questionnaire en salle dédiée en présence des deux investigateurs de l'étude, les taux de réponses pour chaque question ont été majorés et les données rendues ainsi interprétables et cohérentes.

Utilisation de données formelles

Véritable socle de l'étude, le calcul de l'IMC repose sur les données formalisées d'entrée, mesurées par le personnel médical et/ou paramédical.

IV.1.2 Les limites de l'étude

Nombre de patientes

Le nombre de patientes incluses est faible puisque seulement 40.3% des patientes éligibles ont rempli le questionnaire. La puissance de l'étude est donc diminuée. Ainsi, les tests n'ont pas mis en évidence de résultats statistiquement significatifs sauf pour le statut marital et l'utilisation d'une contraception.

Les résultats obtenus doivent être considérés comme des tendances.

Egalement, ce faible taux de participation doit nous interroger sur la pertinence du sujet aux yeux des soignants de l'équipe de Bondigoux. En effet, devant la sur-sollicitation des personnels soignants peut être ces derniers n'ont pas jugé primordial ce travail de recherche au regard de l'ensemble des pathologies à prendre en compte au sein du centre.

De ce fait, il leur a été difficile d'inciter les patientes à participer au travail de recherche. Une autre hypothèse nous amène à supposer que certaines patientes n'étaient peut-être pas confortables avec les thématiques intimes abordées dans le questionnaire ou encore avec les modalités de réponse (en groupe dans une salle).

Le questionnaire

Le choix du format questionnaire patiente est également la source d'un biais de déclaration évident. S'y ajoute un biais de mémorisation involontaire quand il s'agit de faire appel à des souvenirs anciens, source d'erreur au remplissage.

Enfin, en l'absence de questionnaire validé existant dans la littérature scientifique, ce dernier a dû être élaboré pour les besoins du travail de recherche.

Profil de la cohorte

L'âge moyen des patientes au recrutement était plutôt élevé (37.5 ans). Il s'agit là d'un biais de sélection possiblement en lien avec une errance médicale retardant parfois la prise en charge de l'obésité de la femme en âge de procréer.

Il peut également s'agir d'un effet centre puisque l'âge moyen des patientes hospitalisées au centre de Bondigoux était de 57 ans en 2018.

De plus les patientes de la cohorte semblaient très médicalisées: utilisation d'une contraception LARC ou non LARC à 64%, consultation gynécologique dans les 2 ans pour 79% d'entre elle. Il s'agit là d'un biais de sélection et les tendances de notre étude ne peuvent être extrapolées qu'aux femmes obèses en âge de procréer ayant initié une démarche de soins en centre spécialisé.

IV.2 Discussion des principaux résultats

Pour plus de clarté nous avons scindé la discussion qui va suivre autour de nos deux objectifs principaux.

- 1) Concernant les pratiques contraceptives ainsi que la fréquence des grossesses non prévues et des IVG :

Au total, 24% des patientes de la cohorte avaient déjà réalisé une IVG au cours de leur vie.

Dans l'étude française de 2010 portant sur les pratiques sexuelles de 411 patientes obèses, 28.8% avaient réalisé une IVG. Comparativement, 10,4 % des 3651 patientes ayant un IMC normal (compris entre 18,5 et 24,9 kg/m²) avaient déjà réalisées une IVG. (5)

Ainsi bien que non significatifs, nos résultats tendent vers ceux retrouvés dans la littérature scientifique concernant les patientes obèses.

Parmi les 16 patientes de notre étude qui avaient une contraception, 9 utilisaient une méthode dite LARC (3 implants et 6 DIU). L'utilisation d'une méthode contraceptive réversible de longue durée d'action représentait donc 56% des patientes ayant une contraception.

Dans l'étude de cohorte étasunienne CHOICE permettant à 1599 patientes obèses l'initiation d'une contraception LARC ou non LARC après information éclairée, 966 patientes (soit 60% de la cohorte) avaient choisi une contraception dite LARC (DIU ou implant) (35). Nos résultats semblent en accord avec ceux des études de plus forte puissance.

En revanche, dans notre cohorte, il n'a pas été rapporté de grossesses non désirées dans l'année précédant le questionnaire. Ce dernier résultat semble discordant avec les données de la littérature (36). En effet, dans une étude monocentrique hospitalière irlandaise menée entre 2009 et 2012 sur plus de 34 000 patientes dont 5647 étaient obèses, le nombre de grossesses non prévues était augmenté chez les patientes obèses (OR 1.3 IC 95% 1.3-1.4 p<0.001) par rapport aux patientes non obèses. Les taux de grossesses non planifiées augmentaient avec le grade d'obésité.

Les patientes de notre cohorte étaient majoritairement en couple et avaient une contraception. De plus, il existait un lien statistiquement significatif entre ces deux paramètres. Une telle association ainsi que la médicalisation de notre cohorte et peut être l'inclusion de femmes plus âgées et donc moins fertiles peuvent expliquer l'absence de grossesse non désirée rapportée même si les résultats doivent être reconsidérés sur de plus grands échantillons.

De façon surprenante, 36% des patientes de notre étude n'utilisaient pas de contraception. Ce taux s'élevait seulement à 21.5% dans une étude étasunienne menée par le Center of Disease Control entre 2006 et 2010 comportant 1343 patientes obèses (37).

Il s'avère que 6 des 9 patientes qui n'utilisaient pas de contraception (soit 66.7%) étaient en obésité grade III. Ce dernier grade représentait 52% de la cohorte.

Aucune association significative entre le grade d'obésité et l'absence de contraception n'a été mise en évidence.

Toujours dans la cohorte irlandaise comptant 34 000 patientes, les patientes obèses enceintes étaient plus susceptibles de ne pas avoir utilisé de contraception par rapport aux patientes non obèses (36). Aucune analyse n'a porté sur le grade d'obésité de ces dernières patientes.

La tendance qui se dégage de notre étude doit donc être vérifiée sur de plus grands échantillons.

2) Concernant les connaissances freins et attentes en matière de contraception :

Dans notre étude, le degré de satisfaction des patientes quant au choix contraceptif était plutôt élevé (7.3/10) et 62.5% des patientes avaient consulté un gynécologue dans l'année précédant le questionnaire (79% dans les deux ans).

Ces résultats sont cohérents avec une étude multicentrique étasunienne menée sur 345 participantes entre 2009 et 2012. En effet, les patientes qui étaient impliquées dans le choix de leur contraception conjointement au médecin étaient plus satisfaites du choix contraceptif par rapport à celles ayant accepté la décision du praticien ($p < 0.05$). De plus une consultation antérieure à celle dédiée au choix contraceptif était significativement corrélée à une plus grande satisfaction du moyen contraceptif choisi (38).

Finalement, il semble cohérent que les patientes de notre cohorte médicalisée et bien informée demeurent globalement satisfaites de leur contraception.

L'état des lieux des connaissances de la gamme contraceptive rapporté par notre cohorte (Figure 8) était assez superposable aux connaissances contraceptives rapportées par 6027 patientes européennes issues de 11 pays de l'étude TANCO 2018 (39) (Annexe 2). Ce dernier résultat surprenant éclaire le propos des connaissances contraceptives chez les patientes obèses.

Le préservatif était le moyen de contraception de loin le mieux connu.

Dans les deux cohortes plus de la moitié des patientes connaissaient très bien la contraception d'urgence. Plus de deux tiers des patientes de la cohorte européenne connaissaient bien ou très bien les DIU, ce dernier résultat est superposable à notre cohorte. De la même manière, la bonne ou très bonne connaissance de l'implant était similaire au sein des deux cohortes. En revanche, l'absence de connaissance d'un moyen contraceptif dit LARC était moins fréquemment rencontré dans notre cohorte.

Enfin, les méthodes contraceptives dites « naturelles » étaient très bien connues de la moitié des 6027 patientes interrogées et du quart de notre cohorte.

Ce dernier résultat peut s'expliquer par le niveau socioéconomique très disparate au sein de la cohorte européenne, la difficulté d'accès aux soins dans certains pays ou certaines régions pouvant conduire à l'utilisation de méthodes contraceptives certes moins fiables mais ne nécessitant pas de consultations médicales.

Enfin, concernant les freins des patientes à une consultation et un examen gynécologique, il n'existait pas dans notre étude d'association significative entre le grade d'obésité et le nombre ou l'origine des freins (intrinsèques ou extrinsèques). En revanche, ces freins étaient nombreux puisque les patientes en alléguaient en moyenne 3 chacune.

Une étude étasunienne de 2006 s'est également intéressée aux freins en matière de consultations gynécologique (dans le cadre du dépistage et de la contraception) chez 498 patientes en surpoids et obèses (IMC 25 à 122 kg/m²) (40).

Dans cette étude, le pourcentage des patientes qui déclaraient reporter une consultation à cause de leur poids augmentait significativement avec l'augmentation de l'IMC: il concernait 68% des patientes avec un IMC >35kg/m² ($p<0.0001$).

Concernant les freins intrinsèques : 82% des patientes qui déclaraient reporter les soins pensaient que leur poids était un obstacle à des soins appropriés ($p<0.00001$).

Concernant les freins extrinsèques, tous augmentaient avec l'augmentation du grade d'obésité: 73% des patientes déclaraient avoir expérimenté un ou plusieurs freins (36% traitement irrespectueux, 35% un embarras du fait d'être pesée, 36% une attitude négative du soignant, 46% équipement trop petit ou conseil de perdre du poids non en lien avec le motif de consultation).

Ainsi les tendances qui se dégagent de notre étude semblent corrélées aux résultats des études de plus forte puissance.

IV.3 Perspectives de recherche

Cette étude est limitée par sa puissance. Une cohorte plus importante permettrait de diminuer l'impact des variations individuelles. Nous pourrions alors peut être mettre en évidence des associations significatives sur les résultats finaux.

Dans cet objectif, l'inclusion se poursuit actuellement au centre Bondigoux.

Egalement, ce travail de recherche pourrait être enrichi avec l'inclusion d'autres centres spécialisés ayant des objectifs similaires en termes d'éducation thérapeutique.

Des propositions visant à construire un atelier éducatif sur la thématique contraceptive sont en cours de réflexion. Dans notre cas, elles doivent être enrichies des propositions du personnel soignant de Bondigoux et du retour des femmes impliquées.

Enfin, le risque de grossesse non programmé serait plus important lorsque les professionnels de santé considèrent que les femmes ne sont pas exposées à une possible grossesse. (41) Un questionnaire dédié aux médecins, évaluant les connaissances, pratiques et freins en lien avec la thématique contraceptive concernant la femme en situation d'obésité serait une étude symétrique pertinente.

En effet, face à une décision contraceptive plus complexe en lien avec la pathologie chronique que constitue l'obésité, des problématiques sexuelles pouvant être moins abordées en consultation et une sollicitation moindres des patientes, un tel questionnaire permettrait de dresser un état des lieux des pratiques et de la portée du message contraceptif du personnel médical envers les femmes en situation d'obésité.

V- Conclusion

Ces résultats interrogent sur l'accès à la contraception ainsi que la pertinence du dialogue au sujet de la contraception chez les femmes en situation d'obésité. Pour preuve et bien qu'ils s'agissent de tendances en l'absence de résultats significatifs, un tiers de notre cohorte pourtant médicalisée n'a pas de contraception, la moitié a déjà utilisé une contraception d'urgence et un quart a déjà réalisé une IVG.

Ces problématiques doivent être connues du médecin généraliste puisqu'il est bien souvent le premier maillon médical dans le quotidien de ces femmes. Il est donc important qu'il puisse ouvrir le dialogue et répondre à leurs interrogations de façon efficiente.

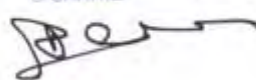
Une des données encourageante de cette étude réside dans le fait qu'être en couple est significativement associé au fait d'avoir utilisé une contraception au moins six mois consécutifs.

La contraception dans son ensemble est vue par les patientes obèses comme source de prise de poids. Enfin, il existe autant de freins internes que de freins en lien avec l'environnement (médical et matériel) menant à éviter une consultation en lien avec la sphère gynécologique.

Forts de la connaissance de ces tendances, une réflexion ainsi qu'un effort pédagogique de l'ensemble des praticiens doivent être menés. D'ailleurs, il serait pertinent de dresser un état des lieux similaire des connaissances, pratiques et freins en lien avec la thématique contraceptive de la patiente obèse au sein du corps médical.

Toulouse, le 2 septembre 2015

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D. CARRIE



Vu le président du jury

Professeur Olivier PARANT
Hôpital Rang de Viguer
Service de Gynécologie-Obstétrique
330, avenue de Grande Bretagne
TSA 70004
31058 TOULOUSE Cedex 9



VI- Références bibliographiques

1. OMS. Obésité et surpoids [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Matta J, Carette C, Rives Lange C. Épidémiologie de l'obésité en France et dans le monde. La Presse Médicale. 1 mai 2018;47(5):434-8.
3. obepi_2012.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.roche.fr/content/dam/roche_fr_FR/doc/obepi_2012.pdf
4. Sarfati J, Bry H, Young J. Obésité et reproduction : quels impacts de l'obésité sur l'axe gonadotrope et la fertilité ? août 2012;(n° 59):5.
5. Bajos N, Wellings K, Laborde C, Moreau C. Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. BMJ [Internet]. 15 juin 2010;340. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2886194/>
6. Shah DK, Missmer SA, Berry KF, Racowsky C, Ginsburg ES. Effect of Obesity on Oocyte and Embryo Quality in Women Undergoing In Vitro Fertilization. Obstetrics & Gynecology. juill 2011;118(1):63.
7. Lashen H, Fear K, Sturdee DW. Obesity is associated with increased risk of first trimester and recurrent miscarriage: matched case-control study. Hum Reprod. 1 juill 2004;19(7):1644-6.
8. Metwally M, Ong KJ. Does high body mass index increase the risk of miscarriage after spontaneous and assisted conception? A meta-analysis of the evidence. Fertility and Sterility. 1 sept 2008;90(3):714-26.
9. OMS. Planification familiale/Contraception [Internet]. 2018 Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
10. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016 - Contraception. 2016;8.
11. Chuang CH, Chase GA, Bensyl DM, Weisman CS. Contraceptive use by diabetic and obese women. Women's Health Issues. 1 juill 2005;15(4):167-73.
12. Callegari L, Nelson K, Arterburn DE. Factors associated with lack of effective contraception among obese women in the United States. Contraception. 1 sept 2014;90(3):265-71.
13. Dragoman MV, Simmons K, Paulen ME. Combined hormonal contraceptive (CHC) use among obese women and contraceptive effectiveness: a systematic review. Contraception. 1 févr 2017;95(2):117-29.
14. Brunner Huber LR, Toth JL. Obesity and Oral Contraceptive Failure: Findings from the 2002 National Survey of Family Growth. Am J Epidemiol. 1 déc 2007;166(11):1306-11.
15. Shaw KA, Edelman AB. Obesity and oral contraceptives: A clinician's guide. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism. 1 févr 2013;27(1):55-65.
16. Roach REJ, Helmerhorst FM, Lijfering WM, Stijnen T, Algra A, Dekkers OM. Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2015;(8). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011054.pub2/full>

17. Chabbert-Buffet N, Marret H, Agostini A, Cardinale C, Hamdaoui N, Hassoun D, et al. Contraception : Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF (texte court). Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 déc 2018;46(12):760-76.
18. Plu-Bureau G, Hugon-Rodin J, Maitrot-Mantelet L, Canonico M. Hormonal contraceptives and arterial disease: An epidemiological update. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism. 1 févr 2013;27(1):35-45.
19. Lobert M, Pigeys M, Gronier H, Catteau-Jonard S, Robin G. Contraception et obésité. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 1 nov 2015;43(11):740-7.
20. Xu H, Wade JA, Peipert JF, Zhao Q, Madden T, Secura GM. Contraceptive Failure Rates of Etonogestrel Subdermal Implants in Overweight and Obese Women. Obstet Gynecol. juill 2012;120(1):21-6.
21. Robinson JA, Burke AE. Obesity and hormonal contraceptive efficacy. Womens Health (Lond Engl). sept 2013;9(5):453-66.
22. Kapp N, Abitbol JL, Mathé H, Scherrer B, Guillard H. Effect of body weight and BMI on the efficacy of levonorgestrel emergency contraception. Contraception. 1 févr 2015;91(2):97-104.
23. Festin MPR, Peregoudov A, Seuc A. Effect of BMI and body weight on pregnancy rates with LNG as emergency contraception: analysis of four WHO HRP studies. Contraception. 1 janv 2017;95(1):50-4.
24. Glasier A, Cameron ST, Blithe D, Scherrer B. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. Contraception. 1 oct 2011;84(4):363-7.
25. Escobar-Morreale HF, Santacruz E, Luque-Ramírez M, Botella Carretero JI. Prevalence of 'obesity-associated gonadal dysfunction' in severely obese men and women and its resolution after bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod Update. 1 juill 2017;23(4):390-408.
26. Kominiarek MA, Jungheim ES, Hoeger KM. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery position statement on the impact of obesity and obesity treatment on fertility and fertility therapy Endorsed by the American College of Obstetricians and Gynecologists and the Obesity Society. Surgery for Obesity and Related Diseases. 1 mai 2017;13(5):750-7.
27. Harreiter J, Schindler K, Bancher-Todesca D, Göbl C, Langer F, Prager G, et al. Management of Pregnant Women after Bariatric Surgery. J Obes. 3 juin 2018;2018. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6008727/>
28. Menke M, King WC, White GE, Gosman GG. Conception rates and contraceptive use after bariatric surgery among women with infertility: Evidence from a prospective multicenter cohort study. Surgery for Obesity and Related Diseases. 11 janv 2019; Disponible sur: <https://www.sciencedirect-com-s.docadis.ups-tlse.fr/science/article/pii/S1550728918311651>
29. Gourdy P, Bachelot A, Catteau-Jonard S, Chabbert-Buffet N, Christin-Maître S, Conard J, et al. Hormonal contraception in women at risk of vascular and metabolic disorders: Guidelines of the French Society of Endocrinology. Annales d'Endocrinologie. 1 nov 2012;73(5):469-87.
30. Haute Autorité de santé. 2013;247.

31. Chabbert-Buffet N, Marret H, Agostini A, Cardinale C, Hamdaoui N, Hassoun D, et al. Republication de : Contraception : Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF (texte court). La Revue Sage-Femme. 1 févr 2019;18(1):30-51.
32. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. MMWR Recomm Rep. 29 juill 2016;65(3):1-103.
33. fsrh-ukmec-full-book-2017.pdf.
34. Altshuler AL, Gaffield ME, Kiarie JN. The WHO's medical eligibility criteria for contraceptive use: 20 years of global guidance. Curr Opin Obstet Gynecol. déc 2015;27(6):451-9.
35. Peipert JF, Zhao Q, Allsworth JE, Petrosky E, Madden T, Eisenberg D, et al. Continuation and Satisfaction of Reversible Contraception. Obstet Gynecol. mai 2011;117(5):1105-13.
36. McKeating A, O'Higgins A, Turner C, McMahon L, Sheehan SR, Turner MJ. The relationship between unplanned pregnancy and maternal body mass index 2009–2012. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 2 nov 2015;20(6):409-18.
37. Factors associated with lack of effective contraception among obese women in the United States. Contraception. 1 sept 2014;90(3):265-71.
38. Dehlendorf C, Grumbach K, Schmittdiel JA, Steinauer J. Shared Decision Making in Contraceptive Counseling. Contraception. mai 2017;95(5):452-5.
39. Merki-Feld GS, Caetano C, Porz TC, Bitzer J. Are there unmet needs in contraceptive counselling and choice? Findings of the European TANCO Study. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 4 mai 2018;23(3):183-93.
40. Amy NK, Aalborg A, Lyons P, Keranen L. Barriers to routine gynecological cancer screening for White and African-American obese women. International Journal of Obesity. janv 2006;30(1):147-55.
41. Vigoureux S. Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1 déc 2016;45(10):1462-76.

Annexes

Annexe 1 : Auto questionnaire patiente

QUESTIONNAIRE à l'attention des patientes de la Clinique de Bondigoux - Evaluation des pratiques, Connaissances, Freins et Attentes en matière de contraception

Le questionnaire qui va suivre est TOTALEMENT anonyme, il a pour but de proposer un conseil médical le plus adapté en médecine de ville ou hospitalière en matière de contraception.

A / Focus sur vos habitudes et pratiques en matière de contraception :

Vos réponses sont ANONYMES et ne seront pas communiquées à l'équipe médicale, répondez y le plus SPONTANEMENT possible afin que les réponses reflètent la réalité. A chaque question si vous le souhaitez, vous pouvez cocher PLUSIEURS REPONSES ☺

Votre contraception nous intéresse

- 1) Dans l'année précédant ce questionnaire, avez-vous utilisé une méthode contraceptive
- ☐ Oui, six mois consécutifs au moins
 - ☐ Oui, mais moins de six mois consécutifs
 - ☐ Non

- 2) Si oui, laquelle :

Méthode contraceptive de longue durée d'action :

- ☐ Stérilet (= dispositif intra utérin)
- ☐ Implant (= bâtonnet dans le bras)
- ☐ Ligature des trompes / Vasectomie du partenaire
- ☐ Hystérectomie (= on m'a enlevé tout ou une partie de l'utérus)

Méthode contraceptive de courte durée d'action :

- ☐ Pilule
- ☐ Patch transdermique (= à coller sur la peau)
- ☐ Anneau vaginal
- ☐ Préservatif masculin / préservatif féminin

Autre :

- ☐ Pilule du lendemain
- ☐ Retrait
- ☐ Courbe de température, aspect de la glaire, calendrier d'ovulation
- ☐ Spermicide (tampons, gel, éponges, crème)

- 3) Si vous utilisez une PILULE contraceptive de façon continue (AU MOINS SIX MOIS D'AFFILÉ), combien de fois vous souvenez vous l'avoir oublié au cours de L'ANNEE PRECEDANT LE QUESTIONNAIRE :

- ☐ Jamais
- ☐ 1 ou 2 fois
- ☐ 3 ou 4 fois
- ☐ 5 ou plus
- ☐ Je ne sais plus, mais je l'ai déjà oublié

- 4) Avez-vous déjà utilisé DANS VOTRE VIE une pilule du lendemain (contraception d'urgence) :
 - Jamais
 - Une fois
 - Deux fois ou plus
- 5) Une grossesse (menée à terme ou non) dans l'année précédant le questionnaire est-elle survenue alors que vous utilisiez une contraception ?
 - Oui
 - Non
- 6) Avez-vous déjà vécu une fausse couche ?
 - Oui
 - Non
 - Je ne souhaite pas répondre
- 7) Avez-vous un projet de grossesse (dans l'année suivant ce questionnaire):
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
- 8) A CE JOUR, avez-vous stoppé votre moyen contraceptif ?
 - Oui
 - Non
- 9) Si VOUS UTILISEZ TOUJOURS ce moyen contraceptif, l'utilisez-vous de façon :
 - Continue (= chaque jour)
 - Discontinue (= je le prends et je l'arrête quelques jours, semaines, mois), l'arrêt de 7 jours pour certaines pilules ne compte pas comme discontinue !
- 10) Si VOUS L'AVEZ STOPPE ou le prenez par période, veuillez en préciser la/les raison(s) :
 - J'ai un projet de grossesse à court terme
 - Je suis tombée enceinte avec ce dernier moyen contraceptif
 - Effet(s) indésirable(s), précisez :
 - Saignements gynécologiques
 - Douleur dans le bas ventre
 - Envie de vomir (nausées)
 - Mal de tête
 - Douleur aux seins
 - Augmentation du volume des seins
 - Prise de poids
 - Acnés (boutons sur le corps)
 - Baisse du moral (dépression)
 - Autre(s) effet(s) indésirable(s) veuillez le/les préciser : _____
 - Contraintes liées au moyen contraceptif choisi (pilule, patch, préservatif...)
 - Oublis trop fréquents
 - Contrainte financière
 - Contrainte culturelle, religieuse
 - Pression du partenaire
 - Pas ou peu de rapports justifiant selon vous une contraception rigoureuse
 - Impression d'un retentissement psychique

- Impression d'un retentissement sur le désir sexuel et la libido
- Autre

11) Si vous ne l'avez pas stoppé et le prenez de façon continue, en êtes-vous satisfaite ?

- Très satisfaite
- Satisfaite
- Plutôt satisfaite
- Plutôt pas satisfaite
- Pas du tout satisfaite
- Je ne sais pas dire
- Je ne me suis pas posé la question jusqu'à maintenant

12) Utilisez-vous en même temps une SECONDE méthode contraceptive :

- Aucune
- Préservatif
- Retrait
- Abstinence périodique
- Autre : _____

13) Si vous n'en êtes pas ou moyennement satisfaite, pourquoi utilisez-vous toujours ce moyen contraceptif ?

- Je n'ai pas envie de risquer que l'on m'examine
- Je n'ai pas envie d'en discuter avec les soignants
- Je n'ai pas eu l'opportunité d'en discuter avec les soignants
- J'en ai discuté avec les soignants mais me suis heurté à une incompréhension
- Je ne pense pas que l'on puisse comprendre mon point de vue
- Par habitude
- Malgré tout je pense que c'est la meilleure contraception pour moi
- Je me suis renseignée sur Internet
- Je ne sais pas
- Je ne me suis jamais posé la question

Concernant votre DENIERE PRESCRIPTION de contraception (première prescription ou renouvellement)

14) Par qui a-t-elle été dispensée ?

- Gynécologue
- Endocrinologue
- Médecin nutritionniste
- Médecin généraliste
- Sage-femme
- Autre, précisez : _____

15) Avez-vous bénéficié d'un échange ou d'une discussion à propos de la contraception prescrite :

- Oui
- Non
- Je ne m'en souviens plus

16) Avez-vous eu des rapports sexuels dans l'année précédant le questionnaire ?

- Oui

- Non
- Je ne souhaite pas répondre

17) Si oui, avez-vous eu des rapports sexuels par voie vaginale, non protégés et donc à risque de grossesse dans l'année précédant le questionnaire ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

18) Si vous avez répondu OUI à cette dernière question, veuillez en préciser la raison :

- J'ai un désir de grossesse
- Je n'avais pas de contraception à ce moment là
- Mon partenaire a refusé que l'on utilise une contraception à courte durée d'action (préservatif, anneau vaginal...)
- Je n'avais pas mes règles depuis un moment, donc pas besoin de contraception selon moi
- Je ne pense pas que l'on puisse tomber enceinte au premier rapport sexuel non protégé
- Je pense ne pas être fertile
- Je n'ai pas pensé au risque de grossesse lors des rapports sexuels
- Il y a la pilule du lendemain
- Autre, précisez : _____

19) Lorsque vous n'utilisez pas de moyens de contraception, vous avez les règles :

- Tous les mois
- Plus espacés que tous les mois
- N'importe quand
- Vous ne les avez pas

Votre suivi médical gynécologique nous intéresse également

20) A quand remonte votre dernière consultation gynécologique (par un gynécologue, généraliste, une sage-femme) :

- Il y a moins d'un an
- Entre 1 et 2 ans
- Entre 2 et 5 ans
- Plus de 5 ans

21) Avez-vous déjà reporté ou annulé une consultation médicale à cause de votre poids ?

- Oui
- Non

22) Vous êtes-vous déjà sentie jugée par l'équipe soignante au cours d'une consultation de gynécologie en ville ou d'une hospitalisation ?

- Oui
- Non

- 23) Si vous avez répondu positivement à l'une des deux dernières questions, veuillez préciser :
- Attitude du soignant jugée irrespectueuse/négative envers moi (verbale, gestuelle)
 - Embarras du fait de mon corps (se déshabiller, monter sur la table d'examen)
 - Crainte de subir un examen gynécologique complet (examen de la sphère intime et palpation des seins)
 - Crainte que le soignant n'arrive pas à réaliser son examen gynécologique ou poser le stérilet / l'implant du fait de mon poids
 - Conseil malvenu ou inapproprié de perdre du poids (sans liens avec le motif de consultation)
 - Environnement matériel non adapté à mon corps, veuillez préciser :
 - Bracelets nominatifs trop petits
 - Chaises des salles d'attentes trop étroites
 - Salles de consultation trop petites
 - Blouses hospitalière trop étroites
 - Tables d'examen trop étroites
 - Equipements trop petits (Speculum, brassard à tension...)
 - Autre : _____
- 24) Dans le cas de la dernière consultation dédiée au choix de votre contraception, qui a pris la décision du choix de cette contraception ?
- Le soignant uniquement (médecin, sage-femme...)
 - Vous et le soignant de façon conjointe
 - Surtout vous
 - Uniquement vous
 - Je ne m'en souviens pas
- 25) Quel est votre degré de satisfaction quant à la manière dont votre praticien vous a aidé à choisir votre contraception ? Entourez votre réponse (0 : pas satisfaite du tout - 10 : très satisfaite)
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 26) Avec le recul, qu'auriez-vous aimé changer dans le déroulé de cette consultation ?
- _____

Parlons à présent du corps médical dans son ensemble

- 27) Trouvez-vous les soignants suffisamment réceptifs aux problèmes liés à l'obésité (0 : pas réceptifs / 10 très réceptifs) ?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 28) De façon générale, êtes-vous satisfaite de votre suivi gynécologique ?
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
 - Je ne me suis jamais posé la question

B / Focus sur vos connaissances en matière de contraception

A nouveau, soyez certaines que ces données seront anonymes. Ni le personnel de l'équipe de Bondigoux, ni moi-même la rédactrice de ce questionnaire, n'auront la connaissance nominative des réponses. Elles ne seront utilisées qu'en termes de statistiques afin d'améliorer la communication soignants-patientes en matière de contraception !!

Répondez donc le plus naturellement possible, merci ! Et on continue ☺

- 29) Veuillez cochez le niveau de connaissance que vous pensez avoir sur chacun des moyens contraceptifs listés (de « je n'en ai jamais entendu parler » à « je connais très bien ce que c'est et comment ça marche »)

	Je n'en ai jamais entendu parler	J'en ai entendu parler	J'ai des connaissances basiques	Je connais très bien
Préservatif masculin				
Pilule combinée = oestro progestative				
Pilule du lendemain				
Méthodes naturelles : retrait, courbe de température...)				
Pilules progestatives				
Stérilet Hormonal				
Stérilet Cuivre				
Stérilisation, Vasectomie				
Patch cutané contraceptif				
Anneau vaginal				
Implant contraceptif				
Préservatif féminin / Diaphragme				
Spermicide				
Injection contraceptive de progestatif dans le bras (intra musculaire)				

- 30) Veuillez cocher les affirmations qui vous semblent JUSTES :
- ☐ Toute contraception hormonale fait grossir
 - ☐ Prendre une contraception hormonale peut m'empêcher d'avoir des enfants plus tard
 - ☐ A cause du poids, une pilule estro-progestative peut augmenter le risque cardio vasculaire (phlébite, attaque cérébrale, embolie pulmonaire)
 - ☐ La pilule du lendemain est moins efficace chez une patiente obèse
 - ☐ Un stérilet peut bouger dans mon utérus si je perds du poids et donc être moins efficace
 - ☐ Le stérilet augmente le risque d'infection génitale
 - ☐ La contraception par implants peut être moins efficace dans le temps chez une patiente obèse
 - ☐ Il est impossible de poser un stérilet chez une patiente obèse
 - ☐ Si mon bras est trop gros, l'implant peut être impossible à poser de façon correcte
 - ☐ Si je suis obèse, j'ai besoin d'une pilule plus fortement dosée
 - ☐ La pilule fait augmenter le volume des seins

C / Focus sur la représentation de votre contraception

Le but est de comprendre ce que vous évoque la contraception

31) Pour vous contraception est SYNONYME DE (cochez 5 termes au maximum) :

- | | |
|--|--|
| ☐ Contrainte | ☐ Liberté sexuelle |
| ☐ Liberté | ☐ Inutilité |
| ☐ Dérégulation | ☐ Echec |
| ☐ Discussion | ☐ Innocuité |
| ☐ Jouissance / Plaisir | ☐ Maîtrise |
| ☐ Aliénation | ☐ Conseils |
| ☐ Craintes | ☐ Honte |
| ☐ Prise de poids | ☐ Fiabilité |
| ☐ Douleur | ☐ Grossesse |
| ☐ Choix | |

32) Quels sont selon vous, LES FREINS à un examen gynécologique (dans le cadre d'une prescription contraceptive par exemple) lorsque l'on est obèse ?

- ☐ Mon poids
- ☐ Je n'ai pas envie de me déshabiller
- ☐ Je suis récalcitrante à un examen gynécologique
- ☐ J'ai eu des traumatismes à ce niveau
- ☐ Je crains que les soignants aient des difficultés à réaliser un examen gynécologique
- ☐ Je crains que les soignants aient des mots négatifs ou de l'agacement au cours de l'examen gynécologique
- ☐ Je crains que l'opérateur ne parvienne pas à poser le stérilet / l'implant
- ☐ J'ai peur que le matériel inadapté ne me blesse au cours de l'examen ou se casse
- ☐ Je crains que les soignants aient des conseils malvenus ou inappropriés de perdre du poids (non en lien avec le motif de consultation)
- ☐ Je ne suis pas confortable avec mes seins ou leur examen
- ☐ Autre, précisez : _____

D/ Focus sur vos attentes en matière de contraception

Voici venu le moment de nous dire VOTRE vision de la contraception et des consultations qui lui sont dédiées afin que son vécu vous soit le plus agréable possible.

33) Souhaitez-vous que le sujet de votre poids soit abordé en consultation de gynécologie

- ☐ Oui
- ☐ Non

34) Souhaitez-vous que votre poids soit mesuré en consultation de gynécologie

- ☐ Oui
- ☐ Non

Vous semble-t-il important que les soignants :

35) Vous parlent de votre désir/suivi de contraception ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

36) Vous parlent de votre désir de grossesse ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

37) Vous parlent de votre sexualité ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

38) Soient formés/préparés à l'examen clinique intime (gynécologique) chez les patientes obèses

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

39) Quelles informations voudriez-vous que les soignants vous donnent avant de choisir votre contraception :

- ☐ Une explication détaillée de toute la gamme contraceptive
- ☐ Une explication détaillée des moyens de contraception adaptés à mes facteurs de risques vasculaire par exemple
- ☐ L'avis du praticien médical en face de moi
- ☐ Je n'ai pas besoin d'information, j'ai déjà mon avis
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autre : _____

40) Comment aimeriez-vous être informée ?

- ☐ Livret
- ☐ Vidéo
- ☐ Fiche mémo spécifique pour patientes obèses
- ☐ Discussion en consultation avec les soignants
- ☐ Autre : _____

41) Pour terminer, y a t-il une notion relative à votre contraception qui n'a pas été abordée dans ce questionnaire et qui pourtant vous tient à cœur et vous semble essentielle ?

Pour finir, quelques petites données très formelles

42) Age (années) : ____

43) Taille (m) : ____

44) Poids (kg) : ____

45) Votre profession :

- ☐ Agricultrice / Exploitante
- ☐ Artisan, commerçante ou chef d'entreprise
- ☐ Cadre ou profession intellectuelle supérieure
- ☐ Profession intermédiaire
- ☐ Employée
- ☐ Ouvrière
- ☐ Retraitée
- ☐ Autres : ____

46) Activité professionnelle en cours :

- ☐ Oui
- ☐ Non

47) Statut Marital :

- ☐ Mariée
- ☐ En couple (union libre, PACS)
- ☐ Célibataire, veuve, divorcée vivant seule

48) Nombre total d'IVG (interruption volontaire de grossesse) : ____

49) Nombre de grossesse en dehors des IVG : ____

50) Nombre d'enfants : ____

C'est terminé. Merci pour votre confiance et bravo pour votre implication dans ce travail de recherche.

Formulaire d'information à l'attention des patientes de la clinique Bondigoux

Objectifs de l'étude :

Dans le cadre d'un travail de recherche de médecine générale, nous nous intéressons à vos connaissances, pratiques, freins et attentes en matière de contraception.

Ce sujet peu abordé d'ordinaire est pourtant d'une importance majeure !

Les réponses à ce questionnaire ont pour but de dresser un état des lieux des pratiques contraceptives mais également d'intégrer les notions recueillies dans la création d'un atelier éducatif sur la thématique contraceptive au sein de la clinique Bondigoux.

Moyens :

Questionnaire papier anonyme composé de questions ouvertes et fermées.

Temps de réponse au questionnaire : environ 20 minutes.

Lieux : Salle à définir.

Merci de répondre à l'ensemble des questions posées, le plus spontanément possible afin que les données recueillies reflètent au mieux la réalité.

Un membre de l'étude sera physiquement présent lorsque vous vous soumettrez au questionnaire afin que vous lui posiez vos questions en cas de non compréhension d'une question.

Exploitation des données :

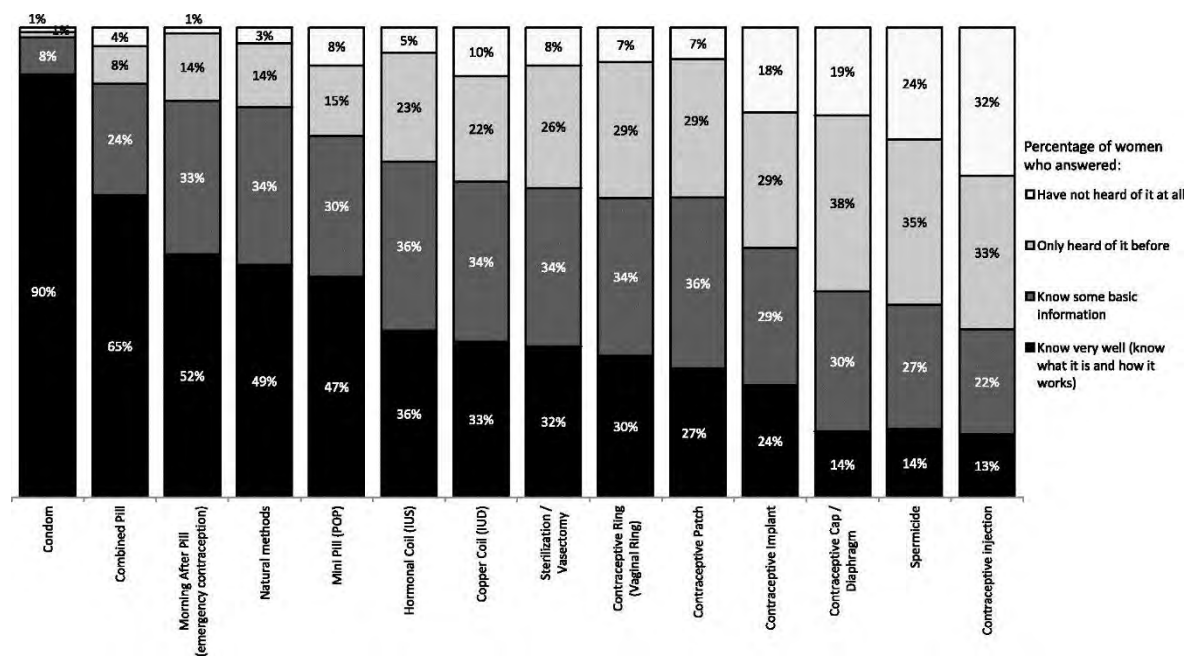
Toutes vos réponses seront anonymes et exploitées sous forme de statistiques (tableaux, graphiques).

Aucune des informations vous concernant ne sera divulguée publiquement.

Merci beaucoup pour votre investissement 😊

Fiasella Camille, interne à l'origine du travail de recherche !

Annexe 3 : Connaissance des différents moyens contraceptifs des 6027 patientes de l'étude TANCO



AUTEUR : Camille Fiasella

TITRE : Pratiques, connaissances, freins et attentes en matière de contraception chez les femmes obèses. A propos d'une étude pilote menée à la clinique Bondigoux.

DIRECTRICE DE THESE : Dr Béatrice GUYARD-BOILEAU

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de Médecine de Toulouse – 7 octobre 2019

Introduction: L'obésité serait un facteur de risque de rapports sexuels non protégés, de grossesses non désirées et d'IVG. L'objectif est d'évaluer ces paramètres ainsi que les pratiques contraceptives chez des femmes en situation d'obésité.

Matériel et Méthode: Il s'agit d'une étude de cohorte épidémiologique descriptive réalisée à la clinique du Château de Vernhes via un questionnaire patiente.

Résultats: 25 patientes étaient incluses. Etre en couple était corrélé à l'utilisation d'une contraception ($p=0.04$). Plus du tiers des patientes n'utilisaient pas de contraception bien qu'aucune n'avaient rapporté de grossesses non désirées dans l'année. Le nombre d'IVG n'était pas corrélé au grade d'obésité ($p=0.08$). Plus de la moitié avait déjà utilisé une contraception d'urgence.

Conclusion: Cet état des lieux met en exergue des situations à risque de grossesses chez la femme en situation d'obésité ainsi que de nombreux freins en lien avec la contraception sur lesquels un travail peut être effectué, tant du côté des femmes que des médecins.

Practices, knowledges, issues and needs in contraception among obese women. Pilot study in clinic Bondigoux.

Introduction: Obesity seems to be a risk factor of unprotected sexual intercourse, unintended pregnancies and abortions. The major aim of our study is to assess these outcomes and self-reported contraceptive practices in obese women.

Materials and Methods: A prospective epidemiologic cohort study was carried out in the Chateau de Vernhes' clinic in Bondigoux. A patient survey was used.

Results: 25 patients were included. Being in a relationship was correlated to a contraceptive use ($p=0.04$). Over a third of patients did not use any contraceptive methods but none of them have reported unplanned pregnancies during the past year. The number of abortions was not correlated to the BMI ($p=0.08$). Half of women have already used an emergency contraception.

Conclusion: This overview highlights risky unplanned pregnancy situations. Finally, many contraceptive barriers have been identified in both patients and healthcare professional. Work in improving access to information related to contraception could remove those obstacles.

Mots clés: Contraception, obésité, contraception d'urgence, grossesse non désirée, interruption volontaire de grossesse.

Key words: Contraception, obesity, emergency contraception, unintended pregnancy, abortion

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE: MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 Route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France