HAL
open science

Évaluation de la santé sexuelle des patientes obèses par les médecins généralistes nutritionnistes

Marie Lavenat

To cite this version:

Marie Lavenat. Évaluation de la santé sexuelle des patientes obèses par les médecins généralistes nutritionnistes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02985740

HAL Id: dumas-02985740

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02985740v1

Submitted on 2 Nov 2020

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.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

En vue de l'obtention du titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 14 juin 2018
Par Marie LAVENAT

EVALUATION DE LA SANTE SEXUELLE DES PATIENTES OBESES PAR LES MEDECINS GENERALISTES NUTRITIONNISTES

Directeur de thèse : Docteur Véronique TAILLARD

JURY :

Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT : Président
Monsieur le Professeur Pierre MARES : Assesseur
Monsieur le Docteur David COSTA : Assesseur
Madame le Docteur Véronique TAILLARD : Directeur de thèse

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

En vue de l'obtention du titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 14 juin 2018
Par Marie LAVENAT

EVALUATION DE LA SANTE SEXUELLE DES PATIENTES OBESES PAR LES MEDECINS GENERALISTES NUTRITIONNISTES

Directeur de thèse : Docteur Véronique TAILLARD

JURY :

Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT : Président
Monsieur le Professeur Pierre MARES : Assesseur
Monsieur le Docteur David COSTA : Assesseur
Madame le Docteur Véronique TAILLARD : Directeur de thèse

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
DIMEGLIO Alain
DU CAILAR Jacques
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE
LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude

D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire

DAVY Jean Marc - Cardiologie

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale

DUFFAU Hugues - Neurochirurgie

DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

ELIAOU Jean François - Immunologie

FABRE Jean Michel - Chirurgie générale

GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie

HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation

JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence

JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire

LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention

LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation

LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire

MERCIER Jacques - Physiologie

MESSNER Patrick - Cardiologie

MOURAD Georges-Néphrologie

PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation

RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales

RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation

ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie

SCHVED Jean François- Hématologie ; Transfusion

TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale

UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie

VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion

AVIGNON Antoine-Nutrition

AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie

BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale

BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric-Chirurgie digestive

BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAMBONIE Gilles -Pédiatrie

CAMU William-Neurologie

CANOVAS François-Anatomie

CARTRON Guillaume- Hématologie; transfusion

CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique

COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation

CORBEAU Pierre-Immunologie

COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale

DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation

DAUVILLIERS Yves-Physiologie

DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie

DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie

DROUPY Stéphane -Urologie

DUCROS Anne-Neurologie -

FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence

KOENIG Michel-Génétique moléculaire

LABAUGE Pierre- Neurologie

LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation

LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie

LECLERCQ Florence-Cardiologie

LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire

LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire

MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire

MATECKI Stéfan -Physiologie

MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie

MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie

MORIN Denis-Pédiatrie

NAVARRO Francis-Chirurgie générale

PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie

PUJOL Pascal-Biologie cellulaire

PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie

QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)

SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales

TOUITOU Isabelle-Génétique

TRAN Tu-Anh-Pédiatrie

VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire

CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CAPTIER Guillaume-Anatomie

CAYLA Guillaume-Cardiologie

CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation

COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale

COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation

DAIEN Vincent-Ophtalmologie

DE VOS John-Cytologie et histologie

DORANDEU Anne-Médecine légale -

DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation

FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie

GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie

GENEVIEVE David-Génétique

GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -

GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale

HAYOT Maurice-Physiologie

HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence

KALFA Nicolas-Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique

LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie

LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie

LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales

LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

LUKAS Cédric-Rhumatologie

MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique

MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale

MORANNE Olvier-Néphrologie

MOREL Jacques -Rhumatologie

NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

NOCCA David-Chirurgie digestive

PANARO Fabrizio-Chirurgie générale

PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

LAMBERT Philippe
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1re classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LE QUINTREC Moglie-Néphrologie

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie

TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2éme classe

BERTRAND Martin-Anatomie

BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie

GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire

GOUZI Farès-Physiologie

JEZIORSKI Éric-Pédiatrie

KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire

LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail

MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales

MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David

FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

FAILLIE Jean-Luc-

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie

HERRERO Astrid-Chirurgie générale

PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENT

A Monsieur le Professeur Philippe Lambert,

De m'avoir fait l'honneur d'être mon président du jury. Je vous remercie pour votre disponibilité et votre sympathie lors de nos différents échanges.

A Monsieur le Professeur Pierre Mares,

D'avoir accepté d'être membre de mon jury. Je vous remercie également pour le temps et les conseils que vous m'avez apportés pour la réalisation de mon travail.

A Monsieur le Docteur David Costa,

D'avoir accepté d'être membre de mon jury et de juger la qualité de mon travail.

A Madame le Docteur Véronique Taillard,

Pour ton implication et ton aide dans mon travail malgré le rythme effréné que la vie de médecin passionné et de mère de famille t'imposent. Pour toutes les connaissances, la passion et l'envie que tu as sues me communiquer au cours de mon semestre à Nîmes. Pour ton sourire, ta joie de vivre, ton optimisme, ton soutien, qui font de toi un médecin et une amie hors pair. Grace à toi la matrice nutritionnelle restera gravée en moi.

Au Docteur Camille Bories, pour tout ce que tu m'as appris au cours de mes 6 mois à Nîmes. Je te remercie de m'avoir fait découvrir une partie de la médecine que j'ignorais complétement et m'avoir permis d'acquérir des compétences qui me seront indispensable dans ma pratique. Je te remercie également pour ta gentillesse et ton écoute.

A mes maîtres de stage, les Docteurs Marie-Josephe Hurtel et Michèle Strubel, ainsi que leurs collaborateurs les docteurs Julie Ginestie et Mathieu Pallancher. Sans oublier Faustine. Je vous remercie pour votre accueil dans votre équipe et votre aide au cours de mes remplacements et de mon dernier semestre.

Au Docteur Delphine Masson, de m'avoir permis d'étendre mon champ de connaissance de l'obésité vers la pédiatrie. Ces mercredis matins en ta compagnie m'ont permis de confirmer mon envie et mon engouement pour la prise en charge de l'obésité tant chez l'adulte que chez l'enfant.

Au Docteur Anne-Marie Guedj, pour ton implication et les conseils pertinents que tu as sus nous donner à Véronique et moi-même pour nous recentrer sur l'essentiel. Merci pour le temps que tu as pu me consacrer. L'endocrinologie est un peu moins obscure pour moi grâce à la qualité du stage dans ton service.

A mes parents, pour l'amour et le soutien que vous m'avez apportés depuis toujours. Merci pour votre écoute sans faille. Merci à vous deux pour la relecture de fond et de forme. **A papa,** pour tous ces moments de complicités à Lourdes, au ski et bien ailleurs, pour les surnoms que tu sais nous donner pour nous exprimer ton amour, pour l'aide que tu as su m'apporter lors des difficultés de la vie. **A Maman,** pour tous les conseils et les petits gestes que tu sais si bien nous apporter, pour ce caractère parfois bien trempé que tu n'as pas manqué de nous transmettre mais qui font de toi une maman unique et aimante.

A Alice, malgré quelques années difficiles entre nous, nous nous sommes bien rattraper. Merci de m'avoir toujours accueilli chez toi parfois à la dernière minute pour partager des moments ensemble.

A Mathilde, d'avoir toujours été là pour parler de tout, d'être le meilleur public à mes blagues, d'être toujours souriante et enthousiaste pour tout et surtout pour toutes les parties de jeux de société.

A Romain, pour ta joie de vivre, ton franc parlé et ton petit côté chialouse qui nous fera toujours autant rire.

A Tess, merci d'être passé en premier dans ce long parcours que sont les études de médecine, cela m'a permis de toujours me dire que le bout n'était jamais si loin. Merci pour tous ces moments passés ensemble, pour ta discrétion qui au final cache bien son jeu.

A Louise, pour le bonheur que tu apportes à toute la famille, de m'avoir permis de connaître toutes les comptines en un temps record, pour ton sourire et tes petites crises de nerf qui montrent que tu n'as pas échappé au caractère familial.

A tous mes oncles et tantes, cousins et cousines, tant Lavenat que Mitterrand, merci à vous tous de toujours répondre présent pour passer des moments ensemble, toujours dans la bonne humeur et la joie de vivre.

A Tit's, mon coloc, toi l'être exceptionnel qui rythme mon quotidien depuis 2 ans. Pour ton soutien perpétuel, pour nos fous rires, nos moments de craquage, les chansons et les petits morceaux de piano/maracas/harmonica, pour l'être complexe que tu es, pour toutes nos conversations sans fin sur l'amour et la vie et surtout de m'avoir accepté comme je suis dans les moments très haut mais surtout dans les très bas. Et surtout pour le « je vous écoute pour l'adresse mail ? ».

A mes coloc' de Las Vedas, pour tous ces moments passés ensemble, pour tous ces fous-rires, pour toutes ces soirées de folies, pour tout l'amour et le soutien que vous m'avez m'apporter aux différents moments de mon internat.

A Aurélie, il aura fallu se retrouver à Montpellier pour se rapprocher, mais ça valait la peine d'attendre. Merci pour l'amour que tu m'apportes, pour cette complicité, pour ces chocolats chauds, pour tes conseils et les séances de Sissy Mua. Merci de n'avoir jamais douté de moi.

A Sylvain, le lézard. Merci d'avoir été là pour moi depuis si longtemps, de m'avoir encouragé, supporté, soutenu, réconforté, conseillé et surtout pour ces sorties VTT toujours aussi foireuses. Olé qu'les bigoudènes ont qu'à bien s'tenir avec leurs bigoudis.

A Pauline, pour tous ces moments passés ensemble et ces longues journées à travailler. Merci de m'avoir accepté comme tu l'as fait là où peu de personne n'en aurait été capable.
A Mickaël, pour ces incroyables moments ensemble à Tahiti qui resteront à tout jamais gravés dans ma mémoire. Mais fait attention aux plantes qui ont des émotions.
A Kevin, pour ta bienveillance. Pour tous ces bons petits plats bien mijotés, pour ton souci de nous rendre heureux et de bien s'occuper de nous. Tu es une vraie mère pour nous, on ne pourra pas dire le contraire.
A Nico, t'avoir renutri avec cette pomme au premier semestre a été la meilleure idée qui me soit venue. Merci pour tous ces bons moments de rigolades, les cacas pailletés trop rares, et ta capacité à ressembler à Peeta et Ed Sheeran en même temps.
A Emilie et Simon, pour votre folie décuplée quand vous êtes ensemble, pour votre joie de vivre et votre optimisme sans faille, et particulièrement pour toi Emilie, merci de nous avoir accueilli avec ta famille pour des supers moments ensemble à Cassis, Paris…

A notre capitaine, Fanny, pour tous ces merveilleux moments passés ensemble sur Searose, pour nous avoir accueilli dans ta famille et surtout parce qu'avec un tel capitaine on est sûr que ça ne manquera jamais de son.
A Adel, Lina, Jenni et le père, j'ai dû mal à déterminer qui est le plus taré de vous 3 alors merci pour votre folie et vos délires qui me feront toujours autant rire.
A Minh, pour les cours de ju-ji-tsu qui pour ma part ont été plus de bons moments de rigolade qu'un réel apprentissage de technique de défense.
A Gaurélie, pour ta douceur et ta gentillesse.

A Célia, pour ton écoute, tes conseils et tous ces bons moments (trop rare) passés ensemble autour d'un bon petit repas.
A Ariane, Dudu, Clémence, David, Lucas(-fion), Garnaud et Margot, pour toutes ces bonnes soirées depuis Caremeau, pour me faire rire à chaque fois que je vous vois, pour les garorock pour certains. Pour tous ces moments toujours au top même s'ils sont souvent espacés de plusieurs mois.

A Boni, je ne te remercierai jamais assez d'avoir été là pour moi depuis plus de 2 ans. De m'avoir toujours réconforté, rassuré, conseillé souvent tard dans la nuit. Merci d'être toujours motivé pour tout, les week-end aux skis, les vacances, les soirées… à trois…Tu es un ami en or.

A Guillaume, Adrien et Julien, pour ces supers vacances au ski et en Argentine, les bangs de folies et de m'avoir accueilli comme si on se connaissait depuis toujours.
A Pauline, Oriane, Julia, pour votre gentillesse, votre soutien et votre accueil dans le groupe. Merci pour les paillotes, les soirées entres filles et tous ces autres moments qui nous ont rapproché.
A Caro, pour cet été toutes les deux à parler d'amour et de garçon, pour le soutien que tu m'as apporté dans une période difficile de ma vie alors qu'on se connaissait à peine.
A Amandine, pour ta joie de vivre, ta capacité à gravir des monts comme personne et surtout pour tous les fous-rires à venir.

A Aude, mon amie depuis toujours. Des 3000 à Bonneval jusqu'à Budapest, en passant par Jean XXIII, Jean Monnet, la P1, Lourdes, les JMJ, il s'en est passé des choses. Merci d'être toujours rester la même pendant toutes ces années et d'avoir fait en sorte que la distance n'est pas d'impact sur notre amitié.
A Claire, Romain, Alexia, Mathilde et Guillemette un lieu commun nous a réuni et m'ont permis de vous rencontrer. Merci pour tous ces pélés, les fous rires, les Roi Albert, les potins, les nuits blanches, les pleurs aussi parfois…vous êtes des amis en or.

A Lisou, merci d'être une amie exceptionnelle depuis tant d'année et malgré la distance. Merci pour ces petits messages de potins qui me font toujours autant rire.
A Thibaut, ou plutôt devrais-je dire Damien le taxidermiste, merci de prendre soin de Lisou, de toujours avoir le mot pour rire et ta bonne humeur sans faille.

A mon Jojo, Merci pour tous ces moments de complicités et de t'être petit à petit ouvert à moi. Pour les hauts mais aussi les bas qui m'ont permis d'avancer et me construire. Pour ton soutien sans faille. Pour l'amour que tu me portes. Merci d'avoir réalisé mon rêve d'enfant…sortir avec David Hallyday. Et comme dirait Johnny : « Je vis au jour le jour, pour demain, pas pour hier ».

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS 19

INTRODUCTION 20

I. Obésité 21
- 1. Définition 21
- 2. Epidémiologie : 22
- 3. Prise en charge de l'obésité : 22

II. Sexualité : 26

III. Sexualité et obésité 27
- 1. Qualité de vie sexuelle : 28
- 2. Anomalies endocriniennes : 28
- 3. Estime de soi : 29
- 4. Autres causes liées à l'obésité : 30

IV. Contraception et obésité : 31
- 1. Etat des lieux : 31
- 2. La contraception de la patiente obèse en pratique : 31

V. Programmation de la grossesse : 33

MATERIELS ET METHODE 35

I. Population : 35

II. Description du questionnaire : 36

III. Déroulement de l'enquête : 37

IV. Critères de jugement : 37

V. Analyse des données 38

RESULTATS 39

I. Description de la population : 39

II. Abord de la sexualité : 40
- 1. Abord de la sexualité 41
  - *a. Les raisons qui les menaient à en parler* 41
  - *b. Orientation de patientes ayant des troubles de la sexualité* 42
  - *c. Attention portée aux femmes ménopausées versus femmes en âge de procréer* 42
- 2. Freins à aborder la sexualité 42

III. Contraception : 44
- 1. Abord du sujet de la contraception 44
- 2. Prescription d'une contraception : 44

IV. Programmation de la grossesse 46

DISCUSSION 47

CONCLUSION 55

BIBLIOGRAPHIE 56

ANNEXE 1 : Le questionnaire 60

RESUME : 65

ABREVIATIONS

DESC : Diplôme d'étude spécialisé complémentaire
DU : Diplôme universitaire
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
IMC : Indice de Masse Corporelle
HAS : Haute Autorité de Santé
TCA : Trouble du Comportement Alimentaire
FSFI : Female Sexual Function Index
DIU : Dispositif Intra-Utérin
SIU : Système Intra-Utérin
FNAMN : Fédération Nationale des Associations Médicales de Nutrition
IC : Intervalle de confiance
DES : Diplôme d'étude spécialisé

INTRODUCTION

L'obésité est devenue un réel enjeu de santé publique au vu de sa prévalence croissante, tant au niveau national que mondial. En France, plus de la moitié des personnes obèses sont des femmes. C'est une maladie chronique aux complications multiples. L'obésité impacte l'individu dans sa globalité et peut altérer sa santé physique, psychique et sociale.

Ses origines et ses complications sont étroitement intriquées faisant d'elle une pathologie complexe à prendre en charge. Un grand nombre de ces complications et étiologies ont fait l'objet de nombreuses publications permettant une prise en charge optimale et globale de la maladie. Cependant, la santé sexuelle de la patiente obèse est peu étudiée. Les liens neuro-psycho-biologiques entre la sexualité et l'alimentation sont étroits. Tout comme la dimension nutritionnelle, la sexualité joue un rôle important dans la régulation du poids : elle est un point essentiel de la qualité de vie. Il a été prouvé que la sexualité des patientes obèses était altérée. Cependant, les troubles de la sexualité chez les femmes sont sous-diagnostiqués.

De plus, le choix d'une contraception adaptée chez la patiente obèse, à risque cardiovasculaire et thromboembolique, est plus complexe. Les données de la littérature mettent en avant une plus forte proportion de patientes ne bénéficiant pas de contraception adaptée entrainant ainsi plus de grossesses non programmées et d'IVG que chez les patientes de poids normal.

La grossesse chez une femme obèse est plus à risque de complications tant au niveau obstétrical que fœtal, ce qui peut impacter le devenir métabolique de l'enfant à venir. Sa programmation est donc essentielle pour les prévenir.

Le médecin généraliste ayant une compétence en nutrition est souvent au premier plan de la prise en charge. L'obésité et la sexualité sont des sujets souvent stigmatisés et difficiles à aborder par le patient comme pour certains soignants.

Fort de ces constatations, nous avons voulu évaluer l'intérêt que portent les médecins généralistes, avec une compétence en nutrition, sur la sexualité de leurs patientes obèses, lors de consultations dédiées à leur prise en charge nutritionnelle.

De plus, nous avons souhaité évaluer la prise en charge de la contraception de leurs patientes obèses ainsi que leur implication dans la programmation de leur grossesse.

I. Obésité

1. Définition

L'obésité est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui représente un risque pour la santé. L'OMS l'a reconnu comme étant une maladie en 1997.(1)

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est le facteur déterminant le statut pondéral d'un patient. Il correspond au rapport du poids sur le carré de la taille exprimé en Kg/m2.

L'OMS défini le surpoids par un IMC supérieur ou égale à 25kg/m2. L'obésité est dite modéré ou de classe I pour un IMC compris en 30 et 35 Kg/m2, sévère ou de classe II entre 35 et 40Kg/m2 et morbide ou de classe III pour un IMC supérieur ou égal à 40kg/m2(1)(2).

Il convient d'être cependant vigilant car l'IMC, bien qu'utile car utilisable quel que soit l'âge ou le sexe du patient, ne tient pas compte du degré d'adiposité, comme par exemple pour les patients très musclés où l'IMC peut être élevé sans obésité.

Pour cela, la mesure du tour de taille est indispensable afin de déterminer le niveau d'adiposité et la répartition du tissu adipeux.
L'excès de graisse au niveau abdominal est associé, de façon indépendante à l'IMC, au développement des complications métaboliques et vasculaires de l'obésité.
Il se mesure sans vêtement, au niveau de la ligne axillaire située à mi-distance entre la partie inférieure de la dernière côte palpable et la crête iliaque.
L'obésité à répartition abdominale est définie par un tour de taille supérieur ou égal à 80 cm chez la femme et 94cm chez l'homme(2).
L'intérêt de sa mesure est avéré chez les personnes ayant un IMC inférieur à 35kg/m2 selon les recommandations de l'HAS.

2. Epidémiologie :

Au niveau mondial, le nombre de personnes obèses a triplé depuis 1975.
En 2016, 39% des adultes âgés de 18 ans et plus étaient en surpoids et 13% étaient obèses. La majorité de la population mondiale vit dans des pays où le surpoids et l'obésité font plus de morts que l'insuffisance pondérale(1).

En France, selon l'enquête Obépi menée en 2012, 32,3% des français de 18 ans et plus sont en surpoids et 15% présentent une obésité. L'IMC français moyen est de 25,4Kg/m2. (3) La prévalence de l'obésité est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (15,7% versus 14,3%).
Une étude récente réalisée en 2013, sur la cohorte CONSTANCE retrouve des résultats similaires, également mesurés par l'étude de l'ENNS en 2006(4).

En France, on observe un gradient nord-sud : la région Nord étant celle avec la plus forte prévalence d'obésité. Entre 1997 et 2012, l'augmentation de cette prévalence a été significative dans toutes les régions (3).

3. Prise en charge de l'obésité :

Le risque de mortalité est augmenté à partir d'un IMC à 29kg/m2. A partir d'un IMC supérieur à 40, le risque de mortalité est multiplié par 2,6 pour les hommes et par 2 pour les femmes.
L'obésité est une maladie chronique qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire.

La prise en charge nutritionnelle est au cœur de la prise en charge globale. Celle-ci doit idéalement intégrer l'acquisition des bases d'un équilibre alimentaire ainsi qu'un travail sur le respect des sensations (faim et satiété) associés à une activité physique régulière adaptée.(2)

De même, la prise en charge des complications métaboliques (diabète de type 2, dyslipidémies, hypertension artériel, complications cardiovasculaires, respiratoires, hormonales (hypofertilité), mécaniques (coxarthrose, gonarthrose)) doit faire partie de la prise en charge, participant à augmenter l 'espérance de vie.

On sait également que l'obésité favorise l'apparition de cancers (œsophage, pancréas, colorectal, sein, endomètre et rein). Une vigilance accrue au dépistage de ces cancers est donc nécessaire dans cette population.(2)

Le sommeil, est également un facteur important de la prise en charge. Les troubles du sommeil peuvent engendrer une prise de poids et être un facteur d'entretien. En effet, plusieurs études ont montré qu'une durée de sommeil courte est associée à une diminution du taux de leptine (hormone anorexigène) et une augmentation du taux de ghréline (hormone orexigène).
A l'inverse, les troubles du sommeil peuvent également être une conséquence de l'obésité. L'hyperpression abdominale sur les voies aériennes supérieures favorisant la survenue d'apnées du sommeil en est l'illustration.(5)

A l'instar du sommeil, la dimension psychologique peut se positionner comme facteur favorisant ou comme conséquence.
Le comportement alimentaire peut être pour partie lié à l'état psychologique du patient.
L'alimentation émotionnelle correspond à une prise alimentaire, non soutenue par la sensation physiologique de faim mais favorisée par des affects négatifs tels que l'anxiété, la dépression, le stress ou à l'occasion d'évènements considérés comme étant pénibles : ennui, solitude, sensation de rejet, détresse. Cette prise alimentaire peut alors avoir un but anxiolytique, de réconfort.(6)
La restriction cognitive est *« l'attitude des sujets qui limitent délibérément leur consommation alimentaire dans le but de perdre du poids ou pour éviter d'en prendre »*
La pratique des régimes, induit ce comportement. Elle met en avant des aliments dit interdits, dont la consommation est source de frustration et de culpabilité.(7)
Les concepts d'alimentation émotionnelle et de restriction cognitive jouent des rôles essentiels dans l'initiation et dans l'entretien de la prise de poids. Leur présence nécessite une prise en charge comportementale adaptée.
Certains troubles du comportement alimentaire (TCA) tels que l'hyperphagie boulimie peuvent être à l'origine de l'obésité. En 2013, dans la dernière version du DSM-5, elle est officiellement devenue un TCA à part entière. Les critères diagnostiques sont :

A. Des épisodes récurrents de crises de boulimie. Un épisode est caractérisé par les deux éléments suivants :

a. Absorption, en une période de temps limitée, d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens mangeraient dans une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances ;
b. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant l'épisode

B. Les épisodes de boulimie sont associés à 3 des caractéristiques suivantes (ou plus) :
   a. Manger beaucoup plus rapidement que la normale
   b. Manger jusqu'à se sentir inconfortablement plein
   c. Manger de grandes quantités de nourriture sans ressentir la faim physiquement
   d. Manger seul parce qu'on se sent gêné par la quantité de nourriture que l'on absorbe
   e. Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir trop mangé

C. Le comportement boulimique est la source d'une souffrance marquée.

D. Le comportement boulimique survient, en moyenne, au moins une fois par semaine depuis 3 mois.

E. Le comportement boulimique n'est pas associé à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés comme dans la boulimie et ne survient pas exclusivement au cours d'une boulimie ou d'une anorexie mentale.

Parmi les différents facteurs de risques reconnus de développement d'un trouble du comportement alimentaire, il est important de noter que les antécédents d'abus sexuel sont retrouvés chez environ 30% des patientes(8). Plusieurs hypothèses peuvent expliquer les liens entre un événement de vie traumatique et l'émergence d'un TCA :

- Les modifications corporelles viseraient à réduire le désir de l'autre,
- Le trouble du comportement pourrait permettre d'éprouver de nouvelles sensations corporelles afin de se substituer à des émotions intolérables et constitueraient un point d'ancrage avec le réel (les patients pouvant fréquemment développer des syndromes dissociatifs à la suite d'un traumatisme) grâce à un contrôle de ses besoins primordiaux,

- Le trouble du comportement est un remède afin de lutter contre des états émotionnels désagréables. En effet se nourrir d'aliments à forte valeur hédonique pourra rapidement apporter un réconfort transitoire, c'est à dire l'alimentation émotionnelle. (8,9)

Au-delà de l'aspect alimentaire, la personne obèse doit faire face à la stigmatisation de la part de la société mais également du praticien(10,11). L'inconscient collectif véhicule le plus souvent une image négative de la personne obèse, avec des capacités motivationnelles altérées. Ces stigmatisations récurrentes accroissent la désocialisation et peuvent engendrer un isolement de plus en plus précoce.
Ceci peut favoriser l'apparition une insatisfaction de l'image corporelle associée à une baisse de l'estime de soi voire de troubles dépressifs. En effet, 25% des femmes en surpoids ou obèses sont déprimées alors qu'on en dénombre 14% chez les patientes de poids normal. Chez l'homme on ne retrouve pas de différence significative entre les obèses et les patients de poids normal.(12)
De plus, l'obésité peut limiter les activités quotidiennes d'une personne, ce qui peut favoriser l'évolution vers une dépression. Une étude menée en Australie sur 6919 personnes, a montré que chez les personnes obèses il y avait une plus grande tendance aux syndromes dépressifs, liés à une activité physique limitée, comparativement aux personnes de poids normal ou en surpoids, et ce de façon plus significative chez les femmes que chez les hommes.(13)

Enfin, dans certains cas une prise en charge par chirurgie bariatrique peut être proposée. Elle s'adresse aux patients obèses ayant un IMC supérieur à 40kg/m2, ou ayant un IMC à 35kg/m2 associé à des comorbidités(14). Il existe plusieurs types de chirurgies restrictives ou malabsorptives. Les trois chirurgies les plus pratiqués à ce jour sont la sleeve gastrectomie, le by-pass et l'anneau gastrique ajustable. Une préparation nutritionnelle et psychologique, le bilan des comorbidités et le suivi sont essentiels pour la réussite à long terme de ce type de prise en charge.(2)

II. Sexualité :

La santé sexuelle est définie par l'OMS comme étant un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en rapport avec la sexualité, qui ne se limite donc pas seulement à l'absence de maladies, dysfonctionnements ou infirmités(15). La santé sexuelle est inextricablement liée à la santé physique et mentale. Tout comme la santé physique et mentale peut contribuer au dysfonctionnement sexuel et aux maladies sexuelles, ces dysfonctionnements et maladies peuvent contribuer aux problèmes de santé physique et mentale(16).

La sexualité rythme de vie de l'Homme tout au long de son existence et englobe le sexe, l'identité, le rôle de l'homme et de la femme, l'orientation sexuelle, l'érotisme, l'intimité et la procréation. Elle se vit et s'exprime à travers les pensées, les fantasmes, le désir, les convictions, attitudes, valeurs, comportements, pratiques, rôles et relations(15).

La sexualité englobe donc plusieurs paramètres, à la fois la fonctionnalité physiologique mais également la disponibilité psychologique. Cette dernière passe entre autres par l'estime de soi et la confiance en soi.

De plus l'activité sexuelle n'a pas de limite d'âge, elle peut être maintenue tout au long de la vie. Ceci en fait l'un des meilleurs marqueurs de santé globale.

Les troubles de la sexualité de la femme sont peu recherchés au cours des consultations. D'après les résultats d'une étude Ipsos réalisée en 2001, le médecin traitant est considéré par les patients comme le meilleur interlocuteur pour parler des dysfonctions sexuelles(17).

Le rôle du médecin traitant est fondamental, il pourra être le premier à démasquer en premier une plainte difficile à exprimer par les patientes, et ainsi l'écouter, la traiter ou l'orienter en fonction des troubles vers une prise en charge spécifique adaptée(18).

Les troubles de la sexualité féminine sont classés en 4 groupes : le désir sexuel hypo actif, les troubles de l'excitation sexuelle, les troubles de l'orgasme et les troubles avec composante douloureuse(17).

Des outils sont à la disposition des médecins pour évaluer la sexualité de leurs patients. En ce qui concerne les dysfonctions sexuelles féminines, on utilise le Female sexual

function Index (FSFI). Il évalue, par 19 questions, 6 domaines : le désir, l'excitation, la lubrification, l'orgasme, la satisfaction et la douleur(19).

Sur le plan neuro-psycho-biologique, il existe des liens entre la sexualité et l'alimentation. Ils font tous les deux parties des cycles de plaisirs les plus élémentaires car ils contribuent à la survie de l'individu et de l'espèce.
L'étude de Georgiadis JR en 2012, met en évidence que le traitement cérébral de l'activité sexuelle est très similaire de celui impliqué dans l'alimentation. Le cortex orbito-frontal joue un rôle essentiel dans les deux cas. Il est le siège des circuits dopaminergique de la récompense (notion importante dans l'alimentation) et des réponses hédoniques(20).
Au niveau biologique, l'ocytocine joue un rôle essentiel dans la réponse sexuelle au niveau neuro-endocrine ainsi que dans le comportement post-coïtal. L'ocytocine agit comme un signal anorexigène dans le système nerveux central et affecte la dépense énergétique ainsi que l'homéostasie de l'index glycémique. Elle influe sur la diminution de la consommation alimentaire énergétique liée à la récompense, et permet une certaine régulation alimentaire(21,22).

III. Sexualité et obésité

A l'instar du sommeil ou de la dimension psychologique, une sexualité altérée peut jouer un rôle d'initiateur ou de facteur d'entretien de l'obésité et/ou en être une des complications qu'il conviendra de dépister et si possible d'améliorer, parallèlement aux autres prises en charge (nutritionnelle, réentrainement à l'effort, thérapie cognitivo-comportementale).
Dans l'obésité, plusieurs facteurs peuvent influencer le fonctionnement sexuel :

- Les vulnérabilités individuelles (faible estime de soi ou image corporelle),
- Les problèmes psychiatriques (dépression, anxiété ou stress),
- Les comorbidités ou complications médicales (diabète, cardiopathie, etc.),
- Les complications mécaniques,
- Les effets secondaires iatrogènes (beta-bloquant, fibrate…)
- Les anomalies endocriniennes liées à un excès de tissu adipeux tels que l'hypogonadisme hypogonadotrope(23).

1. Qualité de vie sexuelle :

Plusieurs études ont été réalisées afin d'évaluer la qualité de vie sexuelle des patients obèses. Il semble exister une corrélation entre la qualité de vie sexuelle et l'IMC.
La qualité de vie sexuelle est de façon générale détériorée chez la personne obèse. Elle est associée à un manque d'entrain aux activités sexuelles, un manque de désir, une baisse des performances ainsi qu'un évitement des rapports.
Ce constat est d'autant plus retrouvé chez les femmes obèses que chez les hommes, et ce, de façon accrue, lors de la présence d'une obésité morbide ou d'une demande de chirurgie bariatrique(24).
De plus, il a été mis en évidence un plus grand nombre de dysfonctions sexuelles chez les patientes obèses, comparativement aux patientes de poids normal. On retrouve plus de troubles du désir, de l'excitation, de l'orgasme avec une baisse de la satisfaction globale. Cependant, il n'existe a priori pas de lien entre obésité et dyspareunies(25–28).

Le comportement sexuel est lui aussi impacté par le poids. Si l'IMC n'a pas d'influence sur l'orientation sexuelle, l'âge du premier rapport ou la fréquence des rapports, les femmes en surpoids ou obèses sont plus nombreuses à déclarer n'avoir jamais eu de rapport sexuel avec un homme(29). Selon l'étude de Bajos et Al, les femmes obèses étaient 30% moins nombreuses que les femmes de poids moyen à signaler une activité sexuelle au cours des 12 derniers mois(26).

2. Anomalies endocriniennes :

L'excès de tissu adipeux a des conséquences sur l'organisme. Ce tissu est un lieu de stockage des acides gras mais il agit également comme une glande endocrine.

D'une part, la leptine est une adipokine secrétée par ce tissu. Elle est retrouvée dans le sang en quantité proportionnelle à la masse adipeuse. Elle joue un rôle essentiel dans la satiété mais elle est également un médiateur dans l'axe gonadotrope. Son excès provoque une leptino-résistance, et donc une diminution de la satiété. Au niveau neuronal, cette altération de la leptine diminue la sécrétion de GnRH.
D'autre part, chez les patientes obèses il y a une augmentation de la concentration d'œstrogènes circulants liée à l'aromatisation périphérique des androgènes par le tissu

adipeux en excès, provoquant un rétrocontrôle négatif. L'augmentation des androgènes est liée à une diminution de la synthèse des protéines de transport (SHBG).
Ces deux mécanismes participent à l'hypogonadisme-hypogonadotrope des patientes obèses.(30)

Enfin, l'excès de tissu adipeux augmente la résistance à l'insuline ce qui favorise l'apparition d'un diabète de type 2. Plusieurs articles ont mis en évidence la présence de dysfonctions sexuelles chez les patientes diabétiques.(31–33) Cette dysfonction sexuelle peut être liée à la présence d'une micro-angiopathie et/ou d'une neuropathie ; il n'a cependant jamais été prouvé de corrélation significative dans la majorité des études réalisées sur le sujet. La composante iatrogénique (antidépresseur ou anti-hypertenseur), le stress et la dépression liée à la maladie chronique semblent être les facteurs favorisants cette dysfonction sexuelle.(34)

3. Estime de soi :

L'obésité entraîne diverses conséquences psychologiques connues pour influencer la fonction sexuelle.

Selon Rosenberg (1965), l'estime de soi globale correspond à « une attitude positive ou négative envers soi-même ». Il est important d'intégrer le concept d'estime de soi sexuelle, qui est défini comme « la tendance à donner de la valeur ou à dévaluer sa propre sexualité ». Elle est à la fois individuelle mais aussi incluse dans l'estime de soi globale. Par exemple, une personne peut avoir une estime globale de soi positive mais avoir une estime de soi-même au niveau sexuelle diminuée(35).

Plusieurs études ont montré que la satisfaction sexuelle était dépendante de l'image que les obèses ont d'eux-mêmes. Si cette image est assumée et positive alors leur sexualité s'en portera mieux(36–38).

Depuis les années 1960, la minceur semble être la norme physique souhaitable et désirée, surtout dans la population féminine. Elle est largement mise en avant par les médias, les réseaux sociaux, la mode et la société en général. Le message véhiculé est qu'un corps beau et désirable doit être un corps mince.

Face à la dévalorisation sociétale du corps obèse, les patients obèses sont plus souvent confrontés à une mauvaise image d'eux-mêmes ayant pour conséquence un impact négatif sur leur sexualité(36–38).
Ces notions sont validées par les études réalisées sur l'impact de la chirurgie bariatrique sur la sexualité. Celles-ci indiquent que beaucoup de dysfonctions sexuelles chez les personnes obèses sont liées à un manque d'estime de soi, de relations insatisfaisantes ou de la stigmatisation collective, et sont améliorées par la perte de poids(39).
Le regard du partenaire joue un rôle important dans la sexualité, mais il faut surtout noter qu'une femme qui n'apprécie pas son corps, aura du mal à comprendre comment son partenaire est capable de l'apprécier(40). C'est la façon même dont la personne obèse perçoit son corps qui aura un retentissement sur sa sexualité(41).

Ce n'est donc pas tant le volume pondéral qui altère la satisfaction sexuelle mais la confiance et l'estime de soi(41).

Il est donc important de remarquer que chez tout individu, obèse ou non, une estime de soi négative sur le plan sexuel impact l'estime de soi globale. Cela peut favoriser ou entretenir des comportements alimentaires compensatoires tel que l'alimentation émotionnelle. Celle-ci peut-être, comme nous l'avons vu précédemment, à l'origine d'une prise de poids ou être un facteur d'entretien.

4. Autres causes liées à l'obésité :

Les complications de l'obésité peuvent avoir une incidence sur sexualité.
D'une part, celles-ci peuvent nécessiter la prise de traitement qui peuvent avoir une action délétère sur la fonction sexuelle (bêtabloquants, diurétiques thiazidique, anticalciques, antidépresseurs, hypolipémiants…).

D'autre part, le syndrome métabolique a un impact sur la sexualité. L'étude d'Esposito et Al, a montré que les femmes atteintes de syndrome métabolique présentaient plus de troubles du désir, de l'excitation, de lubrification, de l'orgasme ainsi qu'une satisfaction sexuelle plus faible que chez femmes en bon état de santé (42). Une étude similaire chez les femmes ménopausées a conclu aux mêmes résultats(43).

De plus, la morphologie du sujet obèse peut parfois altérer sa qualité de vie sexuelle. Du fait de l'augmentation du tissu adipeux, les organes génitaux deviennent difficiles d'accès(41). La mobilité globale peut être altérée, d'autant plus que l'obésité a un retentissement articulaire avec des limites positionnelles.

Enfin, la diminution de la compliance de la paroi thoracique ainsi que l'augmentation de la pression sous-diaphragmatique en cas d'obésité abdominale sont responsable d'une restriction pulmonaire qui peut entraîner une dyspnée d'effort limitant les performances pendant l'acte sexuel.

IV. Contraception et obésité :

L'obésité féminine a une incidence importante sur la fertilité, et comme nous l'avons vu précédemment une dégradation de la satisfaction sexuelle.

1. Etat des lieux :

L'étude de Bajos et Al, a mis en évidence une réelle insuffisance concernant la contraception des patientes obèses. En effet, elle retrouve que les patientes obèses sont 2 fois plus nombreuses à n'utiliser aucun moyen de contraception lors d'un rapport sexuel, et sont 8 fois plus nombreuses à utiliser un moyen de contraception non adapté (comme le retrait) comparativement aux femmes de poids normal. Elle montre, que les femmes obèses sont 4 fois plus exposées aux risques de grossesses non programmées, et ont 4 fois plus de risques d'avoir recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG)(26).

2. La contraception de la patiente obèse en pratique :

Tous les types de contraceptions peuvent être envisagés chez la patiente obèse, à condition de tenir compte des contre-indications et des comorbidités associées.

La contraception oestro-progestative peut être proposée dans des conditions très strictes compte tenu des risques thromboemboliques et vasculaires majorés en cas d'obésité. D'autant plus que ces derniers sont déjà accrus par l'obésité elle-même(44).

Elle pourra donc être envisagée chez une femme de moins de 35 ans ayant un IMC inférieur à 35Kg/m2 et ne présentant aucun autre facteur de risque cardio-vasculaire. Dans ce cas, une surveillance de la tension artérielle et un bilan métabolique complet (glycémie à jeun, exploration des anomalies lipidiques) devront être réalisés avant l'initiation puis au minimum une fois par an(45).
Concernant l'efficacité de cette contraception, sa diminution reste non significative dans les différentes études réalisées, en dehors du patch pour lequel il existe une petite augmentation du risque d'échec si le poids est supérieur à 90kg et qu'il est positionné au niveau abdominal(46–48).

La contraception micro-progestative reste la contraception de choix chez la patiente obèse. La diminution de l'efficacité pour la forme orale chez la patiente obèse n'a pas été mise en évidence(49).
Concernant l'implant sous-cutané, il s'agit d'une méthode très efficace au vue de son indice de Pearl à 0,1. De plus aucune étude n'a prouvé de diminution d'efficacité à partir de la troisième année, ne justifiant pas le retrait précoce à 2 ans(45).

La contraception intra-utérine est, elle aussi recommandée chez la femme obèse quel que soit son IMC, que ce soit un dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre ou un système intra-utérin (SIU) au levonorgestrel.
Le SIU a une action essentiellement locale, et les effets systémiques sont négligeables au vu du taux d'hormones circulantes très faible. De plus, en raison du taux élevé de levonorgestrel au sein de la cavité utérine, il pourrait permettre une diminution du risque d'adénocarcinome de l'endomètre et d'hyperplasie endométriale, fréquents chez la patiente obèse(50).
La limite de cette contraception est la nécessité d'un matériel adapté (table d'examen et spéculum) afin de faciliter la pose chez ces patientes dont l'exposition du col peut être difficile(51,52).

Concernant la contraception d'urgence, la pose d'un DIU au cuivre reste la méthode la plus efficace. Cependant la pose dans les 5 jours suivant le rapport à risque est difficilement réalisable. Pour ce qui est des contraceptions d'urgence hormonales (levonorgestrel (Norvelo) ou de l'ulipristal acétate (EllaOne)), il y a une augmentation significative du risque d'échec lorsque l'IMC augmente(53).

Il est donc important d'informer les femmes obèses de la difficulté de mettre en place une contraception d'urgence afin d'éviter au maximum les comportements à risques, l'utilisation d'une contraception inefficace et l'intérêt d'une consultation sans délai en cas de nécessité.

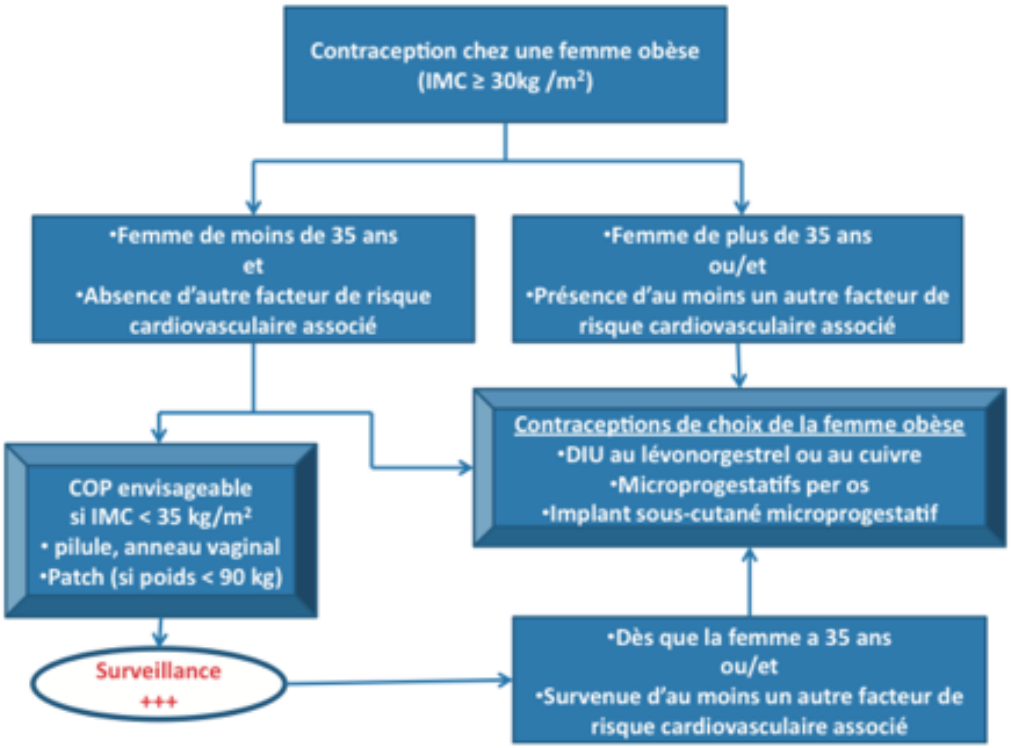


Figure 1 : Arbre décisionnel pour la contraception des femmes obèses

V. Programmation de la grossesse :

La vigilance face à une grossesse dans cette population doit être accrue. Celle-ci doit être programmée et surveillée.

Au niveau obstétrical, une femme obèse présente plus de risques de diabète gestationnel, d'hypertension gravidique et de pré-éclampsie.
Au niveau fœtal, il a un risque accru, de macrosomie, de fausses couches, de mortalité fœtale (> 20 semaines d'aménorrhée), de mortalité infantile et d'anomalie structurelles congénitales (anomalie de fermeture du tube neural, hydrocéphalie, fente labio-palatine, anomalie cardio-vasculaire).
En post-partum, les hémorragies, les infections, les complications anesthésiques et les apnées du sommeil sont plus souvent observés(2,54).

La programmation de la grossesse passe par :

- La mise en place de règles hygiéno-diététiques,
- Une stabilisation du poids
- Informer sur l'importance de la limitation de la prise de poids au cours de la grossesse
- Informer sur les risques encourus lors de la grossesse, pour le fœtus et pour l'enfant à venir
- Une supplémentation en acide folique
- Un bilan thyroïdien
- Un bilan avec une supplémentation si nécessaire

MATERIELS ET METHODE

Nous avons réalisé une étude descriptive observationnelle transversale multicentrique prospective.

I. Population :

La population incluse était les médecins généralistes de France métropolitaine installées ayant un Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire (DESC) ou un Diplôme universitaire (DU) de nutrition et pratiquant celle-ci de façon exclusive.
Les médecins généralistes exclus étaient ceux qui ne faisaient pas de nutrition, qui avaient une orientation pédiatrique ou cancérologique, ou qui avaient une activité uniquement hospitalière.

Nous avons recueilli les coordonnées des médecins nutritionnistes grâce à une demande faite auprès du Conseil National de l'Ordre des médecins. Celui-ci nous a transmis un fichier Excel comportant la liste des noms et adresses postales des praticiens concernés. Nous avons également récupéré les coordonnées des médecins généralistes nutritionnistes non répertoriés à l'Ordre des médecins via la Fédération Nationale des Associations Médicales de Nutrition (FNAMN). Un recoupement des données a été réalisé afin de ne pas avoir de doublons.

8 médecins nutritionnistes ont été exclus. 2 médecins exerçaient en DOM-TOM ; 1 médecin avait une orientation pédiatrique ; 1 médecin ne s'occupait que de patients dénutris ; 2 médecins ne faisaient que de l'endocrinologie et adressaient leurs patientes obèses vers un confrère ; 1 médecin avait cessé son activité de nutritionniste ; 1 médecin avait une activité uniquement hospitalière et n'avait pas d'activité de consultation.

Au total, notre base de données était de 133 médecins nutritionnistes ; 70 médecins étaient référencés à l'Ordre des médecins comme ayant une compétence en nutrition sur les 59749 médecins généralistes français et 63 étaient répertoriés à la FNAM.

II. Description du questionnaire :

Pour cette étude nous avons créé un questionnaire dont la réponse à la première question conditionnait les questions suivantes.
Toutes les questions étaient des questions fermées afin d'améliorer l'analyse des données et favoriser l'adhésion du médecin participant en diminuant le temps de réponse.
Deux questions à choix multiples laissaient la possibilité de donner des précisions sur la question.

Le questionnaire a été testé par plusieurs médecins généralistes n'ayant pas de compétence spécifique en nutrition afin de l'évaluer. Il a également été présenté à un praticien hospitalier du laboratoire de biostatistique, épidémiologie clinique, santé publique, innovation et méthodologie du centre hospitalo-universitaire de Nîmes ainsi qu'à une commission de recherche clinique. Ceci a permis de faire évoluer le questionnaire avant sa diffusion pour qu'il soit au plus proche de la pratique des médecins et le plus compréhensible et synthétique possible.

Notre questionnaire contenait de 13 à 20 questions réparties en 4 rubriques :

- Caractéristiques des médecins questionnés : âge, sexe, date d'installation, ancienneté de la pratique de la nutrition, milieu d'exercice (urbain ; semi-rural ; rural), l'obtention d'un diplôme universitaire de sexologie ou de gynécologie et le pourcentage de leur patientèle qui étaient des femmes obèses.
- L'abord de la sexualité : en fonction de la réponse à cette question ils étaient redirigés vers une sous-rubrique destinée à déterminer les freins ou les raisons qui les poussaient à aborder ou non ce sujet.
- La contraception : l'abord de ce sujet avec leurs patientes, sa prescription, le type de prescription ou le spécialiste vers qui ils les redirigeaient.
- La programmation de sa grossesse : l'abord de ce sujet avec leurs patientes.

Le questionnaire était anonyme.
Il a été conçu afin d'être rempli en 5 minutes maximum.
Le questionnaire entier est présenté en annexe (annexe I).

III. Déroulement de l'enquête :

Dans un premier temps, nous avons contacté les médecins généralistes par téléphone après recueil des numéros de téléphone.
Le projet de thèse leur était présenté succinctement avant de leur demander leur consentement à participer à l'étude. Leur participation s'est faite sur la base du volontariat et sans incitation financière.
Dans un second temps, nous leur proposions plusieurs modalités pour répondre aux questionnaires. La première était de répondre aux questionnaires par téléphone soit dans le même temps, soit nous fixions un second rendez-vous téléphonique en fonction de leurs disponibilités. La seconde était de leur adresser le questionnaire par mail à l'aide du logiciel Lime Survey. Enfin, s'ils ne désiraient pas répondre au téléphone et qu'ils n'avaient pas d'adresse mail nous leur avons adressé par courrier postal ou fax.

Les inclusions des médecins ont eu lieu du 8 janvier 2018 au 5 février 2018.
Une relance par mail a été réalisée chaque semaine du 16 janvier au 22 février 2018, ce qui nous a permis recueillir les données du 8 janvier 2018 jusqu'au 1 mars 2018.

L'ensemble des données a été rendus anonyme et a été saisi dans un fichier Microsoft Excel version 2017 sécurisé.

IV. Critères de jugement :

Le critère de jugement principal était le nombre de médecins généralistes qui abordaient le sujet de la sexualité avec leurs patientes obèses au cours de consultations dédiées à la prise en charge de leur obésité.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- Les raisons les menant à aborder la sexualité
- Les freins à aborder la sexualité
- L'orientation des patientes ayant des troubles de la sexualité
- La potentielle différence de prise en charge en cas de ménopause
- L'abord de la contraception
- La prescription et le choix de la contraception

- L'orientation des patientes pour la prise en charge de la contraception
- L'évocation de la programmation de la grossesse

V. Analyse des données

Le nombre de sujet nécessaire calculé avant le début de l'étude pour un risque alpha à 5% et un intervalle de confiance à 95% était de 99.

Une analyse descriptive a été réalisée. Les résultats concernant les valeurs quantitatives ont été rapportés en valeur absolue et en pourcentage avec le calcul des moyennes et de leur écart-type. Pour les résultats concernant les valeurs qualitatives, ceux-ci ont été analysés par le calcul des pourcentages et des intervalles de confiances à 95%.

Les tests statistiques ont été réalisés grâce au logiciel R, Biostat TGV et Microsoft Excel 2017.

RESULTATS

Sur les 133 médecins généralistes nutritionnistes contactés, 80 ont répondu au questionnaire, soit un taux de participation de 60,2%. La marge d'erreur de nos analyses statistiques était de 6,9%.

La majorité des questionnaires ont été réalisé en auto-questionnaire (90%). En effet, nous avons recueilli 69 questionnaires (86%) par mail, 3 par courrier (4%) et 8 par entretien téléphonique (10%).

Parmi les non répondants : 11 médecins n'ont pas voulu participer à notre étude, 18 n'ont pas donné de réponses au questionnaire malgré les relances par mail et 24 ne nous ont pas recontacté suite aux messages laissés par le biais de leur secrétaire.

I. Description de la population :

La majorité soit 86% des médecins nutritionnistes participant à notre étude étaient des femmes.
L'âge médian des médecins était de 55 ans (+/- 8) : 49 (61%) des médecins nutritionnistes avaient entre 51 et 60 ans.
Concernant le milieu d'exercice :

- 64 (80%) avaient un exercice urbain,
- 15 (19%) un exercice semi-rural,
- 1 (1%) médecin exerçait en milieu rural.

Les médecins exerçaient depuis 17ans (+/- 9,5) en moyenne et exerçaient une activité de nutrition pour 29 (36%) d'entre eux depuis 10 à 20 ans soit en moyenne depuis 17,5 ans (+/- 8,4).
Un médecin (1%) avait un DU de sexologie ou de gynécologie.

Concernant la patientèle des médecins nutritionnistes, elle était composée de femmes obèses à 50% (+/- 23,8). Pour 30 médecins (37,5%), leur patientèle était des femmes obèses, représentant 25 à 50% de leur patientèle totale.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins ayant répondu au questionnaire :

Variable	Catégorie	Effectif	Pourcentage
Sexe	HOMMES	11	14%
	FEMMES	69	86%
Age	30-40	6	8%
	41-50	17	21%
	51-60	49	61%
	>60	8	10%
Milieu d'exercice	URBAIN	64	80%
	SEMI-RURAL	15	19%
	RURAL	1	1%
Nombre d'années d'exercice	≦10	19	24%
	10 20	29	36%
	21-30	24	30%
	>30	8	10%
Nombre d'années de la pratique de la nutrition	≦10	22	27,5%
	10 20	31	39%
	21-30	22	27,5%
	>30	5	6%
DU de sexologie ou de gynécologie	OUI	1	1%
	NON	79	99%
Pourcentage de femmes obèses dans patientèle	<25	14	17,5%
	25-50	30	37,5%
	51-75	23	29%
	>75	13	16%

II. Abord de la sexualité :

35 médecins soit 44% (IC95% [32,6 ;55,3]) abordaient le sujet de la sexualité avec leurs patientes obèses.

A noter que le seul médecin de l'étude qui avait un DU en sexologie ou gynécologie n'abordait pas ce sujet avec ses patientes.

De plus, 6 des médecins qui ont refusé de participer à l'étude, ont précisé ne pas aborder ce sujet avec leurs patientes.

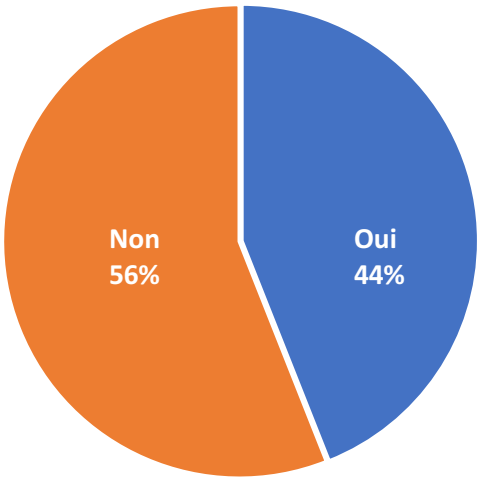


Figure 2 : Abord de la sexualité par les médecins nutritionnistes avec leurs patientes obèses (en pourcentage (%))

1. Abord de la sexualité

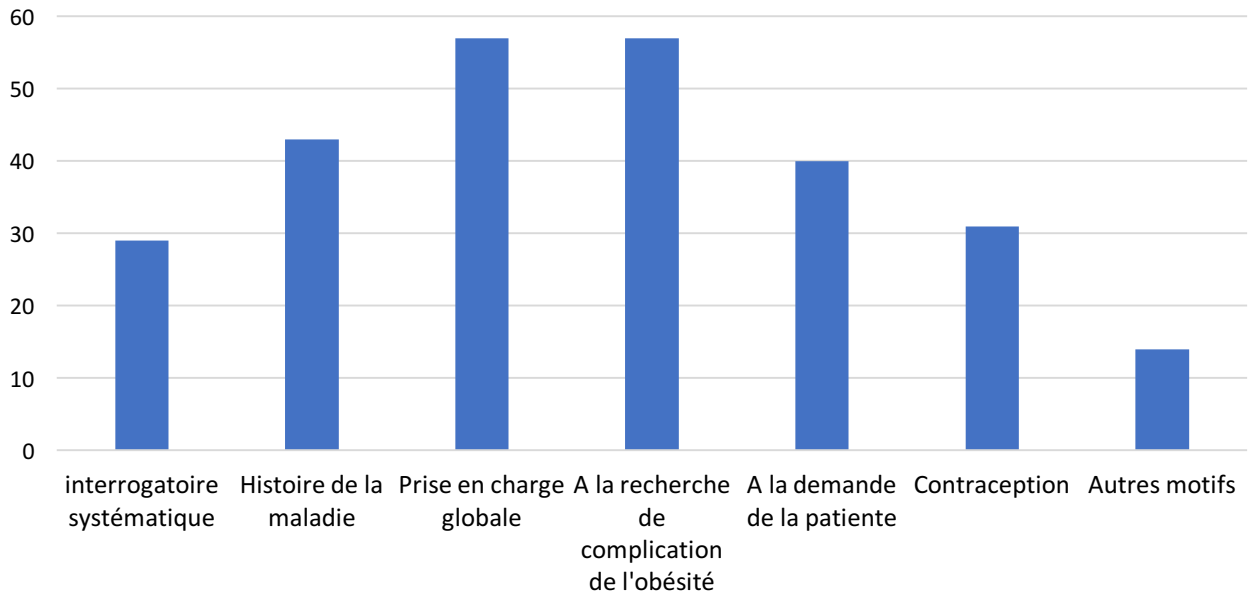
a. Les raisons qui les menaient à en parler

Les raisons qui poussaient les médecins généralistes nutritionnistes à aborder la sexualité avec leurs patientes obèses étaient les suivantes :

- Pour 20 médecins (57%), la sexualité était importante dans la prise en charge globale de la patiente et de son obésité
- 20 médecins (57%) en parlaient à la recherche de complication de l'obésité
- 15 médecins (43%) l'incluaient de l'anamnèse
- Pour 14 médecins (40%) aborder la sexualité faisait partie des demandes de la patiente
- 11 médecins (31%) l'incluaient dans la prise en charge de la contraception
- Pour 10 médecins (29%) la sexualité faisait partie de leur interrogatoire systématique au même titre que l'activité physique ou le comportement alimentaire.
- 5 médecins (14%) avançaient d'autres motifs les menant à aborder ce sujet.

Parmi les autres motifs donnés qui les poussaient à parler de la sexualité : 2 médecins (6%) l'abordaient en même temps que l'estime de soi et l'image du corps, 1 médecin (3%) l'incluait dans l'évaluation de la qualité de vie de la patiente.

Figure 3 : Raisons qui menaient les médecins à aborder le sujet de la sexualité avec leurs patientes obèses (en pourcentage (%))



b. Orientation de patientes ayant des troubles de la sexualité

24 médecins (69%) adressaient leurs patientes qui présentaient des troubles de la sexualité (troubles de la libido, douleurs, gênes physiques ou psychique…) vers un spécialiste, 6 médecins (17%) prenaient en charge eux-mêmes les troubles de la sexualité et 3 médecins (9%) ne prenaient pas en charge les troubles de la sexualité et ne réorientaient pas leurs patientes vers un spécialiste.

c. Attention portée aux femmes ménopausées versus femmes en âge de procréer

22 médecins (63%) portaient la même attention à la sexualité des femmes ménopausées qu'à celle des femmes en âge de procréer. 2 (6%) n'avaient pas d'avis sur la question.

2. Freins à aborder la sexualité

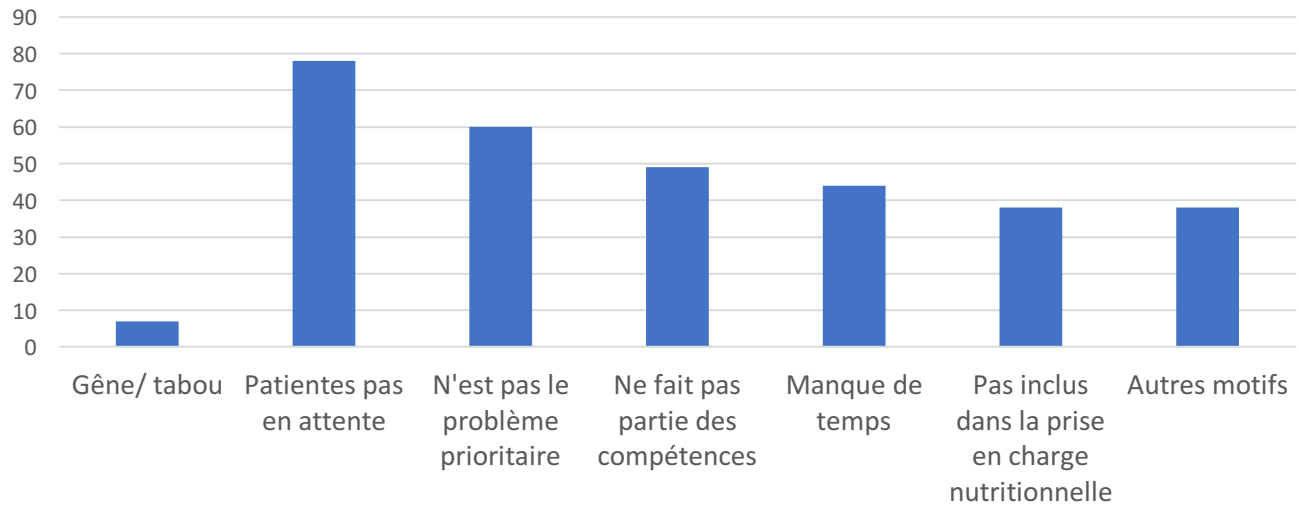
45 médecins nutritionnistes soit 56% (Intervalle de confiance 95% [44,7 ; 67,3]) n'abordaient pas le sujet de la sexualité avec leurs patientes obèses.

Les différents freins à aborder le sujet de la sexualité avec leurs patientes obèses évoqués par les médecins étaient les suivants :

- Pour 35 médecins (78%) les patientes n'étaient pas en attente que le nutritionniste aborde ce sujet avec elles,
- Pour 27 médecins (60%) la sexualité n'était pas le problème prioritaire dans la prise en charge de l'obésité,
- 22 médecins (49%) disaient ne pas avoir les compétences nécessaires pour prendre en charge la sexualité,
- 20 médecins (44%) manquaient de temps au cours des consultations pour aborder ce sujet,
- Pour 17 médecins (38%) la sexualité ne s'incluait pas dans la prise en charge de l'obésité,
- 3 médecins (7%) étaient gênés pour aborder ce sujet, le considérant comme un sujet tabou,
- 17 médecins (38%) ne l'abordaient pas pour d'autres motifs.

Parmi les autres motifs exprimés par les médecins qui les freinaient à aborder la sexualité avec leurs patientes, 4 médecins (9%) disaient ne pas penser à en parler, 6 médecins (13%) attendaient que la patiente en parle d'elle-même, 4 médecins (9%) en parlaient que s'ils détectaient des troubles socio-comportementaux (isolement, difficulté dans les couples, …), 1 médecin (2%) expliquait que c'était un sujet délicat à aborder en première consultation sans connaître la patiente.

Figure 4 : Raisons pour lesquelles les médecins nutritionnistes n'abordaient pas le sujet de la sexualité de façon systématique avec leurs patients obèses (en pourcentage (%))



III. Contraception :

1. Abord du sujet de la contraception

67 médecins soit 84% (IC 95% [73,81; 91,05]) parlaient de la contraception avec leurs patientes obèses au cours des consultations de prise en charge de l'obésité.
Seulement 5 médecins (7%) étaient les initiateurs de la prescription d'une contraception à leurs patientes.
Les médecins nutritionnistes qui ne prescrivaient pas eux-mêmes la contraception, adressaient leurs patientes chez un gynécologue pour 51 d'entre eux (82%) ; 11 (18%) ne les adressaient ni chez le gynécologue ni chez un endocrinologue.

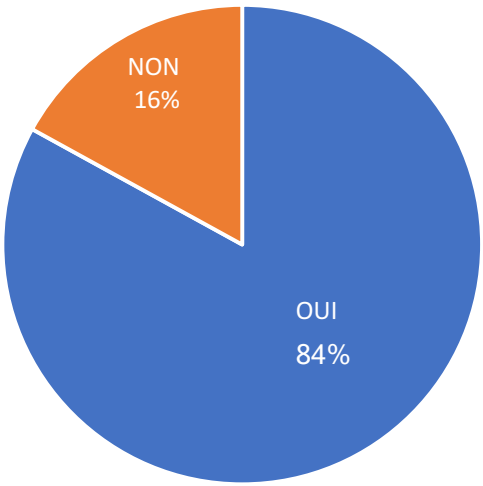


Figure 5 : Abord de la contraception par les médecins nutritionnistes avec leurs patientes obèses (en pourcentage (%))

2. Prescription d'une contraception :

Les 5 médecins prescripteurs (100%) prenaient en compte le statut d'obésité de leurs patientes comme étant l'un des facteurs influençant leur choix de contraceptif.

Les progestatifs étaient les contraceptifs les plus fréquemment prescrits, en effet :

- 60% des médecins les prescrivaient très fréquemment
- 40% fréquemment.

Concernant les œstro-progestatifs :

- 40% les prescrivaient fréquemment,
- 40% rarement
- 20% jamais.

Pour les DIU et les SIU :

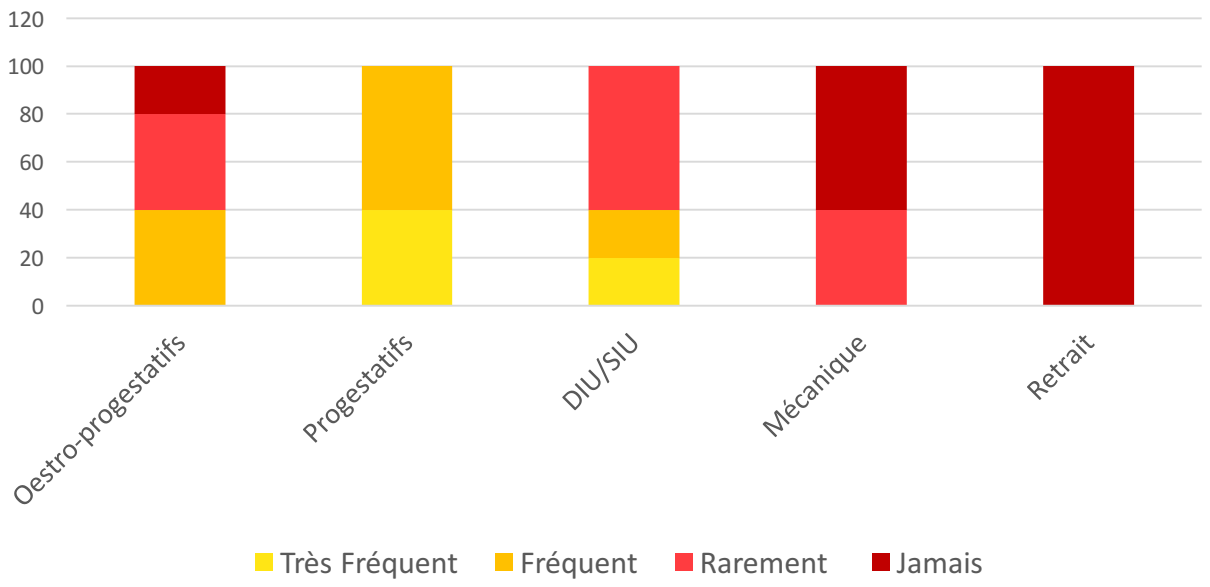
- 20% les prescrivaient très fréquemment
- 20% fréquemment
- 60% rarement.

Pour la contraception mécanique :

- 40% des médecins la prescrivaient rarement
- 60% ne la prescrivait jamais.

Aucun des médecins ne prescrivait le retrait comme moyen contraceptif.

Figure 6 : Représentation de la prescription des contraceptifs par les médecins à leurs patientes obèses. (en pourcentage (%))



IV. Programmation de la grossesse

63 médecins soit 79% (IC 95% [68,17 ; 87,1]) parlaient des risques encourus lors de la grossesse et l'intérêt de sa programmation lors de consultations dédiées à la prise en charge de l'obésité.

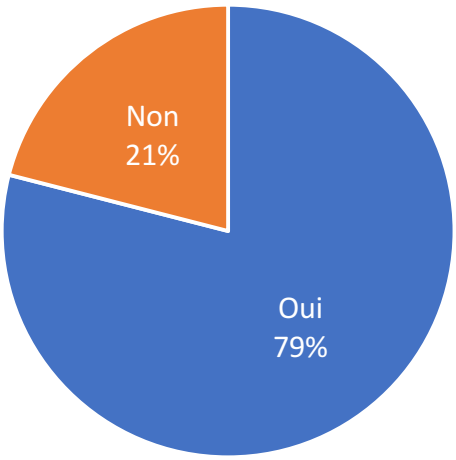


Figure 7 : Abord des risques encourus lors de la grossesse et l'intérêt de sa programmation (en pourcentage (%))

DISCUSSION

Cette étude visant à évaluer l'abord et la prise en charge de la santé sexuelle des patientes obèses par les médecins généralistes nutritionnistes, est innovante. En effet, à notre connaissance, aucune étude n'a évalué l'abord de la sexualité dans le cadre de la prise en charge nutritionnelle par les médecins généralistes nutritionnistes. Les études publiées s'intéressant à ce sujet ont toutes été réalisées dans la population générale. De plus, aucune étude n'a étudié les raisons qui poussent les praticiens à aborder la sexualité avec leurs patientes.

Malgré un nombre de sujet nécessaires non atteint, notre taux de participation de 60,2% était important par rapport à d'autres thèses d'exercice.

Il est important de souligner que l'échantillon était représentatif, la proportion de médecins femmes qui ont répondu au questionnaire (86%) était superposable à celle des médecins nutritionnistes de France (83%).

Le message extrait des conclusions de notre étude est fort puisque nous avons pu montrer que 56% des médecins nutritionnistes n'abordaient pas le sujet de la sexualité avec leurs patientes obèses, alors même que 84% des médecins parlaient de contraception et que 79% d'entre eux expliquaient les risques encourus lors de la grossesse et l'intérêt de la programmer. De plus, seulement 7% initiaient une contraception chez leurs patientes obèses. La sexualité, la contraception et la grossesse sont trois dimensions de la santé sexuelle qui ne devraient pas être dissociées dans la prise en charge globale. En effet, il semble hasardeux de se focaliser sur la notion de programmation de grossesses et de contraception, sans aborder, de prime abord, le sujet de la sexualité.

Une majorité de médecins n'abordait pas la sexualité avec leurs patientes obèses et ce résultat était probablement sous-estimé, étant donné que six médecins qui ont refusé de participer à l'étude, nous ont indiqué qu'ils n'abordaient pas ce sujet avec leurs patientes. Ce résultat est concordant avec ceux retrouvés dans plusieurs études réalisées dans la population générale. En effet une enquête française réalisée en 2015 incluant 176 médecins généralistes, a montré que seulement 30% des médecins déclarent avoir déjà abordé la sexualité avec leurs patients alors que 75% disent se sentir à l'aise pour parler des problèmes liés à la sexualité et que 57% d'entre eux trouvent qu'il est pertinent de

poser des questions dans ce domaine(55). Plusieurs études menées aux Etats-Unis et en Australie auprès des médecins généralistes, ont mis en évidence que la majorité des médecins ne dépiste pas systématiquement les troubles sexuels lors des consultations de routine(56–60). Cependant, dans notre étude 9% des médecins qui n'abordaient pas spontanément la sexualité avec leurs patientes, le feraient s'ils détectaient des troubles socio-comportementaux à type d'isolement ou de difficultés dans le couple. Ce résultat concorde avec d'autres études qui ont montré que les médecins généralistes auraient plus tendance à aborder le sujet de la sexualité lorsque le motif de consultation amène à le faire, notamment lorsque le patient consulte pour une suspicion de maladie sexuellement transmissible(60).

Notre étude a mis en évidence plusieurs freins pouvant expliquer que les médecins généralistes nutritionnistes ne parlaient pas de ce sujet avec leurs patientes.
Tout d'abord, la majorité (78%) estimait que les patientes n'étaient pas en attente que le nutritionniste aborde ce sujet avec elles et 13% attendaient que la patiente en parle d'elle-même. Cet argument a été mis en évidence dans l'étude de Grandmottet, qui souligne le sentiment du médecin que ce sujet n'est pas de son ressort (55). Cependant, la plupart des patientes souhaiterait pouvoir en discuter avec leur médecin mais seulement une minorité l'aborde réellement ; elles n'osent souvent pas l'aborder à cause de la gêne qu'elles ressentent à en parler (56,57). Une étude américaine menée en 1988 a montré que 59% des adultes interrogés affirmaient qu'ils apprécieraient d'avoir l'occasion de parler de leur sexualité à leur médecin (61). L'enquête sur la sexualité en France de Bajos et Al menée en 2008, a mis en évidence que ce sont le cumul ou la fréquence de plusieurs types de troubles sexuels qui semblent motiver une consultation chez un professionnel de santé (62).L'expérience montre que si le médecin n'aborde pas la question de la sexualité, le patient aura souvent du mal à le faire spontanément et restera en attente(41).

De plus, pour 60% des médecins de notre étude, la santé sexuelle n'était pas le problème prioritaire dans la prise en charge de l'obésité ; 38 % disaient que la sexualité ne s'incluait pas dans la prise en charge de l'obésité et 9% ne pensaient pas à en parler. Ceci peut être dû au fait que la plupart des médecins sous-estime la prévalence des troubles sexuelles chez les femmes et particulièrement chez les femmes obèses, ainsi que son intrication potentielle avec le comportement alimentaire. Alors même que, comme nous l'avons vu précédemment, 30% des patients présentant un trouble du comportement

alimentaire ont été victimes d'agression sexuelle. Prendre en charge une patiente obèse, aux antécédents éventuels de traumatisme sexuel, en écartant cette dimension, tant dans la démarche d'anamnèse que thérapeutique semble donc largement insuffisant.
Nous avons souligné que les femmes sont globalement plus vulnérables que les hommes à l'alimentation émotionnelle, tout comme les personnes présentant des symptômes dépressifs(63). Or les patientes obèses sont plus à risque de dépression et donc de développer secondairement une alimentation émotionnelle(64).
Il est donc important d'évaluer la dimension de la sexualité à la recherche d'antécédents traumatiques ou d'altérations pouvant générer ou entretenir une alimentation émotionnelle afin de proposer une prise en charge psychologique adaptée.

Le manque de compétences nécessaires pour la prise en charge de la sexualité était également un élément mis en avant par les nutritionnistes (49%). En effet, la santé sexuelle féminine est peu étudiée au cours des études médicales. Le stage d'internat obligatoire en gynécologie au cours du diplôme d'études spécialisés (DES) de médecine générale ne semble pas suffisant pour acquérir toutes les compétences nécessaires à ce sujet (65), et il n'existe pas ou peu d'enseignements consacrés à la sexualité lors du DESC de nutrition. Il est important de noter que le seul nutritionniste de notre étude ayant validé un DU de sexologie ou gynécologie, n'abordait pas la sexualité avec ses patientes obèses. Les études françaises et américaines sur l'abord de la sexualité par les médecins de premier recours avec leurs patients ont également mis en avant le manque de connaissance et de thérapeutique jugée efficace comme frein pour parler de la santé sexuelle(55–57).
A noter également que la difficulté d'évaluer les dysfonctions sexuelles chez la femme par rapport à l'homme peut participer au manque d'évaluation de la part du praticien.
Il peut être difficile pour les médecins d'aborder un sujet qu'ils maîtrisent peu ou pas assez ; ils pourraient se sentir démunis face à une patiente qui présente des troubles en ne sachant pas quelle thérapeutique lui proposer.

De plus, 44% des nutritionnistes manquaient de temps au cours des consultations pour aborder ce sujet. En effet, la prise en charge nutritionnelle est complexe ; comme nous l'avons vu précédemment, de nombreux sujets sont à aborder au cours de la consultation. Une consultation de médecine générale dure en moyenne 16 minutes (66), or pour la

prise en charge de l'obésité, a fortiori pour une première consultation, elle devrait durer 30 à 45 minutes afin de traiter et approfondir un maximum de sujet.
Cependant, l'augmentation du nombre de patients ainsi que l'impossibilité des médecins d'augmenter le prix de la consultation en fonction du temps passé auprès du patient est un frein, évoqué par les médecins eux-mêmes, limitant la durée des consultations. Le manque de temps peut être lié aux autres difficultés évoquées précédemment : si la sexualité n'est pas jugée comme un sujet important dans la prise en charge de l'obésité, le médecin ne prendra pas le temps de l'aborder au vu des nombreux autres sujets à évoquer. Les études de Temple-Smith et Al., Grandmottet et Bachmann(55,57,60) ont également évoqué cette problématique en insistant sur le fait que la sexualité est le plus souvent un sujet évoqué par le patient en fin de consultation.

Enfin, 7% des médecins interrogés se disaient gênés d'aborder ce sujet avec leurs patientes, le considérant comme un sujet tabou et 2% le trouvaient délicat à aborder lors d'une première consultation notamment lorsque le médecin ne connait pas la patiente auparavant. Cet embarras et cette crainte d'être intrusif a également été mis en évidence dans d'autres études (55,57,59). Néanmoins, dans une étude suisse, seulement 15% des patients estimaient qu'ils seraient embarrassés si leur médecin les interrogeait sur leur sexualité, 95% considéraient cette question comme normale et 60% estimaient que cette question devait être posée dès la première consultation lors de l'interrogatoire sur les antécédents(67). De plus, l'étude de Zeler et Troadec a montré que la plupart des patients (93%) ne ressent pas le fait d'être interrogés sur leur sexualité par le médecin généraliste comme intrusif, même s'ils sont venus consulter pour un motif différent(68). Dans notre étude, étant donné que notre population de médecin était composée majoritairement de femmes, nous ne pouvons pas conclure au lien entre le sexe du médecin et l'influence sur l'abord de la sexualité avec les femmes obèses.

L'abord de la santé sexuelle avec ses patients pourrait être approfondi dans un second temps, après alliance thérapeutique. Le patient pourrait se sentir gêner à évoquer tout de suite des difficultés à ce propos, tout en ayant connaissance de la possibilité de parler de ce sujet avec son médecin en toute liberté lorsqu'il se sentirait prêt à le faire(68).

Notre étude a permis de montrer que 44% des nutritionnistes abordaient la sexualité avec leurs patientes de façon spontanée.

La majorité, soit 57%, estimait que la prise en charge de la sexualité s'incluait dans la prise en charge de la patiente dans sa globalité et que les troubles de la sexualité pouvaient être des complications de l'obésité. La plupart (43%) en parlait au cours de l'anamnèse, il est possible qu'elle ait compris que des difficultés sexuelles peuvent être un facteur déclenchant ou d'entretien de la prise de poids. Pour 29% des médecins, ceci s'incluait dans l'interrogatoire systématique au même titre que l'activité physique ou le comportement alimentaire. De même 3% l'incluaient dans l'évaluation de la qualité de vie et 6% l'abordaient en même temps que l'estime de soi et l'image du corps, ceci pouvant s'inclure dans les raisons vues précédemment.

Dans 40% des cas, les nutritionnistes estimaient qu'aborder le sujet de la sexualité fait partie des demandes de la patiente ; il n'était cependant pas précisé dans notre étude si les patientes orientaient le praticien vers ce sujet ou si les patientes étaient en attente que le médecin aborde ce sujet lui-même.

Les médecins nutritionnistes qui abordent la sexualité considèrent pour la plupart que des troubles de la sexualité peuvent impacter la personne obèse tant au niveau physique ou psychique que social. La prise en charge de la sexualité dans l'obésité a donc autant sa place que la prise en charge diététique (équilibre alimentaire et respect des sensations alimentaires), de l'activité physique, du le sommeil, des comorbidités, ou encore de l'approche psychologique.
Une prise en charge intégrant la dimension de la sexualité dans la prise en charge de la personne obèse devrait faire partie de la démarche de soin optimale.
En effet, la perte de poids pourrait améliorer la dimension sexuelle par de multiples voies : Aux effets biochimiques positifs liés à la réduction des effets des adipokines du tissu adipeux ; peut se rajouter une amélioration de la santé globale et une diminution des effets délétères des comorbidités tels que les maladies cardiovasculaires, le diabète et le syndrome métabolique. Enfin, des paramètres psychologiques tels que l'estime de soi, la confiance en soi, l'image corporelle, la dépression ou l'anxiété peuvent être améliorés. L'amélioration du statut pondéral pourrait conduire à un intérêt sexuel accru (désir, engagement…). Cette vision intégrative nutritionnelle et sexuelle se pose comme initiateur d'un cercle vertueux(23)

Alors que la plupart (69%) des médecins ré-adressaient leurs patientes qui présentaient des troubles vers un spécialiste et que certains médecins (17%) les prenaient en charge eux-mêmes, 9% des médecins ne prenaient pas en charge les troubles et ne réorientaient pas leurs patientes. Nous soulignons un paradoxe : le médecin a conscience que l'obésité et les troubles de la sexualité sont des pathologies potentiellement intriquées et étant, à un certain degré, dépendantes l'un de l'autre mais la prise en charge de l'une n'aboutit pas forcement à la prise en charge de l'autre.

De plus, 63% des médecins portaient la même attention à la sexualité des femmes ménopausées qu'à celle des femmes en âge de procréer. Cependant nous avons vu, que la santé sexuelle était le meilleur marqueur de santé globale et qu'il n'y a pas d'âge à la sexualité. Avant la ménopause la femme peut exprimer plus de demandes dans le cadre d'un projet de grossesse, avec ou sans problème de fertilité. De plus le sujet peut être plus facile à aborder dans le cadre de la contraception. Cependant la sexualité chez la femme ménopausée est également importante. Si dans les années 1970, la ménopause signait encore souvent la fin de la vie sexuelle , ce n'est plus le cas actuellement(69). Chez la femme ménopausée les troubles sexuels liés à la ménopause s'accumulent, tels que la sécheresse vaginale pouvant entrainer des dyspareunies ainsi qu'une baisse du désir remarqué dans plusieurs études(70–72). A chaque période de la vie, les dysfonctions sexuelles peuvent évoluer en fonction du statut hormonal, conjugal, psychologique et des pathologies chroniques associées. Il est donc important de porter la même attention à toutes femmes obèses quelles que soient leur âge pour ne pas méconnaitre des problématiques pouvant être des axes importants de la prise en charge.

Dans notre étude 84% des médecins abordaient le sujet de la contraception avec leurs patientes au cours des consultations de prise en charge de l'obésité mais seulement 7% initiaient une contraception. La plupart des praticiens (82%) adressait leurs patientes vers un gynécologue. Les 18% qui ne réorientaient pas leurs patientes vers un spécialiste pour la prise en charge de la contraception peuvent s'expliquer par le fait que la contraception est parfois initiée et gérée par le médecin traitant ; le nutritionniste n'étant que rarement désigné comme étant le médecin traitant. L'item « médecin traitant » n'étant pas proposé dans notre questionnaire nous ne pouvons pas conclure de façon objective.

La crainte des médecins de prescrire une contraception chez cette population peut expliquer ce phénomène. En effet, les femmes obèses sont plus à risque de développer un diabète, de l'hypertension artérielle, des accidents vasculaires cérébraux, des infarctus du myocarde, des thromboses veineuses profonde ou des embolies pulmonaires. La présence de ces comorbidités limite les options contraceptives(73).
Or, l'obésité concerne de plus en plus de femmes, de plus en plus jeunes et dont la plupart sont en âge de procréer. En effet, selon l'enquête OBEPI de 2012, 6% des femmes de 18-24 ans et 11,1% des femmes de 25-34 ans sont obèses(3).

Concernant le choix de la contraception, nous avons trop peu de données pour conclure à un respect des recommandations. Nous pouvons tout de même constater que la méthode du retrait n'était jamais prescrite et que la contraception mécanique était très peu prescrite (60% la prescrivaient rarement, 40% jamais).

Concernant la programmation de la grossesse, 79% des médecins abordaient avec leur patientes les risques encourus au cours de la grossesse et l'intérêt de la programmer afin de diminuer les complications materno-fœtales.

Nos objectifs secondaires, la contraception et la programmation de la grossesse étaient donc majoritairement abordés mais de façon indépendante de la sexualité. Cependant ils l'étaient peut-être uniquement à la recherche de complications métaboliques et thromboemboliques.

On retrouve plusieurs limites à cette étude.
Le mode de recrutement des médecins entraîne un biais de sélection. Les médecins qui ont répondu aux questionnaires l'ont fait sur la base du volontariat, ainsi ceux qui ont participé à l'étude étaient plus susceptibles d'être intéressés par le sujet, entraînant un biais de représentativité.
De plus, les médecins pour lesquels nous devions passer par un secrétariat ont pu faire diminuer le taux de réponse car il était impossible de leur présenter l'étude sans intermédiaire.
Nous n'avons pas pu atteindre le nombre de sujet nécessaire bien que le taux de participation soit important entrainant un biais de non – réponse.

Seulement 1% des médecins avaient un exercice rural, or le pourcentage d'obésité n'est pas moins important dans le milieu rural qu'urbain.

Enfin notre cohorte était de petite taille, seulement 133 médecins ont été répertoriés en France métropolitaine comme ayant une activité de nutritionniste. Tous les médecins généralistes exerçant une activité de nutrition ne sont pas tous officiellement répertoriés faute de formation officielle spécifique.

Dans notre étude, nous avons étudié le point de vue des médecins nutritionnistes mais il serait pertinent de compléter l'analyse en évaluant l'attente des patientes obèses ayant consulté ces médecins généralistes nutritionnistes vis à vis de la prise en charge de leur sexualité.

CONCLUSION

La sexualité est un sujet encore insuffisamment abordé en consultation par les médecins nutritionnistes dans le cadre de la prise en charge des patientes obèses, alors même que celle-ci est altérée par de nombreux facteurs intriqués (mécaniques, hormonaux, métaboliques et psychologiques) et est un élément d'entretien dans cette maladie chronique où l'altération de la qualité de vie a largement été décrite.

Si la sexualité reste encore un sujet hasardeux à aborder pour certains praticiens comme pour certaines patientes, il est essentiel d'encourager les acteurs de la prise en charge à évaluer la dimension de la santé sexuelle de leurs patientes obèses afin d'obtenir une prise en charge globale optimale. Sensibiliser les médecins généralistes nutritionnistes au dépistage d'éventuels antécédents traumatiques et de dysfonctions sexuelles, causes ou conséquences de la situation d'obésité, est un enjeu important afin de ne pas méconnaitre, entre autres, une alimentation émotionnelle compensatrice. Dans le but de permettre une prise en charge optimale des patientes et initier un cercle vertueux vers une perte de poids durable, il semble pertinent d'intégrer, dans la prise en charge des complications de l'obésité, la santé sexuelle ainsi que le choix d'une contraception adaptée ou la programmation d'une grossesse, potentiellement à risque.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Obésité et surpoids [Internet]. WHO. [cité 18 févr 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/
2. Surpoids et obésité de l'adulte: prise en charge médicale de premier recours. Recommandation HAS; 2011 sept.
3. ROCHE. ObEpi 2012, enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité [Internet]. 2012. Disponible sur: www.roche.fr/content/dam/corporate/roche_fr/doc/obepi_2012.pdf
4. Matta J, Zins M, Feral-Pierssens AL. Prévalence du surpoids,de l'obésité et des facteurs de risque Cardio-métaboliques dans la cohorte Constances. Bull Epidémiol Hebd. 25 oct 2016;35-36:646.
5. Cappuccio FP, Taggart FM, Kandala N-B, Currie A, Peile E, Stranges S, et al. Meta-Analysis of Short Sleep Duration and Obesity in Children and Adults. Sleep. 1 mai 2008;31(5):619-26.
6. Simon N, S. Berthoz, P. Brunault, N. Rival. L'alimentation est-elle soluble dans la psychologie et la psychiatrie? Cas de l'alimentation émotionnelle et de l'addiction à l'alimentation. Eur Psychiatry. 2015;30(8):S29.
7. M. Le Barzic. Le syndrome de restriction cognitive : de la norme au désordre du comportement alimentaire. 27(4):512.
8. Vierling V, Etori S, Valenti L, Lesage M. Prévalence et impact de l'état de stress post-traumatique chez les patients atteints de troubles du comportment alimentaire. nov 2015;44(11):e341-52.
9. (Inserm) I national de la santé et de la recherche médicale. Troubles mentaux : Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent [Internet]. Les éditions Inserm; 2002 [cité 30 avr 2018]. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/165
10. Thuan, Jean-François, Avignon, Antoine. Obesity management: attitudes and practices of french general practitionners on a region or france. 2005;29:1100-6.
11. Foster,GD, Wadden T. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. 11(10).
12. M. Coeuret-Pellicer, M.A Charles, J.M Borys, A. Basdevant. Association between obesity and depressive symptoms in general population. Sciences Humaines.
13. Jorm AF, Korten AE, Christensen H, Jacomb PA, Rodgers B, Parslow RA. Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey. Aust N Z J Public Health. 1 août 2003;27(4):434-40.
14. HAS. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte [Internet]. 2009. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/obesite_-_prise_en_charge_chirurgicale_chez_ladulte_-_argumentaire.pdf
15. OMS santé sexuelle et reproductive, Compétences de base en soins primaires. Bibl OMS. 2012;(W84.6).
16. Edwards WM, Coleman E. Defining sexual health: a descriptive overview. Arch Sex Behav. juin 2004;33(3):189-95.
17. Galiano M. Dysfonctions sexuelles. 21 févr 2011;Traité de médecine Akos(1-0455):1-4.
18. Lebret T, Hervé J-M. Difficultés sexuelles. 1988;Traité de Médecine AKOS(1-0390):1-4.
19. Giuliano F. Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle. Prog En Urol. juill 2013;23(9):811-21.
20. Georgiadis JR, Kringelbach ML. The human sexual response cycle: Brain imaging evidence linking sex to other pleasures. Prog Neurobiol. 2012;98(1):49-81.
21. Gimpl G, Fahrenholz F. The oxytocin receptor system: structure, function, and regulation. Physiol Rev. avr 2001;81(2):629-83.
22. Onaka T, Takayanagi Y, Yoshida M. Roles of oxytocin neurones in the control of stress,

energy metabolism, and social behaviour. J Neuroendocrinol. avr 2012;24(4):587-98.
23. Rowland DL, McNabney SM, Mann AR. Sexual Function, Obesity, and Weight Loss in Men and Women. Sex Med Rev. 2017;5(3):323-38.
24. Kolotkin RL, Binks M, Crosby RD, Østbye T, Gress RE, Adams TD. Obesity and Sexual Quality of Life. Obesity. 1 mars 2006;14(3):472-9.
25. Esposito K, Ciotola M, Giugliano F, Bisogni C, Schisano B, Autorino R, et al. Association of body weight with sexual function in women. Int J Impot Res. 8 févr 2007;19(4):353-7.
26. Bajos N, Wellings K, Laborde C, Moreau C, CSF Group. Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. BMJ. 15 juin 2010;340:c2573.
27. Mozafari M, Khajavikhan J, Jaafarpour M, Khani A, Direkvand-Moghadam A, Najafi F. Association of Body Weight and Female Sexual Dysfunction: A Case Control Study. Iran Red Crescent Med J. 23 janv 2015;17(1).
28. Assimakopoulos K, Panayiotopoulos S, Iconomou G. Assessing sexual function in obese women preparing for bariatric surgery. Obes Surg. 2006;16(8):1087-91.
29. Kaneshiro B, Jensen JT, Carlson NE, Harvey SM, Nichols MD, Edelman AB. Body mass index and sexual behavior. Obstet Gynecol. sept 2008;112(3):586-92.
30. Sarfati J, Bry H, Young J, Cristin-Maitre S. Obésité et reproduction: quels impacts de l'oébsité sur l'axe gonadotrope et la fertilité? août 2012;(59):25.
31. Ghorbel D, Hadjkacem F. CAD-06: Dysfonction sexuelle chez les femmes diabétiques. Diabetes Metab. 1 mars 2016;42:A25.
32. Trifi M, Elkissi Y, Slim I, Chaïeb M, Nasr SB, Chaïeb L, et al. Évaluation de la fonction sexuelle des femmes ayant un diabète de type 2 : étude cas-temoins. Httpwwwem-Premiumcomwwwezpbiu-Montpellierfrdatarevues11581360unassignS1158136015000882 [Internet]. 21 oct 2015 [cité 18 févr 2018]; Disponible sur: http://www.em-premium.com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/1010104/resultatrecherche/8
33. Odzebe W, Bouya P, Malonga Loukoula J. Évaluation de la sexualité chez la patiente diabétique. Prog En Urol. 1 nov 2014;24(13):876.
34. Philippe M-F. La dysfonction sexuelle chez la femme diabétique. août 2009;Les problèmes sexuels chez le diabétique(41).
35. Hannier S, Baltus A, de Sutter P. L'implication des facteurs cognitifs, corporels et sociétaux dans la compréhension de l'estime de soi sexuelle féminine. Sexologies. 2017;26(2):65-73.
36. Wingood GM, DiClemente RJ, Harrington K, Davies SL. Body image and African American females' sexual health. J Womens Health Gend Based Med. juin 2002;11(5):433-9.
37. Kraft C, Robinson B "Bean" E, Nordstrom DL, Bockting WO, Rosser BRS. Obesity, Body Image, and Unsafe Sex in Men who have Sex with Men. Arch Sex Behav. 1 oct 2006;35(5):587-95.
38. Pujols Y, Meston CM, Seal BN. The Association Between Sexual Satisfaction and Body Image in Women. J Sex Med. 2010;7(2):905-16.
39. Kinzl JF, Trefalt E, Fiala M, Hotter A, Biebl W, Aigner F. Partnership, Sexuality, and Sexual Disorders in Morbidly Obese Women: Consequences of Weight Loss After Gastric Banding. Obes Surg. 1 août 2001;11(4):455-8.
40. Brown PJ, Konner M. An anthropological perspective on obesity. Ann N Y Acad Sci. 1987;499:29-46.
41. Pr Gérard Ribes, Pr Gerard Ostermann. sexualité, image du corps et image de soi chez la personne obèse. diabète et obésité. juin 2015;89.
42. Esposito K, Giugliano F, Ciotola M, De Sio M, D'Armiento M, Giugliano D. Obesity and sexual dysfunction, male and female. Int J Impot Res. août 2008;20(4):358-65.
43. Trompeter SE, Bettencourt R, Barrett-Connor E. Metabolic Syndrome and Sexual

Function in Postmenopausal Women. Am J Med. déc 2016;129(12):1270-1277.e1.
44. Pomp ER, Le Cessie S, Rosendaal FR, Doggen CJM. Risk of venous thrombosis: obesity and its joint effect with oral contraceptive use and prothrombotic mutations. Br J Haematol. 1 oct 2007;139(2):289-96.
45. Lobert M, Pigeyre M, Gronier H, Catteau-Jonard S, Robin G. [Contraception and obesity]. Gynecol Obstet Fertil. nov 2015;43(11):740-7.
46. Trussell J, Schwarz EB, Guthrie K. Obesity and Oral Contraceptive Pill Failure. Contraception. mai 2009;79(5):334-8.
47. Robinson JA, Burke AE. Obesity and hormonal contraceptive efficacy. Womens Health Lond Engl. sept 2013;9(5):453-66.
48. Zieman M, Guillebaud J, Weisberg E, Shangold GA, Fisher AC, Creasy GW. Contraceptive efficacy and cycle control with the Ortho Evra™/Evra™ transdermal system: the analysis of pooled data. Fertil Steril. 1 févr 2002;77:13-8.
49. Dinger JC, Cronin M, Möhner S, Schellschmidt I, Minh TD, Westhoff C. Oral contraceptive effectiveness according to body mass index, weight, age, and other factors. Am J Obstet Gynecol. 1 sept 2009;201(3):263.e1-263.e9.
50. Carlson MJ, Thiel K w., Yang S, Leslie KK. Catch It Before It Kills: Progesterone, Obesity, and the Prevention of Endometrial Cancer. Discov Med. sept 2012;14(76):215-22.
51. Reifsnider E, Mendias N, Davila Y, Babendure JB. Contraception and the obese woman. J Am Assoc Nurse Pract. mai 2013;25(5):223-33.
52. Berdah J. Quid de la contraception chez la femme obèse et super obèse en 2011 ? Obésité. 1 déc 2011;6(4):242-8.
53. Glasier A, Cameron ST, Blithe D, Scherrer B, Mathe H, Levy D, et al. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. Contraception. 1 oct 2011;84(4):363-7.
54. Le Goff S, Lédée N, Bader G. Obésité et reproduction : revue de la littérature. Gynécologie Obstétrique Amp Fertil. 2008;36(5):543-50.
55. Grandmottet G. Enquête de l'impact de la formation des médecins en France, sur leur perception de la sexualité des patients, et leur capacité à répondre à une demande concernant un trouble sexuel. Lyon; 2015.
56. Abdolrasulnia M, Shewchuk RM, Roepke N, Granstaff US, Dean J, Foster JA, et al. Management of female sexual problems: perceived barriers, practice patterns, and confidence among primary care physicians and gynecologists. J Sex Med. juill 2010;7(7):2499-508.
57. Bachmann G. Female sexuality and sexual dysfunction: are we stuck on the learning curve? J Sex Med. juill 2006;3(4):639-45.
58. Wimberley, YH, Hogben, M, Moore-Ruffin, J, Moore, SE. Sexual history-taking among primary care physicians. 2006;98(12):1924-9.
59. Harsh V, McGarvey EL, Clayton AH. Physician attitudes regarding hypoactive sexual desire disorder in a primary care clinic: a pilot study. J Sex Med. mars 2008;5(3):640-5.
60. Temple-Smith MJ, Mulvey G, Keogh L. Attitudes to taking a sexual history in general practice in Victoria, Australia. Sex Transm Infect. 1 févr 1999;75(1):41-4.
61. Gerbert B, Maguire BT, Coates TJ. Are patients talking to their physicians about AIDS? Am J Public Health. 1 avr 1990;80(4):467-8.
62. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. La découverte. Paris; 2008.
63. Bourdier L, Berthoz S, Romo L, Ballon N, Brunault P. Alimentation émotionnelle et addiction à l'alimentation. EMC-Psychiatr. 26 août 2017;37(15(1)):1-8.
64. Camilleri GM, Méjean C, Kesse-Guyot E, Andreeva VA, Bellisle F, Hercberg S, et al. O38 Associations entre l'alimentation liée aux émotions et les consommations d'aliments riches en énergie : quelle influence de la symptomatologie dépressive ? Nutr Clin Métabolisme. 1 févr 2014;27(S1):42-3.
65. Augé,Eva. Auto-evaluation des compétences en santé sexuelle et genitalité des internes

de médecine générale de Poitou-Charentes promotion 2011-2015.
66. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes Résultats. avr 2006;(481).
67. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? Swiss Med Wkly. 8 mars 2011;141:w13178.
68. Zeler A, Troadec C. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France. Sexologies. 12 août 2017;26(3):136-45.
69. Bajos N, Bozon M. Les transformations de la vie sexuelle après cinquante ans : un vieillissement genré. Genre Sex Société. 1 déc 2011;(6).
70. Caremel R, Berthier A, Sentilhes L, Collard P, Grise P. Analyse de la sexualité féminine dans une population féminine témoin française. Prog En Urol. 2 sept 2008;18(8):527-35.
71. Lachowsky M, Winaver D. Aspects psychosomatiques de la ménopause. Gynécologie. 2006;147:1-6.
72. Mouchamps E, Gaspard U. La problématique du désir sexuel chez la femme ménopausée : une évaluation succincte. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 8 mars 2008;28(3):232.
73. Shah MB. Obesity and sexuality in women. Obstet Gynecol Clin North Am. juin 2009;36(2):347-60, ix.

ANNEXE 1 : Le questionnaire

Qui êtes-vous?

Votre âge:

Votre sexe F/H

Date d'installation

Milieu d'exercice : urbain semi-rural rural

Ancienneté de la pratique de la nutrition (en années)

DU de sexologie ou gynécologie : oui / non

Sur les 15 derniers jours, combien de patients avez-vous vu ?

Sur cette même période, combien étaient des femmes obèses (IMC>30Kg/m2) ?

Comment prenez vous en charge la santé sexuelle de vos patientes obèses ?

1/ Lors de consultations dédiées à la prise en charge de l'obésité, abordez-vous le sujet de la sexualité (en dehors de la contraception) avec vos patientes ?

- Oui
- Non

SI OUI A LA QUESTION 1 =>

2/ Pourquoi abordez-vous ce sujet avec votre patiente obèse ? (1 ou plusieurs réponses)

1. Cela fait partie de votre interrogatoire systématique (au même titre que l'activité physique ou le comportement alimentaire)
2. Cela fait partie de votre interrogatoire sur l'histoire de la maladie
3. Important dans la prise en charge nutritionnelle globale
4. Inclus dans la prise en charge de la contraception
5. Recherche de complications de l'obésité
6. Demande de la patiente
7. Autres (préciser)

3/ En cas de troubles de la sexualité (troubles de la libido, douleurs, gênes physique ou psychique…), adressez-vous votre patiente vers un spécialiste pour que ceux-ci soient pris en charge ?

- Oui
- Non
- Pas d'avis
- Non, je les prends en charge moi-même

4/ Portez-vous la même attention à la sexualité de vos patientes obèses en âges de procréer et à vos patientes obèses ménopausées ?

- Oui
- Non
- Pas d'avis

SI NON A LA QUESTION 1 =>

2/ Quels sont les raisons qui vous freinent pour aborder ce sujet de la sexualité avec vos patientes obèses ? Répondre par oui ou non aux affirmations suivantes.

2a) Je n'aborde pas le sujet de la sexualité car cela ne fait pas partie de mes compétences.

- Oui - Non

2b) Je n'aborde pas le sujet de la sexualité car je suis gêné pour aborder ce sujet ; c'est un sujet tabou.

- Oui - Non

2c) Je n'aborde pas le sujet de la sexualité car mes patientes ne sont pas en attente.

- Oui - Non

2d) Je n'aborde pas le sujet de la sexualité car cela ne s'inclus pas dans la prise en charge nutritionnelle.

- Oui - Non

2e) Je n'aborde pas le sujet de la sexualité car je manque de temps.

- Oui - Non

2f) Je n'aborde pas le sujet de la sexualité car ce n'est pas le problème prioritaire.

- Oui - Non

2g) Je n'aborde pas le sujet de la sexualité pour d'autres motifs (à préciser)

POUR TOUS :

Comment prenez vous en charge la contraception ?

5/ Lors de consultations dédiées à la prise en charge de l'obésité, abordez-vous le sujet de la contraception avec vos patientes ?

- Oui
- Non

SI OUI à la question 5 (si NON répondre directement à la question 9 en fin de page)

6/Etes-vous le prescripteur de l'initiation d'une contraception chez vos patientes obèses en âge de procréer ?

- Oui
- Non

SI OUI à la question 6 (si NON répondre directement à la question 7 bis sous le tableau)

7/ Diriez-vous que le statut d'obésité de votre patiente est un des facteurs qui influence votre choix de contraceptif ?

- Oui
- Non
- Pas d'avis

8 /Quelle contraception avez-vous l'habitude de prescrire pour vos patientes obèses par ordre de préférence? (Mettre une croix dans les cases correspondantes)

	Très fréquent	Fréquent	Occasionnellement	Jamais
Oestro-progestatif toutes formes (pilules, anneaux, patch)				
Micro progestatif toutes formes (pilules, implants)				
DIU (SIU, cuivre)				
Mécanique (préservatif)				
Méthodes naturelles (retrait, abstinence périodique)				

SI NON à la question 6

7bis/ Si vous ne prescrivez pas vous-même la contraception, adressez-vous votre patiente à un spécialiste ?

- Endocrinologue
- Gynécologue
- Aucun des deux

9/ Lors de consultations dédiées à la prise en charge de l'obésité, abordez-vous les risques encourus lors de la grossesse et l'intérêt de sa programmation ?

- Oui
- Non

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

RESUME :

Introduction : L'obésité est devenue un réel enjeu de santé publique, de par sa prévalence croissante et ses comorbidités associées. Tout comme la dimension nutritionnelle, la santé sexuelle est un élément essentiel de la qualité de vie. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'intérêt porté par les médecins généralistes nutritionnistes sur la sexualité de leurs patientes obèses lors de consultations dédiées à la prise en charge nutritionnelle.

Matériels et méthode : Etude descriptive par questionnaire anonyme adressé à 133 médecins généralistes de France métropolitaine ayant une compétence en nutrition du 8 janvier au 1 mars 2018. Le critère de jugement principal était le nombre de médecin abordant la sexualité avec leurs patientes. Les critères de jugements secondaires étaient l'abord de la contraception et de la programmation de la grossesse.

Résultats : 80 médecins ont répondu au questionnaire. 35 médecins (44% (IC95% [32,6 ;55,3])) abordaient le sujet de la sexualité avec leurs patientes obèses lors de consultations dédiées à la prise en charge de l'obésité alors que 64 médecins (83,1% (IC 95% [72,86; 90,69])) parlaient de la contraception et que 60 médecins (77,9% (IC 95% [67 ; 86,58])) parlaient des risques encourus lors de la grossesse et l'intérêt de sa programmation .

Conclusion : La sexualité reste un sujet encore insuffisamment abordé au cours de consultations de prise en charge de l'obésité alors que celle-ci peut être altérée par de nombreux facteurs intriqués et peut être la clé de la prise en charge.

Mots clefs : Obésité ; sexualité ; santé sexuelle ; femme obèse ; médecin généraliste ;