

**Vécu de la contraception chez les femmes souffrant
d'obésité, explication des succès et des potentiels échecs
contraceptifs. Étude qualitative réalisée en France entre
le 2 août 2015 et le 16 octobre 2015**

Nolwenn Le Bihan

► **To cite this version:**

Nolwenn Le Bihan. Vécu de la contraception chez les femmes souffrant d'obésité, explication des succès et des potentiels échecs contraceptifs. Étude qualitative réalisée en France entre le 2 août 2015 et le 16 octobre 2015 . Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. <dumas-01560893>

HAL Id: dumas-01560893

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01560893>

Submitted on 12 Jul 2017

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

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



Ecole de SAGES-FEMMES
UFR de Médecine et des Sciences de la Santé
BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Année 2016

**VECU DE LA CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES
SOUFFRANT D'OBESITE,
EXPLORATION DES SUCCES ET DES POTENTIELS
ECHECS CONTRACEPTIFS.**

Etude qualitative réalisée en France entre le 2 août 2015 et le 16 octobre 2015

Mémoire présenté et soutenu par: Nolwenn LE BIHAN
Née le 06 juillet 1992

Directrice de mémoire: Mme BELIER



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussigné-e LE BIHAN Nolwenn

assure avoir pris connaissance de la charte anti plagiat de l'université de Bretagne occidentale.

Je déclare être pleinement conscient-e que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour rédiger ce travail.

Lebihan

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement les femmes ayant accepté de m'accorder un entretien, de m'avoir donné de leur temps et de m'avoir fait confiance.

Je remercie également l'association Ob'Breizh, association de soutien aux personnes ayant décidé de subir une chirurgie de l'obésité, notamment son président Monsieur Quiniou et sa vice-présidente Madame Charlou sans qui rien de tout cela n'aurait pu être possible.

Pour m'avoir guidée dans ce travail, je remercie grandement Madame Bélier, psychologue clinicienne et directrice de ce mémoire, Madame Paulard et Madame Lochin-Le Gallais, sages-femmes enseignantes et guidantes, pour leurs précieux conseils et leur disponibilité.

Pour m'avoir conseillé et aiguillé dans le fond et la rédaction de ce travail, je remercie le Docteur Griner-Abraham, psychiatre et le Professeur Kerlan, chef de service d'endocrinologie du CHRU de Brest.

Pour le partage de passion envers notre futur métier, je remercie toute l'équipe pédagogique de l'Ecole de sages-femmes de Brest, toute la promotion 2011-2016 et tout spécialement mes quatre plus belles rencontres.

Je remercie également toutes les personnes ayant contribué à l'aboutissement de ce mémoire et m'ayant soutenu tout au long de mes études, tout particulièrement ma famille, ma belle-famille et mes amis.

Et pour terminer, milles mercis à Mathieu, ma source d'inspiration, pour sa confiance et sa présence.

Sommaire

| | |
|---|----|
| Introduction..... | 1 |
| 1. Etude réalisée | 4 |
| 1.1. Type d'étude..... | 4 |
| 1.2. Outils de recherche..... | 4 |
| 1.3. Population choisie..... | 5 |
| 1.4. Modalités de réalisation des entretiens..... | 5 |
| 1.5. Analyse des données..... | 6 |
| 2. Analyse des résultats et discussion | 7 |
| 2.1. Présentation de la population..... | 7 |
| 2.2. Vécu de la surcharge pondérale | 8 |
| 2.2.1. Histoire de poids..... | 8 |
| 2.2.2. Impact sur la vie affective | 8 |
| 2.2.3. Impact sur la vie sexuelle..... | 9 |
| 2.2.2. Vécu de la prise en charge médicale..... | 10 |
| 2.3. Contraception | 11 |
| 2.3.1. Représentations..... | 11 |
| 2.3.2. Choix réel par la patiente..... | 12 |
| 2.3.3. Lien entre prise de poids et contraception | 13 |
| 2.3.4. Grossesses inopinées..... | 14 |
| 2.3.5. Réticences, craintes et plaintes | 14 |
| 2.3.6. Souhaits | 15 |
| Conclusion..... | 17 |
| Références bibliographiques..... | 18 |
| Annexe | 22 |

Introduction

Le nombre de femmes obèses est en constante augmentation depuis quinze ans, notamment chez les 18-25 ans. D'après l'enquête nationale Obépi-Roche 2012, 15,7% des femmes françaises ont un indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m² [1]. Ce taux identifie la surcharge pondérale comme un réel problème de santé publique.

L'obésité résulte fondamentalement d'un déséquilibre énergétique entre les calories consommées et dépensées. Des équipes françaises de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) et du Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) ont démontré une possible prédisposition génétique à la prise de poids. Mais d'autres facteurs environnementaux sont également à incriminer tels le stress, les difficultés de sommeil, certains virus, quelques médicaments, la composition de la flore intestinale ou encore l'exposition à certains polluants [2].

Les conséquences de la surcharge pondérale sont bien établies, notamment l'augmentation du risque cardio-vasculaire, de diabète de type 2, d'insulinorésistance, de syndrome métabolique, de troubles articulaires. L'impact négatif sur la fertilité est un aspect moins abordé. Sur le plan gynécologique, les femmes souffrant d'obésité sont plus à risque de souffrir d'oligoménorrhée, d'anovulation, d'un syndrome des ovaires polykystiques ou encore d'un hypogonadisme hypogonadotrope; ces pathologies pouvant aboutir à une infertilité [3]. Une forte prédominance de femmes obèses est retrouvée dans la population stérile [4]. L'obésité n'influence pas seulement les chances de conception, mais également les complications de la grossesse, la santé à long terme de la mère et du nouveau-né, ainsi que la réponse aux traitements de l'infertilité. Il est préconisé de ne débiter un traitement d'aide médicale à la procréation (AMP) que lorsque l'IMC est inférieur à 30. Les femmes ayant un IMC supérieur à 30 se voient proposer une aide à la perte de poids avant d'entreprendre un traitement d'AMP avec un soutien psychologique, des conseils alimentaires, des exercices physiques adaptés et, le cas échéant, une chirurgie de l'obésité [5].

Paradoxalement, une étude réalisée en France, en 2006, par Nathalie Bajos démontre que les femmes souffrant d'obésité de moins de trente ans déclarent quatre fois plus de grossesses non désirées ou d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) que les femmes de poids normal dans la même tranche d'âge [6].

Deux études cas-témoins réalisées aux Etats-Unis concluent qu'il existe une corrélation entre le risque d'échec de la contraception orale et l'IMC élevé [7][8]. Une troisième étude estime ce risque de grossesse de 60% plus élevé chez les femmes dont l'IMC est supérieur

à 27,3 et de 70% chez celles dont l'IMC dépasse 32,2 par rapport à une femme dont le poids est considéré normal [9]. Pour les femmes n'ayant oublié aucune pilule dans le mois de référence, le risque de grossesse a été plus que doublé lorsque leur IMC était supérieur à 27,3 (RR: 2,17) ou à 32,2 (RR: 2,22) [9].

L'obésité étant un facteur d'exclusion fréquent des études cliniques, la littérature concernant l'efficacité des méthodes contraceptives chez les femmes dont l'IMC est supérieur ou égal à 30 est peu importante. Les résultats de ces études sont donc le plus souvent extrapolés à cette population.

Des recommandations concernant la prescription de contraception chez la femme obèse ont été rédigées par la Société Française d'Endocrinologie pour pallier la diminution de l'efficacité biologique de certains contraceptifs [10]. S'il n'existe aucune contre-indication à l'utilisation d'un contraceptif hormonal, la femme obèse de moins de 35 ans peut se voir proposer tous les moyens contraceptifs; les avantages des méthodes contraceptives combinées l'emportant sur les risques théoriques [10]. La Haute Autorité de Santé (HAS) mentionne toutefois l'obésité comme précaution d'emploi pour la prescription des contraceptions oestroprogestatives. Les pilules micro progestatives, les progestatifs injectables, les implants et le système intra-utérin (SIU) au lévonorgestrel peuvent être utilisés sans restriction chez les femmes souffrant d'obésité [11]. Néanmoins, il a été observé une augmentation de poids sous DMPA injectable chez l'adolescente obèse faisant discuter son utilisation dans ce cas précis [12].

Contrairement aux préconisations des laboratoires conseillant de remplacer un implant contraceptif deux ans après la pose chez les femmes souffrant d'obésité au lieu de trois ans chez les femmes de poids considéré normal, une étude de 2012 n'a démontré aucune diminution de la concentration en étonogestrel dans le sang de ces patientes à trois ans [13].

Concernant la contraception d'urgence, une baisse de l'efficacité contraceptive a été évoquée chez les femmes présentant un surpoids ou une obésité [14]. La Commission Européenne conclut en octobre 2014 que le rapport bénéfice-risque de Norlévo® et EllaOne® est favorable quel que soit le poids de la patiente [15].

Après une chirurgie bariatrique, la question de la contraception est fondamentale. Il est conseillé de ne débiter une grossesse que 12 à 18 mois après l'intervention afin d'avoir un statut vitaminique et nutritionnel optimal ainsi qu'un poids stable [10]. Or la perte de poids restaure parfois rapidement l'ovulation et 7% des patientes ayant eu recours à une chirurgie de l'obésité démarre une grossesse dans l'année suivant l'opération. Il faut les informer de l'importance d'une contraception afin de repousser la date d'une grossesse. Pour les jeunes

femmes ou les patientes n'étant pas en couple au moment de l'intervention, il est important d'évoquer cette question de la contraception car la perte de poids va rapidement améliorer l'image de leur corps, leur féminité et la confiance en leur pouvoir de séduction. Dans les six semaines post-opératoires, les estroprogestatifs ne doivent pas être utilisés du fait du risque thromboembolique majoré. Après une chirurgie restrictive pure (sleeve gastrectomy ou anneau gastrique), les contraceptifs oraux peuvent être employés en tenant compte des contre-indications liées aux facteurs de risques associés. Après une chirurgie entraînant une malabsorption (by-pass ou dérivation bilio-pancréatique), les contraceptifs oraux doivent être évités, au profit des contraceptions hormonales combinées non orales (patch ou anneau vaginal), des implants progestatifs ou encore des dispositifs intra-utérins (DIU) au cuivre [16].

Malgré ces recommandations, des grossesses inopinées dans cette population restent dénombrées [6]. La sage-femme assure aujourd'hui le suivi gynécologique de prévention et réalise des consultations de contraception [17]. Elle est amenée à rencontrer de façon plus fréquente ces femmes, à les conseiller et les accompagner dans leur choix contraceptif en s'intéressant à la singularité de chacune d'entre elles et en s'interrogeant sur leur vécu de la contraception.

La personnalité est la façon permanente propre à chaque individu de ressentir, concevoir et penser en fonction de son contexte et de son environnement [18]. De fait, elle conditionne l'adhésion à la contraception. Les traits de caractère de chaque patiente et son histoire auront un impact sur la stratégie de prise en charge. Il n'existe pas une contraception valable pour toutes les femmes. Ses antécédents, sa situation affective, son mode de vie ou encore son rapport au corps sont autant d'éléments à prendre en compte pour proposer une contraception qui lui soit adaptée [19].

Fort de ces différents constats, nous avons choisi de nous intéresser au vécu de la contraception de ces femmes souffrant d'obésité afin d'explorer les raisons des succès et des potentiels échecs contraceptifs dans cette population et d'identifier l'impact de chaque histoire de poids sur leur contraception. Notre étude identifiera les méthodes contraceptives de ces femmes, leur adhésion à celles-ci, leur efficacité, le counseling dont ces patientes ont bénéficié et les modifications de prise en charge qu'elles souhaiteraient. En tant que future sage-femme, il nous paraît intéressant d'identifier précisément leur ressenti afin de pouvoir leur proposer une prise en charge contraceptive optimale.

1. Etude réalisée

1.1. Type d'étude

Nous avons mené une étude qualitative dans le but d'explorer le plus précisément possible les motivations et comportements de chaque individu de la population cible. L'entretien semi-directif a été choisi car il favorise la confiance de la personne interrogée, l'accès à ses sentiments et à sa perception à propos d'une situation. Il permet également à l'enquêteur de rebondir sur des éléments qu'il considère important de clarifier ou d'approfondir ainsi que d'utiliser des méthodes tels que la reformulation (d'écho ou de reflet). Cette recherche n'a pas pour vocation d'extrapoler les résultats à l'ensemble des femmes de cette population. Tout au contraire, elle questionne chaque femme dans son individualité, sur ses sentiments personnels face à la contraception.

1.2. Outils de recherche

Un guide d'entretien a été construit afin de se référer à une trame nécessaire au bon déroulement des échanges (voir annexe). Il a été élaboré à partir des hypothèses de recherche ainsi que des données de la littérature retrouvées sur ce sujet.

Il se divise en cinq parties :

- la première vise à poser le contexte socio-économique de la patiente ainsi qu'à connaître ses antécédents médicaux personnels et familiaux
- la deuxième retrace l'histoire de son poids
- la troisième interroge sur ses antécédents obstétricaux ainsi que sur les différentes méthodes de contraception utilisées tout au long de sa vie
- la quatrième questionne sur les éventuelles difficultés que le poids peut occasionner sur sa vie affective et sexuelle
- la dernière s'intéresse à son ressenti vis-à-vis du monde médical et étudie les améliorations dont elle souhaiterait bénéficier pour son suivi ultérieur

Ce guide d'entretien a été réalisé et validé grâce à l'aide de deux experts en psychologie : Mme Bélier, psychologue clinicienne et Dr Griner-Abraham, psychiatre ainsi qu'un expert en méthodologie qualitative: Mme Mercadié, docteur en psychologie.

Celui-ci a été testé en amont de la première interview auprès de femmes volontaires, et n'a pas nécessité de réajustement.

1.3. Population choisie

La population de cette étude est composée de femmes souffrant d'obésité soit ayant un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m², majeures, en âge de procréer, c'est-à-dire âgées de 18 à 49 ans.

Dans un premier temps, nous avons contacté le service de nutrition du CHRU de Brest dans l'idée de recruter des patientes, hospitalisées ou en consultation, répondant aux critères d'inclusion. Il a été envisagé que la demande soit étudiée par le comité d'éthique du CHRU mais le délai d'attente pour passer en commission n'était pas compatible avec la réalisation de ce travail. Le recrutement des patientes dans le service d'endocrinologie du CHRU de Brest n'a pas abouti après discussion et réflexion avec des experts car de trop nombreuses comorbidités entraient en jeu.

Finalement, deux types de recrutements ont été réalisés afin d'obtenir une taille d'échantillon suffisante.

D'une part, des associations finistériennes de soutien aux personnes ayant décidé de bénéficier d'une chirurgie de l'obésité ont été sollicitées : l'association OB'breizh et l'association Effet Petit Pois. Des entretiens en face-à-face ou téléphoniques ont été réalisés avec les femmes répondant aux critères d'inclusion ayant donné leur accord pour être interrogées.

D'autre part, le sujet de ce mémoire a été diffusé sur des groupes de discussion sur Internet dédiés à l'obésité. La demande s'adressait aux femmes acceptant de s'entretenir téléphoniquement et répondant aux critères d'inclusion.

1.4. Modalités de réalisation des entretiens

L'étude s'est déroulée dans toute la France.

Les dates de rendez-vous (en face-à-face ou téléphoniques) ont été fixés lorsque les femmes acceptaient de participer à l'étude.

Celle-ci s'est déroulée du 22 août 2015 au 16 octobre 2015.

L'ensemble de ces entretiens a été audio-enregistré après consentement oral éclairé, anonymisés avec modification des prénoms, puis retranscrits afin de pouvoir s'y référer.

Le nombre d'entretiens n'était pas défini préalablement. Nous avons, pour respecter une validité de notre travail, décidé de les arrêter uniquement lorsque le coefficient de saturation des données nous paraissait atteint.

1.5. Analyse des données

Une pré-analyse a été réalisée par catégorisation sémantique des données qualitatives recueillies auprès des femmes interrogées afin d'aboutir à un plan d'analyse. Des thèmes rassemblant des éléments ayant des caractères communs ont été individualisés sous un titre générique permettant, par condensation, une représentation des données récoltées. Un comptage des éléments de chaque thème nous a permis une analyse et une interprétation des idées essentielles évoquées lors des entretiens. Cette interprétation prend appui sur des données de la littérature référencées.

2. Analyse des résultats et discussion

Douze femmes ont été auditées.

La durée moyenne des entretiens était de trente-deux minutes. Le plus court a duré douze minutes et le plus long une heure et trente-neuf minutes.

2.1. Présentation de la population

| | Âge | Vie affective | Profession | Antécédents médicaux, chirurgicaux, familiaux | Antécédents gynécologiques, obstétricaux | IMC | Tabac | Contraception actuelle |
|-----------|--------|--|---|---|---|------|------------|------------------------|
| Noémie | 27 ans | En couple depuis 8 ans Mariée Un garçon de 3 ans | Chômage | Sleeve gastrectomie | Ovaires polykystiques 1 IVG 1 césarienne 1 grossesse ectopique sur cicatrice de césarienne curetée | 35 | Non | Aucune |
| Linda | 25 ans | En couple depuis 2 ans Un garçon de 9 mois | Congé parental | Diabète type II Hypertriglycéridémie congénitale Pancréatites chroniques Thrombose cérébrale Suspicion épilepsie Mère: 2 accidents vasculaires cérébraux | Conisation pour infection au papilloma virus 1 césarienne | 33 | 6-12 cig/j | Aucune |
| Gabrielle | 34 ans | En couple depuis 8 ans Mariée Pas d'enfants | Toiletteuse pour animaux | Hypothyroïdie d'Hashimoto Dépression Cancers du sein du côté paternel (arrière grand-mère, grand-mère, tantes) | Aucun | 39 | Non | DIU |
| Sabrina | 27 ans | En couple depuis 15 ans Mariée 3 filles (10, 5 et 1 an) | Auxiliaire de puériculture en congé parental | Hypothyroïdie Hypersomnie diurne excessive idiopathique | 3 AVB (accouchements voie basse) | 39,9 | Non | DIU |
| Ingrid | 26 ans | En couple depuis 5 ans Une fille de 21 mois | Coiffeuse | Aucun | 1 IVG à 18 ans 1 AVB | 41 | Non | SIU |
| Rosalie | 49 ans | Mariée depuis 25 ans Un garçon de 24 ans Une fille de 20 ans | Mécanicienne reconnue travailleuse handicapée | Lombalgies associant paralysies occasionnelles | 1 fausse couche spontanée 2 AVB | 35 | En sevrage | DIU |
| Roxane | 21 ans | En couple depuis 4 ans Pas d'enfant | Auto-entrepreneuse | Asthme | Aucun | 37 | Arrêt | Aucune |
| Inès | 34 ans | En couple depuis 5 ans Une fille de 22 mois | Secrétaire territoriale | Hypothyroïdie | 1 AVB | 31 | 7-10 cig/j | DIU |
| Faustine | 33 ans | En couple depuis 13 ans Deux filles de 7 et 2 ans | Agent de service hospitalier | Asthme Apnée du sommeil | 2 AVB | 49,5 | Non | DIU |
| Mélanie | 31 ans | Célibataire Un fils de 6 ans | Agent de service hospitalier | Aucun | 1 AVB 1 IVG | 40,2 | Non | Aucune |
| Enora | 45 ans | Célibataire Sans enfant | Cadre à la sécurité sociale | Aucun | Endométriose | 42,5 | 15 cig/j | SIU |
| Juliette | 48 ans | En couple depuis 29 ans Deux fils de 27 et 23 ans | Assistante maternelle et auxiliaire de vie | Aucun | 2 AVB | 48 | Non | DIU |

2.2. Vécu de la surcharge pondérale

2.2.1. Histoire de poids

La prise de poids d'Enora est apparue dans l'enfance, *"j'ai comblé par la nourriture le manque de mon père que j'ai perdu à l'âge de quatre ans"*. Celle d'Ingrid a débuté après le décès de sa grand-mère. Inès est également en surpoids depuis qu'elle est petite: *"on a tous un bon coup de fourchette dans la famille"*. Pour la moitié de femmes interrogées, il s'agit d'une histoire familiale datant de l'enfance. Chez Rosalie *"on faisait un régime pendant quinze jours puis on reprenait les mauvaises habitudes"*. Quant à Sabrina, *"ma mère avait des problèmes de poids et les répercutait sur moi, sur mon alimentation"*. Pour Juliette, l'explication de l'augmentation de sa masse pondérale est l'arrêt du tabac.

Nous ne sommes pas tous égaux face au poids. Celui-ci s'inscrit dans une histoire de vie. Pour certains, l'obésité est un bouclier qui protège le sujet et lui permet d'être dans la dénégarion d'un événement de vie angoissant (décès d'un proche, divorce, situation traumatique telle que de la maltraitance ou un abus sexuel...) [20]. Pour d'autres, la surcharge pondérale est rattachée à l'environnement familial. Deux groupes de sujets sont alors à distinguer: les grands mangeurs qui ont un appétit féroce, mangent avec plaisir et de façon socialisée et les personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire (TCA) pour lesquels l'alimentation colmate un mal-être [20]. De cette distinction découle la façon dont la personne souffrant d'obésité pourra être prise en charge de façon optimale.

2.2.2. Impact sur la vie affective

Les trois quarts des femmes interrogées se sentent blessées par les préjugés et le regard des autres. *"Je vois que le regard qui est porté sur moi est un regard de jugement. L'air de dire "si tu perdais du poids, tu n'aurais pas tous ces soucis là" nous confie Linda. Pour Ingrid, cela se ressent également dans le domaine professionnel: "on vous fait comprendre que vous n'avez pas le physique de la petite coiffeuse qui attire le client". "Ce qui est le plus difficile à vivre, pour Inès, c'est le regard des gens quand on rentre dans un magasin ou dans un fast-food". Sabrina nous avoue que lorsqu'elle est dans un groupe, même s'il s'agit d'amis, "je ne suis pas moi telle que je pourrais être sans tout ce poids". Pour Gabrielle, "il y aura toujours des regards malveillants, des gens qui vont s'entourer de personnes au physique ingrat pour se mettre en valeur; il y aura toujours le cliché de la bonne grosse copine". Quant à Rosalie, les critiques sont souvent trop faciles: "c'est l'été, il fait très chaud, vous mangez une glace. Qu'est-ce que les gens pensent? Vous entendez chuchoter derrière votre dos. Les gens vous jugent. Pourtant c'est peut-être la seule glace de la semaine que vous vous accordez...". "Le monde actuel est formaté aux modèles dans les magazines" selon Faustine. Sept de ces douze femmes ont le sentiment d'être rejetées.*

Neuf d'entre elles ont une image négative de leur corps. Sabrina nous avoue: *"c'est un corps qui ne m'appartient pas"*. Gabrielle s'est inscrite dans un cours de thaï-chi *"pour réconcilier mon corps et mon esprit. Au début j'avais l'impression d'être un éléphant dans un magasin de porcelaine"*. Pour Linda, son corps est *"affreux, je le déteste"*. Quant à Ingrid, *"le plus dur c'est quand on fait les magasins et qu'on se rend compte que rien ne nous va"*. Rosalie a le sentiment que *"quand vous êtes obèse, vous n'avez le droit de porter que ce qui est sans forme, sans couleur, triste"*. Il arrive à Mélanie, lorsqu'elle croise son reflet dans un miroir, de se dire *"je suis vraiment énorme"*. Pour Inès, qui a bénéficié un by-pass gastrique, *"je n'avais pas pris conscience de comment j'étais énorme avant l'opération, je me suis rendu compte en faisant des montages photos avant/après"*.

Le sentiment de culpabilité voire de honte face au poids se retrouve chez un tiers de ces femmes. Linda estime qu'elle n'a pas *"la vie normale d'une personne de 25 ans"* ».

La "peur du gras" est devenue un phénomène sociétal. Les canons de la beauté laissent très peu de place aux rondeurs [21]. Cette obsession pondérale fait des personnes souffrant d'obésité des victimes de discrimination, stigmatisation et culpabilisation pouvant avoir des conséquences psychologiques et sociales considérables telles que le repli et l'isolement, la perte de confiance en soi et d'estime de soi ainsi que l'altération de l'image du corps [22] [23]. Le sujet souffrant d'obésité a une image de son corps floue (ignore quels en sont les contours), voire clivée (habite un corps qui n'est pas vraiment le sien) pouvant être à l'origine d'un désintéressement narcissique évoluant parfois vers une négligence. Or l'image du corps est l'image de soi, notre support identitaire. Le rapport que nous avons à lui qualifie notre rapport à l'autre [20]. La personne ayant une surcharge pondérale interprète le regard de l'autre en fonction de ses propres croyances, elle lit donc dans ce regard ce qu'elle pense d'elle-même. Par projection, ses sentiments de dévalorisation sont attribués aux regards des autres [24]. Les failles narcissiques importantes sont la conséquence d'un défaut d'enveloppe psychique protectrice [25]. Derrière la carapace de cet individu jovial, ouvert, se cache un autre « je », fragile, calfeutré derrière son faux self hyperadaptatif [20].

2.2.3. Impact sur la vie sexuelle

Pour deux tiers des femmes auditées, le poids impacte sur la façon dont elles vivent leur vie sexuelle. *"Du fait qu'on n'ait pas confiance en soi, qu'on ne s'aime pas, on n'a pas forcément envie"* avoue Noémie. Pour Rosalie le poids *"joue sur deux tableaux: le physique et le psychique. Le plaisir n'est pas le même et la libido non plus"*. Sabrina se sent moins libre psychologiquement *"à cause du dégoût que notre corps peut engendrer"*. Juliette n'a *"aucune gêne avec son mari mais je pense que ça joue sur son désir à lui"*. Faustine, quant à elle, avait *"la libido dans les chaussettes"* avant son opération de chirurgie bariatrique.

Les autres femmes de la population étudiée ne semblent pas ressentir d'influence de leur poids sur leur vie sexuelle. Pour Linda, *"c'est la même que n'importe qui j'imagine, peut-être même plus agréable que pour certaines personnes"*. Quant à Ingrid, *"j'imagine que j'aurais la même avec quelques kilos en moins"*.

Il est révélé une moindre importance du sexe pour l'équilibre de vie personnelle avec l'augmentation de l'IMC, signe d'un désinvestissement [6]. Cette donnée n'est pas retrouvée dans notre étude. Il s'agit possiblement du fait que notre échantillon corresponde à une population ayant accepté d'être interrogée impliquant qu'il s'agisse de femmes relativement à l'aise avec leur sexualité. Chez les personnes souffrant d'obésité, souvent les sentiments de culpabilisation et rejet de leurs physiques sont présents. Ces derniers ont un fort impact sur le narcissisme et l'exhibitionnisme sexuel, deux éléments essentiels à la sexualité. Avoir un rapport charnel implique une mise à nu face au partenaire, une confrontation au regard de l'autre sans pouvoir dissimuler ses rondeurs sous des vêtements. Bon nombre de personnes souffrant d'obésité s'interdisent d'avoir une sexualité tant leur corps les met mal à l'aise et tant le manque de confiance en elles est présent. L'excès d'autocritique sur leur physique engendre des difficultés quand il s'agit de donner du plaisir ou d'en recevoir par l'intermédiaire du corps. Pour les deux membres du couple, le désir est alors affecté. Il semble que l'estime de soi compte plus que le poids dans les problèmes d'ordre sexuel [26]. La notion que les femmes souffrant d'obésité ont une vie sexuelle moins active et ont donc moins besoin de méthodes contraceptives efficaces n'a pas lieu d'être. Il est indispensable de relayer au corps médical et aux femmes elles-mêmes que l'IMC n'empêche pas d'avoir une sexualité et qu'il ne dispense donc pas d'une contraception fiable [6] [27].

2.2.2. Vécu de la prise en charge médicale

Deux tiers des femmes interrogées évoquent un déficit de confiance dans leurs relations avec les médecins. Roxane se soigne *"la plupart du temps toute seule, je n'y vais que quand j'y suis obligée"*. Selon Rosalie: *"nous sommes des cobayes. Ils testent sur nous. Ils procèdent par élimination"*. Juliette, quant à elle, a *"l'impression d'être un pion"*. Elle a *"besoin d'être rassurée sinon je coupe les ponts tout de suite. C'est important d'avoir un médecin en qui on peut avoir confiance"*. Sabrina dit *"avoir du mal avec la toute-puissance de la blouse blanche. Quand je suis à l'hôpital, j'ai l'impression qu'ils ont tous les droits sur moi, qu'ils se permettent toutes choses sur mon corps"*. Elle ressent une maladresse de la part des gynécologues: *"pour leur examen ils vous mettent entièrement nue, ils n'en ont rien à faire. Ils ne se demandent pas si on va être gênée"*.

La moitié des femmes dénoncent la culpabilisation des médecins sur le poids. La dernière fois que Linda est allée chez sa gynécologue, cette dernière l'a fait monter sur la balance.

"Elle m'a dit "vous avez 20 kilos à perdre madame", c'est gentil merci, je le sais. Aucun tact. On sort de là en se disant "je suis grosse, je suis moche, je n'ai pas le droit à une contraception comme tout le monde". Ces propos affectent la confiance en soi et la féminité. Gabrielle appréhende ses consultations: "il va me faire monter sur la balance, je vais me prendre une réflexion". Sabrina n'accepte plus "les réflexions faciles. Dernièrement, quand j'ai dit mon poids, j'ai cru que le médecin allait se décrocher la mâchoire. Comme si j'étais la première obèse qui entrait dans son bureau. Et elle m'a dit: "vous comptez faire quelque chose?" Je lui ai répondu: "je n'ai pas attendu de venir vous voir pour y penser". Si je fais ce poids ce n'est pas par plaisir". Pour Noémie, "dès qu'on a un petit problème de santé, tout de suite c'est à cause de l'obésité, pourtant les personnes qui ont un poids normal ont aussi des problèmes de santé". Gabrielle ajoute: "on n'est pas toujours responsable de tous ses maux". Quant à Linda, sa "première gynéco était super. Elle savait que j'étais en surpoids mais elle n'en a pas fait forcément cas. J'étais seulement une femme, une femme lambda" .

Nombreuses sont les patientes vivant leur prise en charge médicale comme intrusive amenant parfois à une attitude de méfiance envers les différents acteurs du monde médical. L'alliance thérapeutique avec le patient est essentielle [23]. Une relation de confiance et de tolérance doit s'installer. Pour cela, le praticien doit respecter la pudeur et les difficultés psychologiques de la personne et maîtriser ses réactions face à la situation (rejet, difficultés personnelles, compassion) [28]. En 1998, un *Guide pratique pour le diagnostic, la prévention, le traitement des obésités en France*, rédigé sous la direction d'A. Basdevant, expose les objectifs psychologiques d'une prise en charge de qualité de cette population [25]. L'éducation est thérapeutique si elle est centrée sur le vécu du patient. Un discours jugeant ou culpabilisant peut entrer en résonance avec une stigmatisation que les patients vivent au quotidien et altérer cette relation de confiance [29]. Les professionnels de santé doivent être dans une attitude d'empathie et apporter des solutions concrètes à une difficulté identifiée telle qu'une surcharge pondérale, éventuellement en sollicitant d'autres intervenants de leur réseau.

2.3. Contraception

2.3.1. Représentations

La contraception est vécue comme contraignante pour sept femmes sur douze. Pour Rosalie, *"la contraception c'est un casse-tête"*. Le ressenti de Linda envers la contraception est *"clairement négatif: pilule à heure fixe, douleur avec le stérilet aux hormones, pas le droit à l'implant..."*. Quant à Sabrina, *"la contraception c'est un boulet complet. Quand on cherche quelque chose qui est sans hormone, le seul contraceptif possible est le stérilet au cuivre. Et quand on ne le supporte pas, la dernière et seule solution qu'il reste c'est le préservatif. Et*

c'est un frein pour la relation de couple". Mélanie qualifie sa vie contraceptive *"d'échec cuisant"*.

Le sentiment d'être dans l'impasse sur le plan contraceptif, de ne trouver aucune contraception adaptée, est évoqué par plusieurs d'entre elles. *"Vu la mauvaise expérience que j'ai eu avec la première pilule, je ne souhaite plus reprendre de contraception"* confie Roxane. Il en est de même pour Noémie et Mélanie.

Chaque femme est unique avec des antécédents médicaux, une situation affective, un mode de vie ou encore un rapport au corps qui lui sont propres. Pour qu'une méthode contraceptive soit acceptée et bien suivie, elle doit être adaptée à la patiente et à sa réalité quotidienne [19]. Permettre aux femmes de choisir est associé à une plus grande satisfaction ainsi qu'à une meilleure utilisation des méthodes [30]. Le professionnel de santé se doit de délivrer une information claire, hiérarchisée et sur-mesure des différentes méthodes contraceptives qui pourraient être proposées à la patiente afin que cette dernière puisse faire son propre choix [19].

2.3.2. Choix réel par la patiente

Pour l'ensemble des femmes auditées, le choix du premier contraceptif n'était pas un choix personnel. *"Il m'a mis la pilule d'office"* affirme Noémie. Le médecin de Linda lui a *"prescrit la pilule sans vraiment proposer d'autres options"*. Quant à Roxane, *"c'est ma mère qui voulait que je prenne la pilule, alors mon médecin traitant me l'a prescrite"*. Lors de la première consultation de contraception d'Inès, son généraliste l'a *"directement orienté vers une pilule"*. Le médecin de Sabrina lui a *"prescrit une pilule et merci, au revoir. Si on leur pose trop de questions c'est embêtant pour eux"*. Celui de Gabrielle ne lui a *"jamais proposé d'essayer autre chose"*, tout comme celui de Faustine.

Ingrid avait demandé à changer de contraception puisqu'elle souffrait de nombreux désagréments avec la pilule: *"mon médecin m'a déconseillé le stérilet parce que je n'avais jamais eu d'enfant et m'a déconseillé l'implant puisqu'il fait prendre du poids. Je suis donc restée sous pilule avec ses embêtements jusqu'à mon accouchement"*.

Cependant, pour l'intégralité de notre échantillon, leur contraception actuelle résulte d'un choix personnel.

Pendant longtemps la médecine fut paternaliste. Le médecin décidait pour son patient, ne lui divulguait que certaines informations, choisies, afin d'obtenir un consentement formel ou du moins une absence de refus, et de décider seul du traitement à instaurer, usant de son privilège thérapeutique [31]. Cette médecine portait atteinte au principe d'autonomie du patient, capacité de celui-ci à faire ses propres choix et prendre des décisions le concernant.

Il lui était demandé de faire aveuglement confiance à son médecin [32]. La relation médecin-patient contemporaine se fonde sur une participation active de la personne concernant les décisions à propos de sa santé [30]. Cependant, il semblerait que la rupture avec le modèle paternaliste ne soit pas totalement réalisée [32]. L'information échangée serait parcellaire et non pas neutre et exhaustive comme elle devrait l'être, impliquant un consentement résigné plutôt qu'éclairé [33]. En contraception, afin de ne pas reproduire ces déviations, il est préconisé d'utiliser la méthode de counseling. Il s'agit d'une démarche de conseils et d'accompagnement favorisant l'expression du choix de la personne. Elle repose sur l'empathie, le respect concernant la sexualité, les sentiments, les attitudes et les besoins de la patiente ainsi que sur la neutralité du praticien à propos des informations et des démarches abordées [19].

2.3.3. Lien entre prise de poids et contraception

Pour Noémie, pas de doute, sa prise de poids *"est due à la pilule. A 21 ans j'ai commencé à prendre du poids sans raison. J'ai pris 50 à 60 kilos en l'espace de 6 mois à 1 an. Et j'ai arrêté d'en prendre quand j'ai arrêté la pilule. Quand j'en ai parlé aux sages-femmes, elles m'ont dit que c'était parce que la pilule ouvre l'appétit"* affirme-t-elle. Pour Roxane: *"j'ai pris 30 kilos à cause d'elle. Suite à ça je l'ai arrêtée"* dit elle, incriminant la pilule. Ce lien entre prise de poids et prise de contraceptif est fait par un tiers des femmes auditées.

Fréquemment, il est imputé aux contraceptifs une responsabilité dans un gain de poids par les patientes ou parfois même par leurs médecins [34]. En 2000, Gupta et al. ont confondu plusieurs études sur l'impact de contraceptifs oraux combinés sur la prise de poids sans montrer de modification pondérale significative [35], notamment chez les femmes souffrant d'obésité [36]. Il en est de même pour les contraceptions progestatives. Seule l'utilisation de macroprogestatif tel que l'acétate de médroxyprogestérone induit une réelle prise de poids [37]. Ce phénomène est notamment rencontré chez les adolescentes souffrant d'obésité ce qui contre-indique, dans ce cas précis, cette contraception [12]. Les autres méthodes contraceptives peuvent être utilisées sans restriction chez les femmes souffrant d'obésité sans craindre une prise de poids supplémentaire [11] [38]. 73% des femmes imaginent que leur gain pondéral est secondaire à la contraception et 20% trouvent alors justifié d'arrêter ou de ne pas prendre leur pilule, ce qui accroît le risque de grossesse non désirée [39]. Cette prise de poids serait un effet nocébo. La patiente perçoit une manifestation indésirable en rapport avec la prise d'une substance en recréant inconsciemment les effets indésirables dont elle a pu entendre parler. Ce phénomène est de nature purement psychologique. Le corps médical a un important rôle à jouer afin d'endiguer ces préjugés ce qui contribuera probablement à la réduction du taux élevé de grossesses inopinées [35].

2.3.4. Grossesses inopinées

Pour Noémie qui souffre du syndrome des ovaires polykystiques et qui a bénéficié d'une sleeve gastrectomie il y a moins de deux ans, le médecin voulait *"absolument"* lui prescrire une contraception. *"Elle me tanne tous les mois pour que je prenne un contraceptif puisqu'il ne faut pas tomber enceinte dans les 18 mois suivant la chirurgie de l'obésité. Mais moi je ne prends pas de contraception puisque, logiquement, sans traitement je ne peux pas tomber enceinte. Bon il n'y a pas si longtemps, c'est arrivé quand même mais bon..."*.

Ingrid a eu recours à une interruption de grossesse à l'âge de 18 ans: *"c'était une grossesse à laquelle je ne m'attendais pas. Je n'avais pas de contraception à l'époque. Tout le monde disait que si on était grosse on ne pouvait pas tomber enceinte"*. Mélanie a également subi une IVG pour les mêmes raisons.

Le gynécologue de Faustine lui a dit: *"vu votre poids il sera très difficile de concevoir naturellement"*; elle n'a donc jamais repris de contraception après son premier accouchement et a débuté une grossesse spontanée à laquelle elle ne s'attendait pas.

Il est retrouvé dans la littérature que 43,5% des femmes souffrant d'obésité de moins de trente ans ont connu une grossesse non désirée au cours de leur vie contre 13,3% des femmes n'ayant pas de problème de poids [6]. Ce fait est observé chez un tiers des femmes de notre échantillon, cependant trois de quatre ces grossesses ont été arrêtées de façon volontaire. Aux Etats-Unis, une enquête nationale a démontré que les femmes souffrant d'obésité sexuellement actives et en âge de procréer utilisent significativement moins de contraception que les femmes de poids normal. 23,4 % de ces femmes n'utilisent pas de contraception contre 18,9% de la population générale [40]. Une étude française conclut que les femmes de cette population ont autant recours à la contraception que la population générale mais qu'elles ont tendance à délaissier la pilule et le préservatif pour des méthodes qui ont montré une moindre efficacité tels que le retrait ou le préservatif [6]. Cette désaffection pour les contraceptions efficaces peut s'expliquer notamment par le fait que certains médecins exposent à leurs patientes l'impact négatif du poids sur leur fertilité. Elles se sentent alors protégées contre le risque de grossesse, injustement.

2.3.5. Réticences, craintes et plaintes

Les expériences de l'entourage tout comme les médias influencent le choix contraceptif. A la maternité, après l'accouchement de Noémie: *"les sages-femmes m'ont proposé le stérilet que je ne voulais pas parce que je connais une femme qui a eu deux enfants sous stérilet, donc j'en ai pas forcément confiance"*. La mère de Linda est *"tombée enceinte avec le stérilet au cuivre, alors je ne sais pas trop sur quel pied danser"*. Faustine a *"de très mauvais retours*

sur l'implant dans mon entourage". Et quand Noémie regarde sur Internet, elle voit "des témoignages de femmes qui tombent enceintes sous contraceptif. Ce n'est pas rassurant".

De nombreuses représentations erronées circulent semant le trouble concernant la contraception chez les femmes: "si je mets un stérilet et qu'il bouge parce que je perds du poids, je risque d'être enceinte" confie Noémie, "le fait d'avoir eu une pilule alors que je n'étais pas sexuellement active a fait que par la suite j'ai été totalement détraquée" ajoute-t-elle.

De tous temps, le domaine de la santé a été soumis aux croyances populaires et a priori des personnes le côtoyant entraînant la diffusion permanente et persistante d'informations inexacts. A l'heure actuelle, les durées de rendez-vous médicaux tendent à être diminuées créant fréquemment chez le patient le besoin d'une quête d'informations supplémentaires [41]. La santé n'échappe pas au développement médiatique de notre société. 71% des Français consultent Internet pour chercher des réponses aux questions concernant leur santé [42]. Cependant la qualité des nouvelles médicales n'est pas toujours optimale du fait de la connaissance insuffisante des journalistes en matière de santé, de la course aux scoops, du développement de communautés virtuelles et forums médicaux non soumis à des administrateurs médicaux qualifiés. Des attentes irréalistes ou encore des représentations erronées sont susceptibles d'être provoquées devant ensuite être démenties par les praticiens. Les médias doivent être considérés comme un moyen de renseigner et orienter un patient mais ils ne peuvent en aucun cas se substituer à une consultation médicale [41].

2.3.6. Souhaits

Cinq des douze femmes souhaiteraient bénéficier de plus d'écoute, "on connaît notre corps, on sait comment il réagit" souligne Roxane. Juliette, "n'ose jamais leur faire répéter quand on n'a pas compris de peur de passer pour plus bête qu'on ne l'est". Selon Noémie, sa première consultation de contraception s'est passée "un peu à la va-vite. Pas de question sur mes antécédents, pas d'auscultation, juste une ordonnance". Un quart des femmes interrogées regrettent que leur médecin ne s'intéresse pas davantage à leurs antécédents. Quatre d'entre elles déclarent vouloir plus d'informations à propos des différents moyens de contraception. Pour Ingrid: "le tout est de trouver ce qui nous convient, pour cela il faut seulement que les médecins nous apportent des informations sur les différentes contraceptions". Inès a, quant à elle, décidé de changer de contraception après s'être "renseigné à droite à gauche".

Le manque de suivi de la contraception est évoqué par un tiers des femmes interrogées. Roxane nous avoue: "en réalité je n'ai pas de suivi gynécologique. Je n'ai jamais reparlé de

contraception avec le médecin qui m'a prescrit la pilule. Il n'est d'ailleurs pas au courant que je l'ai arrêtée depuis 1 an et demi". Linda semble déconcertée: "le gynéco qui m'a posé le stérilet après l'accouchement m'a dit "voilà c'est fait, on se revoit dans 5 ans". Alors que j'ai eu le papilloma virus...". Gabrielle n'a jamais bénéficié d'une palpation des seins "mon médecin dit qu'il ne sait pas le faire. Le gynéco ne m'en a jamais fait non plus. Pourtant ça me tranquilliserait".

Certaines de ces femmes évoquent des perspectives d'avenir en contraception. Linda souhaiterait *"une contraception masculine efficace autre que la vasectomie. Il est temps qu'une pilule pour hommes soit mise au point"*. Faustine, elle, aimerait que plus de contraceptions non hormonales soient développées pour éviter de se retrouver dans l'impasse lorsque les hormones sont contre-indiquées. Le regret d'Inès est que *"tant qu'on n'a pas accouché, on ne sait pas qu'une sage-femme peut faire du suivi gynécologique"*. Pour finir, le souhait d'Enora est *"qu'un jour il n'y ait plus de tabou autour de la contraception pour toutes les jeunes filles et femmes"*.

Les femmes souffrant de surcharge pondérale consultent moins leur médecin à propos de la contraception que les femmes de corpulence dite normale (69% contre 85%) [6]. Ce phénomène peut s'expliquer par le fait qu'elles ne semblent pas satisfaites de leur suivi gynécologique. Les manques d'écoute et d'informations sont les éléments les plus souvent cités. Selon l'article 7 du Code de Déontologie Médicale, le médecin doit "écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes" [43]. Bien que le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) recommande une consultation gynécologique annuelle systématique, celle-ci n'est pas obligatoire [44]. En tant que sage-femme, notre rôle est d'inciter les patientes à être actrices de leur suivi et à s'impliquer dans leurs choix. Pour cela nos compétences en matière de gynécologie doivent être connues du grand public. A l'horizon 2025, de nouvelles solutions contraceptives fiables auront vu le jour afin d'augmenter la compliance des couples à la contraception notamment en ce qui concerne les contraceptions hormonales masculines offrant un plus large éventail de choix [45].

Conclusion

P(e)anser l'obésité, épidémie mondiale, devient un défi pour notre société d'aujourd'hui et de demain. L'alliance thérapeutique avec le patient est essentielle, plus que jamais.

En se souciant de la façon dont les femmes souffrant d'obésité expérimentent et vivent la contraception, il est imparable de comprendre les causes du taux élevé de grossesses inopinées dans cette population.

Une part de responsabilité peut être imputée aux professionnels. Certains culpabilisent leurs patientes à propos du poids créant un scepticisme de celles-ci envers le monde médical, d'autres réalisent un counseling non adapté en contraception ou encore ne proposent pas d'aide et de prise en charge pluridisciplinaire concernant le poids. Les répercussions importantes de la mésestime qu'ont ces femmes envers elles-mêmes sont également à incriminer provoquant un impact considérable sur leurs vies affective et sexuelle.

Afin de cheminer vers une contraception adaptée à chacune, l'ensemble des moyens contraceptifs possibles doivent être exposés, les représentations erronées les concernant doivent être déconstruites et le choix doit appartenir à la patiente. Il est du rôle des professionnels de ne pas se laisser submerger par leurs opinions préconçues et d'accompagner leurs patientes à devenir actrices de leur santé tant en contraception qu'à propos de leur poids. Le taux de grossesses inopinées et d'interruption volontaires de grossesse pourrait ainsi être revu à la baisse.

La clé est de s'intéresser à leur histoire de vie et leur faire recouvrer confiance en elles en renouant corps et esprit. Derrière chacune d'elles se cache un sujet différent, en souffrance, dont l'obésité est un symptôme d'effort adaptatif à un contexte, à qui nous devrions tendre la main.

Luttons-nous contre au lieu de lutter avec?

Références bibliographiques

- [1] Enquête INSERM Institut national de la santé et de la recherche médicale, Kanthar Health, Roche. ObEpi-Roche 2012: enquête nationale sur l'obésité et le surpoids. [En ligne] http://www.roche.fr/content/dam/corporate/roche_fr/doc/obepi_2012.pdf. Consulté le 4 Novembre 2014.
- [2] OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Obésité et surpoids. [En ligne] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>. Consulté le 20 Décembre 2014.
- [3] Sarfati J, Bry H, Young J, Christin-Maitre S. Obésité et reproduction: quels impacts de l'obésité sur l'axe gonadotrope et la fertilité ? Médecine Clinique endocrinologie & diabète. 2012;59:25-29.
- [4] Norman RJ, Noakes M, Wu R, Davies MJ, Moran L, Wang JX. Improving reproductive performance in overweight/obese women with effective weight management. Hum Reprod Update. 2004;10(3):267-280.
- [5] Balen AH, Anderson RA. Impact of obesity on female reproductive health: British Fertility Society, Policy and Practice Guidelines. Hum Fertil (Camb), 2007;10(4):195-206.
- [6] 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, 2010;340:c2573
- [7] Brunner Huber LR, Hogue CJ. The association between body weight, unintended pregnancy resulting in a live birth, and contraception at the time of conception. Mater Child Health J 2005;9:413-20.
- [8] Holt VL, Scholes D, Wicklund KG, Cushing-Haugen KL, Daling JR (2005) Body mass index, weight, and oral contraceptive failure risk. Obstet Gynecol 105: 46-52.
- [9] Holt VL, Cushing-Haugen KL, Daling JR. Body weight and risk of oral contraceptive failure. Obstet Gynecol. 2002 May;99(5 Pt 1):820-7.
- [10] Société française d'endocrinologie (SFE). Contraception hormonale chez la femme à risque vasculaire et métabolique : recommandations de la Société française d'endocrinologie, 2010.
- [11] WHO (2009) Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fourth Edition, 2009. A WHO family planning cornerstone. Geneva: World Health Organization.
- [12] Bonny AE, Ziegler J, Harvey R, Debanne SM, Secic M, Cromer BA. Weight gain in obese and nonobese adolescent girls initiating depot medroxyprogesterone, oral contraceptive pills, or no hormonal contraceptive method. Arch Pediatr Adolesc Med. 2006 Jan;160(1):40-5.

- [13] Mornar S, Chan L-N, Mistretta S, Neustadt A, Martins S, Gilliam M. Pharmacokinetics of the etonogestrel contraceptive implant in obese women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2012 Aug 1;207(2):110.e1–110.e6.
- [14] Glasier A, Cameron ST, Blithe D, Scherrer B, Mathe H, Levy D, Gainer E, Ulmann A. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. *Contraception*. 2011 Oct;84(4):363-7.
- [15] ANSM, Agence Nationale de la Sécurité du médicament et des produits de santé. Contraception d'urgence hormonale: rapport bénéfice/risque jugé favorable par la Commission européenne quel que soit le poids de la femme - Point d'information. 2014 Oct.
- [16] Berdah J. Quid de la contraception chez la femme obèse et super obèse en 2011? *Obésité*. 2011;6(4):242-8.
- [17] Article R.4127-318 du code de la santé publique. Modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012, art.1.
- [18] Bougerol T. Développement psychologique: personnalité et tempérament. Université Joseph Fournier de Grenoble. 2010.
- [19] INPES, institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Comment aider une femme à choisir sa contraception. [En ligne] <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf> . Consulté le 3 mars 2015.
- [20] Appart A, Tordeurs D. La prise en charge du patient obèse: aspects psychologiques. [En ligne]. <http://sites.uclouvain.be/ecu-ucl/Appart.pdf> Consulté le 3 avril 2015.
- [21] Association pour le développement de l'information et de la recherche sur la sexualité. Obésité et sexe. [En ligne]. <http://www.adirs.org/v4/data/sexualite/obesite.asp>. Consulté le 16 Mars 2015.
- [22] Basdevant A. Obésité : évolution des conceptions physiopathologiques. *Revue du Rhumatisme*. 2008 Nov;75(10-11):935–6.
- [23] Garré JB, Gohier B, Ritz P, Terra JL. Le patient obèse et le psychiatre. [En ligne]. <http://psyfontevraud.free.fr/AARP/psyangevine/publications/obese.htm> Consulté le 3 avril 2015.
- [24] Pedinielli J-L, Ferran A, Grimaldi M-A, Salomone C. Les troubles des conduites alimentaires: Anorexie, boulimie, obésité. Armand Colin; 2012. 76 p.
- [25] D'Antin de Vaillac A. Peut-on dresser un profil psychologique de l'obésité ? Etude clinique de la violence dans la dynamique psychique de personnes obèses. Université de Toulouse Le Mirail;2011,57p.
- [26] Association pour le développement de l'information et de la recherche sur la sexualité. Obésité et sexe. [En ligne]. <http://www.adirs.org/v4/data/sexualite/obesite.asp>. Consulté le 16 Mars 2015.

- [27] Lobert M, Pigeyre M, Gronier H, Catteau-Jonard S, Robin G. Contraception et obésité. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2015 Nov;43(11):740–7.
- [28] Arlet P. La relation medecin/malade. Faculté de Médecine de Toulouse. 2001. [En ligne]. http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/Sous-mod-2_et_3_pdf_01_poly_item01.pdf Consulté le 3 janvier 2016.
- [29] Charmillot M, Lager G, Lasserre Moutet A, Golay A. Comprendre l'expérience de vie des personnes obèses : un apport pour l'éducation thérapeutique du patient. *Rev Med Suisse* 2011;686-690.
- [30] HAS, Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. [En ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05_contraception_freins_reco2clics-5.pdf. Consulté le 9 décembre 2015.
- [31] Bergeron H. Colloque: les droits des malades et des usagers du système de santé, une législature plus tard. [En ligne] http://www.cso.edu/upload/pdf_actualites_bergeron-colloque-mars2007.pdf. Consulté le 10 janvier 2016.
- [32] Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques*. 2003 Aug 1;no 11(3):59–79.
- [33] Fainzang S., *La relation médecins-malades: information et mensonge*, Paris, P.U.F., coll. « Ethnologies », 2006
- [34] Chabroux S. Médicaments et prise de poids: lesquels peuvent être réellement incriminés? [En ligne]. http://www.realites-cardiologiques.com/wp-content/uploads/2011/01/medicamentsetprisedepoids_RND25.pdf. Consulté le 10 janvier 2016
- [35] Gupta S. Weight gain on the combined pill--is it real? *Hum Reprod Update*. 2000 Oct 6(5):427–31.
- [36] Lopez LM, Grimes DA, Chen-Mok M, Westhoff C, Edelman A, et al. (2010) Hormonal contraceptives for contraception in overweight or obese women. *Cochrane Database Syst Rev*: CD008452.
- [37] Bakry S, Mehri ZO, Scalise TJ et al. Depot-medroxyprogesterone acetate: an update. *Arch Gynecol Obstet*, 2008; 278: 1-12.
- [38] Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives : Effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(4).
- [39] Lindh I, Ellström AA, Milsom I. The long-term influence of combined oral contraceptives on body weight. *Hum Reprod*. 2011 Jul;26(7):1917-24.
- [40] Chuang CH, Chase GA, Bensyl DM, Weisman CS. Contraceptive use by diabetic and obese women. *Womens Health Issues* 2005; 15:167.
- [41] F. Liebens, M. Aimont, B. Carly, A. Pastijn, S. Swimberg, S. Rozenberg, M. Degueudre. Internet, presse, médias : nouveaux éléments dans la communication médicale. Deauville.27es journées de la SFSPM, 2005.

- [42] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Les principaux enseignements de l'enquête Les conséquences des usages d'internet sur les relations patients médecins. [En ligne] <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Synthèse%20des%20résultats%20du%20sondage%202010.pdf>. Consulté le 3 janvier 2016.
- [43] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de Déontologie Médicale. Nov 2012.
- [44] Blumental Y, Belghiti J, Driessen M. Gynécologie-obstétrique. De Boeck Secundair; 2008. 276 p.
- [45] Francis Z, Chabbert-Buffet N. La contraception du futur. *Reproduction humaine et hormones*. 2008;21(1):102–16.

Annexe

ENTRETIEN

1. Généralités / Contexte socio-économique:

Parlez-moi de vous, de votre âge, de votre profession, de votre famille...

- Quel âge avez-vous?
- Parlez moi de votre profession.
- Parlez moi de votre vie affective: êtes-vous en couple? Avez-vous des enfants?
- Avez vous eu des problèmes concernant votre santé? Dans votre famille proche?
- Fumez-vous?

2. Histoire de l'obésité:

Pouvez-vous me raconter l'histoire de votre poids...

- A quel moment de votre vie est apparue votre problème de poids?
- Selon vous, quelle en est l'explication?
- Rencontrer vous des problèmes particuliers liés à votre poids?
- Quelle image portez-vous sur votre corps?
- Pensez vous que votre poids joue un rôle sur vos relations avec les autres?

3. La contraception:

Parlez-moi de vos antécédents obstétricaux: Avez-vous eu des interruptions des grossesses ou des grossesses inopinées? Pour vous quelles en sont les explications?

Parlez-moi de votre contraception ...

- Quelle est votre contraception? Vous convient-elle? (oublis?)
- Pourriez-vous me raconter comment s'est déroulée votre première consultation de contraception? Que vous a-t-on proposé?
- Avez vous eu le sentiment de choisir votre contraception? Adhériez-vous à ce choix?
- De façon générale, parlez moi de votre vécu de cette contraception (positif, négatif?)

4. La sexualité:

Parlez moi de votre vie affective et sexuelle...

- Depuis combien de temps êtes-vous en couple?
- Pensez-vous que votre poids a un impact sur votre sexualité?

5. Pour une meilleure prise en charge:

Quel est votre ressenti par rapport au monde médical?

- Que pensez-vous du monde médical?
- Avez-vous des appréhensions particulières avant vos consultations?
- Quelles sont les améliorations à apporter?
- Comment aimeriez-vous qu'une sage-femme ou un médecin vous accompagne dans votre suivi de contraception?

Résumé

Introduction: Les femmes souffrant d'obésité de moins de trente ans déclarent quatre fois plus de grossesses non désirées ou d'avortements que les femmes de poids normal dans la même tranche d'âge.

Objectif: Expliquer les causes des succès et potentiels échecs contraceptifs chez les femmes ayant un indice de masse corporelle supérieur ou égal à trente en s'intéressant à leur vécu de la contraception.

Matériel et méthode: Etude qualitative menée par le biais d'entretiens semi-directifs anonymes auprès de douze femmes souffrant d'obésité en âge de procréer entre le 22 août 2015 et le 16 octobre 2015.

Résultats: Les échecs contraceptifs résultent de différents mécanismes : une contraception imposée par les professionnels de santé, des représentations erronées entraînant un rejet non justifié de certaines méthodes ou encore un manque de réassurance de la part des professionnels concernant les craintes et réticences de leurs patientes. Parallèlement, le poids s'inscrit dans une histoire de vie. La manière dont il impacte sur la vie affective et sexuelle de la personne influence sa confiance en elle, l'image qu'elle perçoit de son corps et son rapport à l'autre ; tant d'éléments à prendre en compte pour appréhender son rapport au monde et à la contraception.

Conclusion: Connaître et comprendre la façon dont une patiente souffrant de surcharge pondérale éprouve sa vie affective et génitale permettrait au professionnel de santé de l'accompagner dans le choix de sa contraception en accord avec ses attentes, ses craintes et sa pudeur ainsi que dans la prise en charge de son poids si elle le souhaite. Le discours doit être adapté à chacune d'elles pour créer une alliance thérapeutique fondamentale.

Mots clés: obésité, contraception, vécu, échecs contraceptifs, accompagnement.

Titre: Vécu de la contraception chez les femmes souffrant d'obésité, explication des succès et des potentiels échecs contraceptifs. Etude qualitative réalisée en France entre le 2 août 2015 et le 16 octobre 2015.

Auteur: Nolwenn Le Bihan

Diplôme d'Etat de Sage-Femme, Brest, 2016.