ObéCentre
Les CSO du Centre-Val de Loire

GUIDE DE REPÈRES PROFESSIONNELS

Santé affective, relationnelle et sexuelle des personnes en situation d'obésité

Filière ObéCentre, 2026



Coordination scientifique réalisée par la filière ObéCentre –
Centres Spécialisés de l'Obésité des CHU de Tours et d'Orléans, 2026, www.obecentre.fr

Illustration conçue par les étudiants de l'Ecole Brassart à Tours dans le cadre du projet ObéDesign – banque d'illustrations pour représenter l'obésité autrement

Remerciements

Nous remercions l'ensemble des contributeurs, rédacteurs et relecteurs ayant participé à l'élaboration de ce document.

Nom	*Fonction / Structure*
Dr Mathilde Besnard	Cheffe de clinique en endocrinologie, diabétologie et nutrition – CHU d'Orléans
Armelle Cachon	Patiente partenaire – ObéCentre, CHU de Tours
Julie Capelle	Coordinatrice – ObéCentre, CHU de Tours
Flora Courant	Chargée de mission – CORESS Centre-Val de Loire
Pr Arnaud De Luca	Médecin – CSO CHU de Tours
Dr Anne Dubreuil	Médecin d'orthogénie – CHU de Tours
Claire Duval-Arnould	Sexologue – La Riche
Florence Exertier Ménesguen	Coordinatrice – ObéCentre, CHU d'Orléans
Marie Granger	Coordinatrice – CORESS Centre-Val de Loire
Hélène Hagel-Loustalot	Sexothérapeute – La Petite Filature, Tours
Dr Nathalie Jan	Médecin – Association Dire et Guérir, Loches
Murielle Menant	Présidente de l'association Les Amis d'Obélix 41, Blois
Dr Sylvie Osterreicher	Médecin, sexologue – Vendôme
Iris Phelizon	Sexologue – Blois
Dorian Rocheron	Psychologue – Tours
Dr Nathalie Trignol-Viguier	Médecin généraliste, sexologue – CHU de Tours

Nous adressons également nos sincères remerciements aux patients dont les parcours, les expériences et les témoignages ont inspiré ce travail collaboratif régional.

Enfin, nous remercions l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire qui, grâce à son soutien financier à la filière ObéCentre, a contribué à la réalisation de ce projet.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire

Table des matières

Points clés 6

Introduction 7

Définitions et concepts 8
La santé sexuelle 8
La santé affective et relationnelle 8
La grossophobie 8

Approche sociologique du corps dans notre société 9
Une maladie de la volonté 9
La représentation du corps 9
Les représentations de la maladie 10
Du corps objet au corps vécu 10

Chapitre 1 : Préjugés 11

Les préjugés autour de l'obésité 11

Les biais cognitifs dans la perception de l'obésité 12

Les préjugés des soignants concernant la vie intime des patients en situation d'obésité 13

Les préjugés intériorisés par les patients 14

Chapitre 2 : Mécanismes physiologiques et répercussions cliniques 15

Troubles hormonaux et impacts sur la sexualité 15

Dysfonctions sexuelles associées à l'obésité 16

Fatigue, douleurs et mobilité 16

Effets des traitements et interventions médicales 17

Fertilité, contraception et grossesse 17

Facteurs psychologiques et sociaux 18

Chapitre 3 : Approche diagnostique et anamnèse 19

Comment poser la question du poids sans stigmatiser ? 19

Comment aborder la sexualité ? 19

Comment faire l'anamnèse sexuelle ? 20

Quels outils et questionnaires utiliser ? 20

Comment repérer les troubles du comportement alimentaire ? 21

Comment repérer les troubles anxiodépressifs ? 21

Chapitre 4 : Accompagnement médical et thérapeutique 22

Acteurs de la santé sexuelle : rôles, limites et travail collaboratif 22

Principes généraux de prise en charge 22

Traitement des dysfonctions sexuelles spécifiques 23
Dysfonction érectile 23
Dyspareunie 24
Troubles du désir 25
Traitements musculaires et fonctionnels 26
Approches psycho-sexologiques et psychosociales 28
Spécificités de la chirurgie bariatrique 29

Recommandations de bonnes pratiques dans le traitement de l'obésité 30

Chapitre 5 : Dépister les violences physiques, affectives et sexuelles 31

Qu'en pensent les patients ? 31

Pourquoi dépister spécifiquement les personnes en situation d'obésité ? 32

Signaux d'alerte en consultation 33
Indices somatiques 33
Indices comportementaux 33
Indices émotionnels 33

Posture professionnelle préalable 33

L'étape clé du dépistage lors de l'entretien clinique 34

L'accueil de l'information 35

La traçabilité et l'orientation 35

L'accompagnement et le suivi 36

Chapitre 6 : Adaptations pratiques en consultation 37

Confidentialité et éthique 37

Mobilier et matériel adaptés 37
Mobilier 37
Matériel médical 38

Positionnement sur la table d'examen gynécologique 38

Temps de consultation 38

Communication non stigmatisante 38

Approche centrée sur le patient et prise en compte du stigmate pondéral 39

La qualité relationnelle comme outil clinique 39

Posture clinique et recommandations pour les professionnels de santé 40

Chapitre 7 : Dispositifs et orientations en région CVL 41

Acteurs institutionnels et ressources en santé publique 41
Agence Régionale de Santé (ARS Centre-Val de Loire) 41
Santé Publique France 41
Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé (FRAPS) 42
Centre d'examens et de santé de l'assurance maladie (CES) 42
Santé mentale et image corporelle 42

Dispositifs en santé sexuelle 43
CoReSS Centre-Val de Loire 43
Structures de santé sexuelle 43

Dispositifs d'accompagnement des violences 44
Structures spécialisées 44
Numéros nationaux d'urgence et d'écoute 45

Réseau périnatal régional 45

Associations de patients 45
Dans le champ de l'obésité 45
Dans le champ de la santé sexuelle 46

Dispositifs dans le champ de l'obésité 46
Filière régionale ObéCentre 46
Organisation en niveaux de recours 46

CONCLUSION 47

SITOGRAPHIE 48

RÉFÉRENCES UTILES 49

Annexe 1 - Checklist d'adaptation des consultations en santé intime et sexuelle chez les personnes en obésité 51

Points clés

Les préjugés sur l'obésité, alimentés par des biais cognitifs universels chez le soignant comme chez le patient, nuisent gravement à la relation thérapeutique lorsque la stigmatisation internalisée pousse ce dernier à anticiper le jugement et à renoncer aux soins.

L'obésité altère la vie intime à travers une dynamique multifactorielle où les contraintes mécaniques, les dérèglements hormonaux (SOPK, hypogonadisme) et les risques iatrogènes s'entremêlent à une souffrance psychosociale majeure, dominée par l'altération de l'image corporelle, l'anxiété de performance et le vécu du rejet.

L'approche diagnostique de la sexualité chez le patient en situation d'obésité repose sur l'instauration d'un climat de confiance non stigmatisant où, après accord explicite, le soignant explore de manière proactive l'anamnèse intime (modèle des 5 P) et les limitations liées au poids, tout en s'appuyant sur des échelles validées (IIEF-5, FSFI, BES, PHQ-9) pour dépister les dysfonctions sexuelles, les troubles alimentaires et les comorbidités anxiodépressives.

L'accompagnement de la vie intime des patients en situation d'obésité exige une prise en charge pluridisciplinaire et bio-psycho-sociale coordonnée, combinant des réponses somatiques (traitements métaboliques, rééducation périnéale ciblée, chirurgie) et psychosexuelles (TCC, thérapies de couple, médiations corporelles) pour restaurer l'image corporelle, déconstruire les modèles de désir excluants et naviguer les profonds remaniements identitaires liés aux traitements comme la chirurgie bariatrique.

Le dépistage systématique et progressif des violences (physiques, psychologiques, sexuelles) chez les patients en situation d'obésité est une priorité clinique, car le surpoids y intègre souvent une fonction de coping ou de bouclier psychique face à un traumatisme, imposant au soignant une posture d'écoute inconditionnelle, détachée et sécurisante pour repérer les signaux d'alerte, évaluer le danger, déculpabiliser le patient et coordonner l'orientation sans imposer de récit répétitif ni de revictimisation.

L'adaptation de la consultation repose sur un cadre éthique strict et des ajustements concrets — matériel adapté (sièges larges, brassards et spéculums de tailles diverses), rallongement du temps d'entretien et posture d'écoute bienveillante —, indispensables pour garantir la confidentialité, éliminer les humiliations physiques et instaurer une communication neutre et centrée sur le patient, transformant ainsi la qualité relationnelle en un véritable outil clinique qui favorise le recours aux soins et l'exploration respectueuse de l'intimité.

La structuration des parcours de soin en région Centre-Val de Loire (CVL) repose sur un maillage territorial complet alliant acteurs institutionnels (ARS, Santé Publique France, FRAPS, CES), dispositifs experts en santé sexuelle (CoReSS, CeGIDD, CSS, Planning Familial, INTIMAGIR) et réseaux de prise en charge des violences et de la santé mentale (Dire et Guérir, NVST, Maisons des femmes), qui s'articulent directement avec la filière régionale ObéCentre (portée par les CSO de Tours et d'Orléans).

Introduction

En région Centre-Val de Loire, l'obésité présente une prévalence élevée, supérieure à la moyenne nationale. Les données les plus récentes indiquent qu'environ 21,6 % des adultes sont en situation d'obésité, et environ 18 % en France *(OFEO, 2024)*. Cette proportion place la région parmi les territoires les plus concernés, avec une progression continue observée au cours des dernières décennies.

La littérature scientifique montre que l'obésité influence significativement la santé sexuelle et affective à travers des dimensions biologiques, psychologiques et sociales. Les personnes atteintes d'obésité présentent davantage de dysfonctions sexuelles, notamment une diminution du désir, des troubles de l'excitation et une baisse de la satisfaction sexuelle, chez les femmes comme chez les hommes (*Kolotkin et al., 2006 ; Esposito et al., 2007*). Ces difficultés sont également associées à des comorbidités fréquentes de l'obésité, telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires ou les troubles hormonaux, qui peuvent altérer la fonction sexuelle (*Segraves, 2002*). Les recherches soulignent aussi l'impact majeur des facteurs psychologiques : faible estime de soi, anxiété corporelle, dépression et stigmatisation sociale contribuent à une dégradation de la vie intime et relationnelle (*Althof et al., 2005*). La discrimination liée au poids affecte l'image corporelle et limite parfois l'accès à des relations affectives satisfaisantes (Hutson et al., 2018). Plusieurs études montrent que la qualité de vie sexuelle est étroitement liée au bien-être psychologique global et à la qualité des relations de couple (*Frühauf et al., 2013 ; WHO framework repris par Lorimer et al., 2024*).

La santé sexuelle est un composant essentiel de la qualité de vie et de la santé dans toutes ses dimensions, physiques, psychiques ou sociales. Chez les personnes en surpoids ou en situation d'obésité, des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux interagissent et peuvent augmenter le risque de difficultés intimes, affectives et sexuelles (baisse du désir, troubles de l'excitation, dyspareunie, troubles de l'érection, difficultés à faire des rencontres, vécus traumatiques etc.). Ce guide vise à outiller les professionnels de santé pour :

- Repérer précocement les possibles altérations de la santé sexuelle ;
- Proposer une évaluation structurée et non stigmatisante ;
- Articuler la prise en charge entre disciplines (médecine, sexologie, psychologie, diététique, kinésithérapie, chirurgie si pertinente) ;
- S'inscrire dans les parcours de soins régionaux et orienter vers les dispositifs adaptés ;
- Permettre de libérer la parole autour de cette thématique, sans gêne ni préjugé.

Que ce soit par méconnaissance ou par idées reçues qui persistent à travers les siècles, bon nombre de personnes concernées par l'obésité sont confrontées à des remarques, des jugements voire des critiques par le corps soignant. Aborder la question de la vie intime et affective chez les personnes en situation d'obésité peut représenter un défi pour les professionnels de santé. Ce thème se situe en effet à l'intersection de deux domaines encore largement tabous dans notre société : le poids et la sexualité, le rapport à l'intime. Ces deux dimensions sont fortement imprégnées de représentations sociales, de normes culturelles et de préjugés, susceptibles d'influencer à la fois les patients et les soignants.

Définitions et concepts

La santé sexuelle

La définition de la santé sexuelle retenue par le Haut Conseil de la santé publique repose sur celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité. La santé sexuelle nécessite une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles sources de plaisir et sans risques, ni coercition, discrimination et violence. Pour que la santé sexuelle puisse être atteinte et maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et garantis. »

La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, réalisée selon des modalités épanouissantes qui valorisent la personnalité, la communication et l'amour.

La santé affective et relationnelle

La santé affective et relationnelle désigne la capacité d'un individu à :

- Reconnaître, comprendre et réguler ses émotions (compétences émotionnelles),
- Établir et maintenir des relations interpersonnelles satisfaisantes et respectueuses,
- S'attacher aux autres de manière sécurisée (théorie de l'attachement),
- Communiquer de façon adaptée (assertivité, empathie),
- Et éprouver un bien-être dans ses liens sociaux et affectifs.

Elle fait partie intégrante de la santé globale, dans le sens défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui inclut le bien-être mental et social, pas seulement l'absence de maladie.

La grossophobie

La grossophobie (weight stigma ou weight bias) désigne l'ensemble des attitudes négatives, croyances stéréotypées, discriminations et comportements hostiles dirigés envers les personnes en raison de leur poids, en particulier lorsqu'elles sont perçues comme en situation d'obésité.
Elle peut être :

- Interpersonnelle (moqueries, rejet),
- Institutionnelle (inégalités dans les soins, l'emploi),
- Internalisée (auto-dévalorisation).

Ce terme a fait son entrée dans le Petit Robert en 2019. La grossophobie repose sur un ensemble de préjugés et de stéréotypes négatifs à l'égard des personnes en surpoids ou en situation d'obésité notamment en relation avec de supposées caractéristiques comportementales qui leur seraient attribuables ou dont elles seraient coupables. Le terme en lui-même est un néologisme apparu dans la langue française en 1994. La grossophobie se traduit par des discriminations dans plusieurs domaines de la vie, comme l'accès à l'emploi, aux soins médicaux et à l'éducation, et affecte également les relations interpersonnelles par le biais de critiques verbales et d'agressions humiliantes.

Cette attitude a des répercussions physiques et psychologiques délétères sur les personnes qui en sont victimes : risque de dépression plus élevé, moindre estime de soi, augmentation de la probabilité de développer des troubles du comportement alimentaire, défaillance du suivi médical. La souffrance occasionnée par la discrimination subie par un individu en surcharge pondérale peut aussi être aggravée du fait de l'intersectionnalité, s'ajoutant alors à d'autres formes de discriminations comme le sexisme, le mépris de classe, l'homophobie ou encore le racisme.

→ Pour aller plus loin : https://stereobesite.fr

Approche sociologique du corps dans notre société

Une maladie de la volonté

L'alimentation et l'activité physique sont deux mesures préventives essentielles pour lutter contre l'obésité et ses conséquences négatives sur la santé. Ces deux comportements sont modifiables, ce qui signifie que nous avons le pouvoir d'agir sur eux. Cependant, on sait également que tous deux relèvent d'une multitude de déterminants individuels, sociaux et environnementaux. Ainsi, au-delà de notre environnement moderne qui favorise la prise de poids, il est aussi admis que l'obésité est plus fréquente chez les personnes ayant un plus faible niveau socio-économique.

Pour cette raison, il est réducteur de croire que la façon dont nous nous alimentons et dont nous bougeons est simplement affaire de choix personnel. On sait que, dans un environnement « obésogène », les interventions centrées sur les personnes, tels que les conseils nutritionnels ou les recommandations en matière d'activité physique, sont peu efficaces à long terme. Pourtant, une part importante de la population attribue encore l'obésité à un manque de volonté.

→ Pour aller plus loin : l'ouvrage « Gros n'est pas un gros mot »

La représentation du corps

L'approche sociologique du corps considère celui-ci non seulement comme une réalité biologique, mais surtout comme une construction sociale, culturelle et symbolique. Le corps est façonné par des normes, des valeurs et des représentations qui varient selon les époques, les milieux sociaux et les contextes culturels. Il devient ainsi un support d'expression de l'identité, du statut social et des rapports de pouvoir. Les pratiques corporelles (alimentation, habillement, hygiène, activité physique) ne sont pas neutres : elles traduisent des processus de socialisation et d'intériorisation des normes. Par ailleurs, le regard porté sur les corps — qu'il s'agisse de critères esthétiques, de santé ou de performance — participe à la régulation sociale et peut générer des mécanismes d'inclusion ou d'exclusion.

Les représentations de la maladie

Dans une perspective sociologique, être malade ne relève pas uniquement d'un diagnostic médical, mais aussi d'une reconnaissance sociale. L'obésité illustre cette tension : elle est souvent perçue à travers des jugements moraux (manque de volonté, mauvaise hygiène de vie) plutôt que comme une pathologie, ce qui peut entraver sa légitimation en tant que maladie. Cette représentation sociale influence les trajectoires des individus, leur rapport au soin et leur accès à la prise en charge, tout en contribuant à des phénomènes de stigmatisation. Ainsi, l'obésité se situe à l'intersection de logiques médicales, sociales et symboliques, rendant sa définition comme maladie à la fois nécessaire pour l'action publique et problématique du point de vue sociologique.

→ À consulter : « L'anthropologie de la maladie » de François Laplantine

Du corps objet au corps vécu

La santé affective, relationnelle et sexuelle des personnes en situation d'obésité ne peut se limiter à une approche anatomique, fonctionnelle ou centrée sur les représentations corporelles ; elle engage plus largement la question du corps vécu, du rapport sensible à soi, du désir et de la capacité du sujet à se sentir habitable, désirable et en relation.

Dans ce contexte, marqué par des expériences fréquentes de jugement, de stigmatisation, de honte ou de médicalisation du corps, celui-ci peut progressivement être vécu comme un objet de regard, un espace défensif, parfois dissocié, voire comme un obstacle à la relation. Il apparaît alors essentiel d'ouvrir un espace clinique spécifique permettant la réappropriation du corps vécu et la reconfiguration des dynamiques du désir. Si le parcours de soins mobilise légitimement une lecture du corps à travers ses paramètres médicaux (poids, IMC, comorbidités), cette approche peut renforcer une objectivation du corps, rendant d'autant plus nécessaire l'accès à une autre dimension : celle du corps tel qu'il est éprouvé de l'intérieur.

Dans une perspective phénoménologique, distinguant le corps-objet (Körper) du corps vécu (Leib), il s'agit de reconnaître que l'expérience corporelle ne se réduit pas à l'image de soi mais inclut les sensations internes, le mouvement, la respiration, le toucher et le rapport à l'exposition. Le corps est ainsi moins un objet possédé qu'un lieu d'existence et de relation au monde, comme le rappellent notamment les travaux de Merleau-Ponty, tandis que Maine de Biran souligne l'importance du mouvement et de l'effort dans la construction du sentiment d'exister et de soi-même.

Chapitre 1 : Préjugés

Les préjugés et stigmatisations naissent du groupe et de la société en général, que nous intégrons dès le plus jeune âge, et tout au long de notre vie.

Les préjugés autour de l'obésité

Selon Le Petit Robert, un préjugé est une « croyance ou opinion préconçue, souvent imposée par le milieu ou l'époque ». Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) définit quant à lui le préjugé comme une « opinion a priori, favorable ou défavorable, que l'on se forme sur quelqu'un ou quelque chose en fonction de critères personnels ou d'apparences ».

Un préjugé est une opinion anticipée qui ne repose pas sur une connaissance réelle de la situation ou de la personne. Il se construit à partir des normes sociales, des croyances culturelles dominantes et de nos propres représentations internes, façonnées par notre éducation, notre environnement et nos expériences personnelles.

Appliqués à l'obésité, les préjugés peuvent prendre différentes formes. Il s'agit d'opinions négatives diffusées par les normes sociales dominantes liées :

- A la santé : un corps mince est plus performant qu'un corps gros (obésité = nécessairement une personne malade) ;

- A l'esthétique du corps : la beauté est souvent associée à un corps mince et athlétique, performant et conforme à des standards esthétiques actuels (obésité = laideur) ;

- Au comportement : des jugements implicites ou explicites peuvent porter sur la personnalité, les capacités ou les comportements des personnes concernées (obésité = manque de volonté, laisser aller, paresse, mauvaise hygiène de vie, TCA) ;

- Au niveau social : l'obésité est souvent liée à la malbouffe dans un contexte socio-économique défavorisé (gradient social de l'obésité) ;

- Aux relations, à la vie affective et sexuelle : l'idée selon laquelle les personnes en situation d'obésité seraient moins désirables et, par extension, moins aptes à entretenir des relations affectives ou sexuelles épanouies.

Dans ce contexte, on parle de grossophobie. Elle peut prendre différentes formes, propos hostiles, jugement, infantilisation ou réduction de l'individu à son poids. Elle peut se manifester dans les pratiques de soins et l'accueil des patients, notamment par la non-adaptation du mobilier et des objets (tensiomètre, table de soin, chaise...). La grossophilie existe aussi. C'est une fétichisation du corps obèse, une objectification du corps au détriment de la considération de l'autre comme être humain. Grossophobie et grossophilie sont autant à fuir car ces a priori nient le sujet au détriment de la relation.

Les préjugés liés au poids ne naissent pas uniquement dans la relation de soin. Ils se construisent très tôt, dans la famille, à l'école, dans les médias, dans les normes sociales, et sont intégrés progressivement par chacun, quel que soit son poids au final. Chez les personnes en situation d'obésité, cette exposition peut être particulièrement marquante, voire traumatisante, notamment lorsqu'elle commence dès l'enfance et repose sur :

- Les remarques répétées,
- Les moqueries,
- Les injonctions à maigrir ou,
- A "faire des efforts" ou,
- A se conformer à une norme.

La problématique véritable de ces préjugés est l'intégration propre par le patient souffrant d'obésité (en son for intérieur = stigmatisation internalisée) et la propagation de ces discours. Toutes ces paroles non aidantes, jugeantes à l'égard des personnes, sont d'une violence psychique telles que cela peut nettement aggraver la situation des patients renforçant une estime de soi et confiance en soi défavorables et les personnes en situation d'obésité vont elles-mêmes « préjuger » que telle ou telle situation censée être positive pour leur santé (exemple aller faire du sport) va mal se passer et sera néfaste pour leur santé mentale, se privant alors de fait d'une possibilité d'améliorer ou stabiliser la situation, cela renforce leur « inactivité », leur « attentisme » et leur capacité à demander de l'aide.

Les biais cognitifs dans la perception de l'obésité

Les préjugés sont soutenus et renforcés par des biais cognitifs, c'est-à-dire des mécanismes mentaux automatiques qui influencent notre manière de percevoir, d'interpréter et de mémoriser les informations. Un biais cognitif est une distorsion dans le traitement d'une information, susceptible de fausser le raisonnement et le jugement. Ces biais sont universels. Cependant, dans un contexte de soin, ils peuvent influencer la relation thérapeutique, l'écoute du patient et la prise de décision clinique.

Parmi les biais les plus susceptibles d'intervenir dans la perception des patients en situation d'obésité, on peut citer :

- Le biais de confirmation, qui correspond à la tendance à rechercher ou interpréter les informations de manière à confirmer nos idées préexistantes. Par exemple, un professionnel convaincu que l'obésité est principalement liée à une alimentation excessive pourra accorder davantage d'importance aux éléments allant dans ce sens et négliger d'autres facteurs (génétiques, hormonaux, psychologiques, sociaux).

- Le biais d'ancrage, qui consiste à accorder une importance disproportionnée à la première information disponible. Dans un contexte clinique, le poids du patient peut devenir l'élément dominant de l'analyse, orientant l'ensemble du raisonnement diagnostique ou thérapeutique. (Ex : vous voulez tomber enceinte : perdez du poids)

- Le biais de disponibilité, qui amène à privilégier les informations les plus facilement accessibles en mémoire, souvent parce qu'elles sont stéréotypées ou fréquemment évoquées dans les médias ou la culture populaire. C'est le cas par exemple d'associer fréquemment l'obésité à une alimentation excessive ou à un manque d'activité physique. Face à un patient en situation d'obésité, ces explications peuvent donc venir spontanément à l'esprit du soignant, faisant alors passer au second plan les raisons multifactorielles de l'obésité : des facteurs génétiques, hormonaux, métaboliques, psychologiques et socio-environnementaux.

- Le stéréotype, qui consiste à attribuer à un individu les caractéristiques supposées d'un groupe auquel il appartient, sans connaissance réelle de sa situation personnelle. Il peut exister un stéréotype selon lequel les personnes en situation d'obésité seraient moins actives, moins motivées à prendre soin de leur santé ou auraient nécessairement une alimentation déséquilibrée. Ces généralisations peuvent influencer la perception du patient et orienter les échanges cliniques, alors même que les situations individuelles sont extrêmement variées.

- Le biais de l'angle mort aussi connu sous le nom de biais de la tâche aveugle, illustre le fait que nous sommes certains que les biais cognitifs sont davantage présents chez les autres que chez nous.

Ces biais ne sont pas propres aux professionnels de santé : ils sont universels. Cependant, dans un contexte de soin, ils peuvent influencer la relation thérapeutique, l'écoute du patient et la prise de décision clinique.

Les préjugés des soignants concernant la vie intime des patients en situation d'obésité

Dans le domaine de la santé sexuelle et affective, certains préjugés peuvent apparaître, parfois de manière implicite. Une formulation fréquente, bien que rarement exprimée explicitement, peut se résumer par la pensée : « moi, à leur place… ».

Cette projection peut conduire à différentes interprétations erronées :

- Supposer qu'une personne en situation d'obésité aurait nécessairement une vie affective ou sexuelle insatisfaisante ;
- Imaginer qu'un partenaire ne pourrait pas être attiré par une personne en situation d'obésité ;
- Considérer qu'une sexualité active serait un indicateur incontournable de bonne santé.

Or, ces représentations reposent davantage sur des projections personnelles que sur des données objectives. La santé sexuelle, telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé, ne se résume pas à la fréquence de l'activité sexuelle. Une personne peut donc être en bonne santé sexuelle avec une vie sexuelle active, occasionnelle ou même absente, à condition que cette situation soit vécue de manière satisfaisante et en accord avec ses valeurs.

Il est également important de rappeler que l'intimité ne se limite pas à la sexualité génitale. Elle englobe un ensemble de dimensions relationnelles, affectives, sensorielles et corporelles propres à chaque individu et à chaque couple.

Les préjugés intériorisés par les patients

Eux aussi ont leurs propres préjugés et biais cognitifs lorsqu'ils sont face à des soignants. Ces préjugés sont souvent en lien avec l'expérience et leur vécu du milieu médical qu'ils ont croisés depuis le début de leur suivi.

Il existe des biais cognitifs retrouvés dans la relation patient/soignant vécu par le patient lui -même :

- Le biais d'autorité, qui correspond à la tendance à accorder davantage de crédit à l'opinion d'une figure perçue comme experte, même lorsque celle-ci repose sur des représentations simplifiées ou datées.

- La réactance : réaction négative et mécanisme de défense psychologique mis en place pour résister à une tentative perçue de restreindre la liberté et les choix d'un individu. (Psychologie inversée). Exemple : lorsqu'un patient entend pour la énième fois qu'il doit faire un régime, il rejette en bloc cette injonction.

Le préjugé de grossophobie systémique peut également être observé : du fait de son vécu, et par habitude, le patient va estimer que la personne en face d'elle est de facto grossophobe. Ce préjugé est une réaction de protection face aux rejets, moqueries, humiliations et autres harcèlements souvent vécus par ces patients depuis de longues années.

Les patients eux-mêmes peuvent également développer des représentations négatives liées à leur poids, souvent à la suite d'années d'expériences sociales marquées par la stigmatisation. Il n'est pas rare qu'ils anticipent certains comportements de la part des professionnels de santé, par exemple :

- « Ce soignant ne m'écoutera pas vraiment »
- « Il va me faire la morale sur mon poids »
- « Il va penser que tout vient de mon obésité ».

Ces attentes peuvent parfois conduire à une méfiance ou à une réticence à aborder certains sujets, notamment ceux liés à l'intimité ou à la sexualité. Il est également important de rappeler que les patients en situation d'obésité ont parfois conscience de leur corpulence ; évoquer la question du poids n'est généralement pas une révélation pour eux, mais la manière dont ce sujet est abordé peut influencer fortement la qualité de la relation de soin.

En tant que soignant, il est important d'identifier nos préjugés, nos biais cognitifs et nos propres tabous à aborder ce sujet et avoir conscience des probables préjugés et biais des patients.

A la lecture de ce chapitre, nous vous encourageons à vous poser la question suivante « ai-je un biais grossophobe ? »

Chapitre 2 : Mécanismes physiologiques et répercussions cliniques

Les expériences affectives et sexuelles des personnes en situation d'obésité sont extrêmement diverses, comme dans l'ensemble de la population.

L'élément central concerne le rapport au corps. Celui-ci peut être plus ou moins difficile selon l'histoire personnelle, le genre, les expériences de stigmatisation ou le degré d'acceptation de son image corporelle. Il peut y avoir une grande différence entre ce que les patients peuvent exprimer sur leurs difficultés relationnelles affectives et sexuelles et la réalité de leurs demandes.

L'obésité s'inscrit dans une dynamique multifactorielle impliquant des mécanismes endocriniens, métaboliques, mécaniques et psychosociaux. Ces interactions influencent directement la santé sexuelle, la fertilité et la qualité de vie globale.

Troubles hormonaux et impacts sur la sexualité

Les troubles hormonaux associés à l'obésité ont des répercussions significatives sur la sexualité, en raison de leurs effets à la fois physiologiques et psychologiques.

Chez la femme, le Syndrome des Ovaires PolyKystiques (SOPK) est fréquemment retrouvé en association avec l'obésité et constitue une cause majeure de troubles de la fertilité et de la fonction sexuelle. Les estimations varient selon les populations étudiées, mais les travaux de synthèse montrent qu'environ 50 à 75 % des femmes atteintes de SOPK sont en surpoids ou en obésité. Il est toutefois important de souligner que cette association est bidirectionnelle et complexe : l'obésité peut aggraver les manifestations du SOPK (troubles ovulatoires, hyperandrogénie, insulinorésistance), mais le SOPK peut également favoriser une prise de poids via des mécanismes endocrino-métaboliques. Ainsi, il ne s'agit pas d'un lien de causalité simple, mais d'une interaction physiopathologique et métabolique. Le SOPK se caractérise notamment par une hyperandrogénie, une insulinorésistance et des troubles de l'ovulation, entraînant des répercussions cliniques telles que des irrégularités du cycle menstruel, une potentielle subfertilité ainsi que des manifestations physiques comme l'hirsutisme ou l'acné. Ces éléments peuvent altérer l'image corporelle, fragiliser l'estime de soi et contribuer à une baisse du désir sexuel.

Chez l'homme, l'obésité est associée à un hypogonadisme fonctionnel, marqué par une diminution de la testostérone biodisponible, pouvant entraîner une baisse de la libido, des dysfonctions érectiles, une fatigue chronique et une réduction de la masse musculaire, avec un impact global sur la vitalité et la sexualité. Par ailleurs, les troubles thyroïdiens, notamment l'hypothyroïdie, peuvent également interférer avec la fonction sexuelle, en induisant une diminution du désir, des troubles de l'excitation, une fatigue importante et des perturbations de l'humeur.

L'ensemble de ces déséquilibres hormonaux illustre ainsi l'imbrication étroite entre métabolisme, santé endocrine et vie sexuelle, en particulier dans le contexte de l'obésité.

Dysfonctions sexuelles associées à l'obésité

Des troubles sexuels associés à l'obésité peuvent être observés et résultent d'une interaction complexe de facteurs biologiques, psychologiques et relationnels. Dans l'ensemble, la symptomatologie des troubles sexuels fonctionnels chez les personnes en situation d'obésité est la même que chez les normo-pondérés. La différence est souvent leur étiologie.

Chez l'homme, les troubles sexuels se manifestent principalement par une dysfonction érectile, une baisse du désir sexuel et des troubles de l'orgasme, de l'éjaculation, pouvant altérer de manière significative la qualité de vie intime.

Chez la femme, on observe également une diminution du désir sexuel, des dyspareunies, ainsi que des troubles de l'excitation et de la lubrification, pouvant aller jusqu'à des difficultés orgasmiques.

Ces manifestations s'expliquent par des mécanismes plurifactoriels. Sur le plan organique, les facteurs vasculaires jouent un rôle central, notamment à travers l'altération de la fonction endothéliale, qui peut compromettre la réponse sexuelle. Les déséquilibres hormonaux, fréquemment associés à l'obésité, contribuent également à ces dysfonctionnements, tout comme certains facteurs neurologiques pouvant perturber la transmission des signaux impliqués dans la réponse sexuelle. À cela s'ajoutent des éléments mécaniques, tels que les contraintes physiques ou les douleurs lors des rapports, qui peuvent limiter le confort et la fréquence des relations sexuelles. Certaines problématiques peuvent être associées à des atteintes du plancher pelvien. Toutefois, il est essentiel de ne pas réduire systématiquement ces troubles au seul facteur pondéral.

Fatigue, douleurs et mobilité

La fatigue est souvent multifactorielle, liée à des troubles du sommeil tels que l'apnée du sommeil, à un état inflammatoire chronique de bas grade, à la sédentarité ainsi qu'à des troubles métaboliques associés. Cet ensemble contribue à une diminution globale de l'énergie disponible, avec des répercussions directes sur la sexualité, notamment une baisse du désir sexuel, une réduction de la disponibilité relationnelle et, dans certains cas, des comportements d'évitement de l'intimité.

Par ailleurs, les douleurs articulaires et les limitations de mobilité constituent un autre facteur important. La surcharge mécanique exercée sur les articulations (notamment les genoux, les hanches et le dos) peut favoriser l'apparition ou l'aggravation d'une arthrose précoce, entraînant douleurs et raideurs. Ces contraintes physiques peuvent limiter certaines positions sexuelles, restreindre le répertoire sexuel et générer une appréhension des rapports. L'hypersudation est également un facteur pouvant impacter la relation intime. Progressivement, cela peut réduire la spontanéité des interactions intimes et participer à une diminution de la fréquence des relations sexuelles, soulignant ainsi l'impact global de l'obésité sur la qualité de la vie sexuelle.

Effets des traitements et interventions médicales

Les traitements de l'obésité et de ses comorbidités peuvent avoir des effets contrastés sur la fonction sexuelle et l'image corporelle. La chirurgie bariatrique, en particulier, est associée à des effets positifs potentiels tels qu'une amélioration des paramètres métaboliques, une augmentation de la mobilité et, chez certaines personnes, une amélioration de la fonction sexuelle, notamment via la reprise de l'activité physique, la diminution des comorbidités et une meilleure aisance corporelle. Toutefois, ces bénéfices doivent être nuancés par des effets secondaires ou des limites possibles : l'excès cutané peut altérer l'image corporelle, créant un décalage entre la transformation physique et l'image mentale du corps, parfois source de souffrance psychologique. Des troubles psychiques transitoires peuvent également survenir, et des attentes irréalistes quant aux résultats de la chirurgie peuvent conduire à une forme de désillusion, avec un impact indirect sur la vie intime et relationnelle.

Par ailleurs, les traitements psychotropes utilisés dans certaines prises en charge associées (notamment des comorbidités anxiodépressives) peuvent également influencer la sexualité. Les antidépresseurs, neuroleptiques et anxiolytiques sont susceptibles d'induire une baisse du désir sexuel, des troubles de l'excitation et des difficultés orgasmiques. Certains de ces traitements peuvent aussi entraîner une prise de poids iatrogène, selon les molécules utilisées, ce qui peut aggraver les difficultés initiales liées à l'image corporelle. Ainsi, la prise en charge thérapeutique de l'obésité et de ses conséquences nécessite une approche globale, attentive aux effets croisés entre santé somatique, psychique et sexuelle.

Fertilité, contraception et grossesse

Dans le domaine de la fertilité, de la contraception et de la grossesse, l'obésité constitue un facteur d'influence important, en raison de ses effets hormonaux, métaboliques et vasculaires. Sur le plan de la fertilité, elle est associée à des altérations de l'ovulation, notamment dans le cadre du syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) et d'autres déséquilibres hormonaux, pouvant entraîner une diminution de la qualité ovocytaire chez la femme et spermatique chez l'homme. Ces perturbations se traduisent fréquemment par une augmentation du délai de conception et, dans certains cas, par une subfertilité.

Au cours de la grossesse, l'obésité est associée à une majoration de certains risques obstétricaux et métaboliques, tels que le diabète gestationnel, l'hypertension gravidique et diverses complications obstétricales. Ces éléments nécessitent une surveillance renforcée.

Enfin, en matière de contraception, plusieurs points de vigilance doivent être pris en compte. L'efficacité de certaines méthodes peut varier en fonction du poids ou de la masse grasse, et certaines contraceptions hormonales sont associées à un risque thromboembolique à évaluer chez les personnes présentant une obésité. Ces éléments soulignent la nécessité d'un conseil contraceptif individualisé, tenant compte du profil médical global, des facteurs de risque et des préférences de la personne.

Facteurs psychologiques et sociaux

L'obésité s'accompagne fréquemment d'enjeux psychologiques et sociaux qui influencent de manière significative la santé sexuelle, en particulier à travers l'image corporelle et l'estime de soi. Une altération de l'image du corps peut conduire à une perception négative de soi-même, avec des répercussions directes sur la sexualité, telles qu'une diminution du désir sexuel, une difficulté à se montrer nu ou vulnérable, un évitement de l'intimité et, dans certains cas, une réduction du plaisir sexuel.

Cette dynamique est souvent renforcée par des expériences de stigmatisation et de jugement social. Les personnes concernées peuvent être confrontées à des situations répétées de discrimination dans différents contextes, y compris dans le domaine médical, où le regard des professionnels peut parfois être vécu comme normatif ou jugeant. Ces expériences favorisent l'intériorisation de la stigmatisation, c'est-à-dire l'intégration des représentations négatives du corps obèse, ce qui impacte durablement la relation à soi et aux autres et favorise l'isolement social (cf. chapitre 1). Les injonctions socio-normatives mettent beaucoup de pression sur les comportements, sur le corps, sur les jugements vis à vis de soi-même et des autres.

Sur le plan psycho-émotionnel, plusieurs mécanismes contribuent à ces difficultés, notamment l'anxiété de performance dans les situations intimes, la honte corporelle, l'hypervigilance dans les interactions sexuelles et un désinvestissement progressif de la sexualité. Ces processus peuvent s'autoentretenir et renforcer le retrait relationnel.

Le célibat subi est une situation observée. Dans notre société de l'image, il est plus difficile pour des personnes en situation d'obésité de faire des rencontres amoureuses du fait de la grossophobie (trois fois plus de risque de rester célibataire en tant que femme en surpoids (*INSERM ; 2010*), ou d'entretenir des relations saines, avec des risques de faire des rencontres basées sur de la grossophilie (qui est une forme de fétichisation, ce qui ne pose pas de souci si tous les partenaires sont au clair avec cette situation, ce qui est rarement le cas, ce qui devient alors malsain pour la personne fétichisée).

Les personnes en situation d'obésité rencontrent souvent un isolement et une grande solitude. Pour compenser l'absence d'intimité, différentes stratégies peuvent être mise en place : sexualité tarifée, usage excessif de la pornographie, conduites à risque.

Ainsi, l'impact global sur le désir sexuel ne peut être réduit à des facteurs biologiques ou hormonaux : il résulte également d'une fatigue émotionnelle, d'une perte de confiance en soi, de la difficulté à se sentir désirable et du vécu, réel ou anticipé, de rejet. L'ensemble de ces dimensions souligne l'importance d'une approche globale et non stigmatisante de la santé sexuelle chez les personnes en situation d'obésité.

Chapitre 3 : Approche diagnostique et anamnèse

L'approche diagnostique de la sexualité et l'obésité doit s'appuyer sur une posture bienveillante, non stigmatisante et centrée sur la personne. Elle vise à permettre l'expression des difficultés liées au poids, à la santé sexuelle et au bien-être psychologique, tout en favorisant l'alliance thérapeutique et la confiance.

Comment poser la question du poids sans stigmatiser ?

L'approche non stigmatisante commence par demander la permission au patient d'aborder le sujet du poids. Il est essentiel d'utiliser un langage centré sur la personne (par exemple, "personne avec obésité" plutôt que "personne obèse") et d'éviter les termes perçus comme offensants tels que "obèse", "gros" ou "en surpoids". Les termes préférés incluent "poids non optimal pour la santé", "prise de poids excessive", ou simplement "poids".
Il est recommandé de demander l'accord de la personne avant d'aborder le sujet *:*

- *Est-ce que vous seriez d'accord pour que nous parlions de votre poids et de son impact éventuel sur votre santé ? ;*
- *Je suis préoccupé par votre poids car il peut augmenter le risque de certaines pathologies. Est-ce quelque chose qui vous préoccupe également ? Souhaitez-vous en discuter ensemble ?*

Il faut créer un environnement respectueux avec du mobilier adapté à toutes les morphologies, proposer au patient de le peser en privé s'il le souhaite, et reconnaître que les difficultés de gestion du poids sont complexes et multifactorielles.
L'objectif est de comprendre comment le poids influence la santé physique, psychologique et relationnelle, y compris la vie affective et sexuelle. L'écoute active et la reconnaissance des expériences de stigmatisation éventuellement vécues par la personne sont essentielles pour instaurer un climat de confiance

Comment aborder la sexualité ?

La sexualité doit être abordée comme une dimension normale de la santé et du bien-être. Elle nécessite une approche proactive, intégrée et centrée sur le patient, caractérisée par le respect, la compassion et une attitude non jugeante. Il est recommandé de créer un espace sécurisé en formant les professionnels à identifier leurs propres biais implicites concernant la sexualité.
L'utilisation de questions ouvertes facilite le dialogue : « *Comment décririez-vous votre santé sexuelle ?*». Il est important de normaliser la conversation en expliquant que la santé sexuelle fait partie intégrante de la santé globale : « *La sexualité est un aspect important de la santé et du bien-être pour beaucoup de personnes. Y a-t-il des préoccupations sexuelles dont vous souhaitez discuter ?* ».
L'approche doit être adaptée à tous les patients, indépendamment de leur orientation sexuelle, identité de genre ou âge. Il est important d'utiliser un langage compréhensible et non jugeant (« *Quel est le genre de vos partenaires sexuels ?* ») et un langage normalisant.

Comment faire l'anamnèse sexuelle ?

L'anamnèse sexuelle structurée utilise le modèle des "5 P":

- Partenaires (nombre, genre des partenaires actuels et passés),
- Pratiques (types d'activités sexuelles : vaginales, anales, orales),
- Protection contre les IST (utilisation de préservatifs, discussion sur la prévention),
- Passé d'IST (antécédents personnels et des partenaires),
- Projet de grossesse (intentions reproductives, contraception).

L'anamnèse doit également explorer l'identité sexuelle et de genre, la nature et la durée des symptômes, la présence de détresse personnelle, les facteurs liés au partenaire (santé, fonction sexuelle), la qualité de la relation et la communication, les antécédents de violence ou d'abus, l'image corporelle et l'utilisation de médicaments ou substances. Pour les dysfonctions sexuelles, il faut identifier le domaine affecté (désir, excitation, orgasme, douleur), la temporalité des symptômes et leur évolution.

Dans le contexte de l'obésité, il est pertinent d'explorer l'impact du poids sur l'estime de soi, la confiance dans les relations intimes et les éventuelles limitations physiques. L'anamnèse doit toujours se faire dans le respect de l'intimité de la personne, en laissant la possibilité de ne pas répondre à certaines questions.
L'utilisation de questions spécifiques adaptées à l'âge et au contexte est essentielle.

Quels outils et questionnaires utiliser ?

Thématique	**Questionnaire**
Dépistage de la dépression	PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) Ou Beck BDI 21
Anxiété	GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7).
Dysfonctions sexuelles féminines	Female Sexual Function Index (FSFI, 19 items) évalue six domaines (désir, excitation, lubrication, orgasme, satisfaction, douleur) et le Female Sexual Distress Scale-Revised (13 items) mesure la détresse associée.
Dysfonctions sexuelles masculines	International Index of Erectile Function-5 (IIEF-5) et le Brief Male Sexual Function Inventory
TCA	BES (Binge Eating Scale) SCOFF (5 questions) Eating Disorder Screen for Primary Care (EDS-PC)
Image corporelle et estime de soi	Body Image Scale ou la Rosenberg Self-Esteem Scale

Ces outils doivent être utilisés comme supports à la discussion.

Comment repérer les troubles du comportement alimentaire ?

Le repérage des troubles du comportement alimentaire repose sur la surveillance du poids lors des consultations régulières, en recherchant des changements rapides pour lesquels il faut chercher une explication. L'évaluation initiale doit inclure l'historique pondéral (poids maximum et minimum, changements récents), la présence et les patterns de restriction alimentaire, d'évitement alimentaire, de crises de boulimie, les comportements compensatoires (vomissements provoqués, utilisation de laxatifs, exercice compulsif, restriction alimentaire), le répertoire alimentaire (variété, élimination de groupes alimentaires), le pourcentage de temps préoccupé par l'alimentation, le poids et l'image corporelle et l'impact psychosocial.

Le BES (Binge Eating Scale) est un questionnaire d'autoévaluation conçu pour repérer la présence et l'intensité des symptômes d'hyperphagie boulimique (trouble caractérisé par des épisodes récurrents de consommation excessive de nourriture accompagnés d'un sentiment de perte de contrôle) et de boulimie. Il a été développé par Gormally et ses collaborateurs en 1982. Sa version française a été validée par l'équipe du Pr Brunault en 2016.

Le questionnaire comprend 16 items, chacun proposant plusieurs affirmations décrivant des comportements, émotions et pensées liés à l'alimentation (par exemple : perte de contrôle, culpabilité après avoir mangé, préoccupations alimentaires ou quantité de nourriture consommée). Chaque réponse est associée à un score, permettant d'obtenir un résultat global.

Le BES est principalement utilisé comme outil de dépistage et non comme un outil diagnostique. Un score élevé suggère la possibilité d'une hyperphagie boulimique cliniquement significative et peut justifier une évaluation plus approfondie par un professionnel de santé. Les questionnaires sont intéressants mais ne remplacent pas une évaluation clinique avec les critères diagnostiques classiques DSM ou CIM, qui nécessitent une évaluation par un professionnel formé.

Comment repérer les troubles anxiodépressifs ?

Le repérage des troubles anxiodépressifs utilise des outils de dépistage validés administrables en quelques minutes. Pour la dépression, le PHQ-2 (2 questions sur l'anhédonie et l'humeur dépressive) constitue un premier niveau de dépistage rapide ; si positif (≥2), il doit être complété par le PHQ-9 qui évalue les neuf critères diagnostiques du DSM sur les deux dernières semaines. Un score PHQ-9 ≥10 suggère une dépression majeure probable nécessitant une évaluation approfondie.

Pour l'anxiété, le GAD-2 (2 questions sur la nervosité et l'incapacité à contrôler les inquiétudes) sert de dépistage initial ; si positif (≥3), le GAD-7 permet une évaluation plus complète des symptômes anxieux sur les deux dernières semaines. Un score GAD-7 ≥10 indique une anxiété généralisée probable.
Il est essentiel de rechercher les comorbidités fréquentes : la dépression est présente chez 20-70% des patients avec troubles anxieux et les troubles de l'usage de substances concernent 16,5% des patients anxieux. L'évaluation doit également inclure le risque suicidaire, particulièrement en cas de comorbidité anxiodépressive qui augmente significativement ce risque. Ces outils peuvent être réadministrés mensuellement pour suivre l'évolution des symptômes sous traitement.

Chapitre 4 : Accompagnement médical et thérapeutique

L'accompagnement des personnes en situation d'obésité dans leur vie intime et sexuelle repose sur une approche globale, intégrant des dimensions médicales, fonctionnelles, psychologiques et relationnelles. Il nécessite une coordination entre différents professionnels et une individualisation des interventions.

Acteurs de la santé sexuelle : rôles, limites et travail collaboratif

La prise en charge de la santé sexuelle dans le contexte de l'obésité repose sur une approche pluridisciplinaire, mobilisant différents professionnels aux compétences complémentaires. Le médecin généraliste joue un rôle central de coordination, de dépistage et d'orientation dans le parcours de soins. Les gynécologues, andrologues et urologues assurent la prise en charge spécialisée des troubles organiques et fonctionnels. Les sages-femmes interviennent dans le suivi gynécologique, la santé périnéale et l'accompagnement de la santé sexuelle, en particulier chez les femmes. Les sexologues et psychologues apportent un soutien spécifique sur les dimensions psychosexuelles, émotionnelles et relationnelles. Les kinésithérapeutes contribuent notamment à la rééducation périnéale et à la réhabilitation fonctionnelle, tandis que les enseignants en activité physique adaptée (APA) accompagnent la reprise du mouvement dans une logique progressive et sécurisée. Enfin, les diététiciens participent à l'accompagnement nutritionnel, en lien avec les enjeux globaux de santé.

La qualité de cette prise en charge repose sur une collaboration structurée entre professionnels. Celle-ci suppose de clarifier les champs de compétences de chacun, de respecter les limites de pratique et de favoriser une communication régulière et cohérente entre intervenants. Le partage d'informations pertinentes, dans le respect du secret professionnel, permet de renforcer la continuité du parcours de soins. L'ensemble de ces acteurs s'inscrit dans une logique de co-construction avec la personne concernée, afin d'adapter les objectifs et les modalités d'accompagnement à ses besoins, ses priorités et son vécu.

Principes généraux de prise en charge

La prise en charge de la santé sexuelle chez les personnes en situation d'obésité s'inscrit dans une approche globale, dite bio-psycho-sociale, prenant en compte les dimensions biologiques, psychologiques et sociales de la santé. Elle ne peut se limiter aux seules dimensions physiologiques, mais doit intégrer pleinement le vécu corporel, émotionnel et relationnel de la personne. Les objectifs thérapeutiques doivent être individualisés, définis en fonction des besoins, des attentes et du rythme de chaque patient. Une attention particulière doit être portée à la prise en compte des comorbidités fréquemment associées (diabète, hypertension artérielle, troubles hormonaux, etc.), ainsi qu'à leurs effets possibles sur la fonction sexuelle et la qualité de vie. Le respect du rythme de la personne, de ses priorités et de son consentement constitue un principe fondamental de l'accompagnement. Cette posture permet de garantir une prise en charge à la fois adaptée, non stigmatisante et centrée sur l'autonomie de la personne.

Traitement des dysfonctions sexuelles spécifiques

Dysfonction érectile

La dysfonction érectile est fréquente dans le contexte de l'obésité et peut être d'origine multifactorielle, associant des composantes vasculaires, hormonales, psychologiques et iatrogènes. Cette complexité nécessite une évaluation globale et structurée, intégrant à la fois les dimensions somatiques et psycho-sexuelles.

La prise en charge repose en premier lieu sur l'identification et le traitement des facteurs de risque cardio-métaboliques associés (diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie, syndrome métabolique), en lien avec les recommandations médicales en vigueur. Lorsque cela est indiqué, un traitement médicamenteux peut être proposé dans le cadre d'un suivi médical adapté.

Au-delà de l'approche organique, il est essentiel d'intégrer la dimension psychologique, notamment le travail sur l'anxiété de performance, les croyances négatives et les éventuelles expériences d'échec ou de stigmatisation. Une approche psycho-sexuelle, éventuellement en lien avec un sexologue ou un psychologue formé, permet d'accompagner la reprise de confiance, de restaurer une dynamique de désir et de favoriser une sexualité moins centrée sur la performance. Cette prise en charge combinée, bio-psycho-sociale, est essentielle pour améliorer durablement la qualité de vie sexuelle des personnes concernées.

Vignette clinique - Dysfonction érectile

Contexte :
Monsieur L., 52 ans, consulte pour une dysfonction érectile évoluant depuis 18 mois. Il présente une obésité, un diabète de type 2 et une hypertension artérielle.

Éléments cliniques :
Troubles de l'érection progressifs
Fatigue, baisse de l'estime de soi
Évitement des rapports sexuels
Crainte d'un jugement de la partenaire

Analyse :
Dysfonction érectile multifactorielle : composante vasculaire, métabolique et psychologique.

Prise en charge proposée :
Évaluation cardio-métabolique
Traitement médicamenteux si indiqué
Travail sur l'anxiété de performance
Orientation vers un accompagnement sexologique
→ Ne pas réduire la dysfonction à une cause organique : importance de l'approche globale.

Dyspareunie

La dyspareunie, définie comme des douleurs génitales survenant lors des rapports sexuels, est fréquemment rencontrée chez les personnes en situation d'obésité. Elle peut être liée à des facteurs organiques (sécheresse vulvo-vaginale, hypertonie du plancher pelvien, troubles inflammatoires ou hormonaux) et/ou à des facteurs psychologiques (anxiété, anticipation de la douleur, expériences sexuelles négatives, image corporelle dégradée).

La prise en charge repose d'abord sur l'identification et le traitement des causes somatiques lorsqu'elles sont présentes. La rééducation périnéale occupe une place centrale, notamment en cas d'hypertonie ou de troubles fonctionnels du plancher pelvien, afin de restaurer un meilleur contrôle musculaire et de diminuer les douleurs. Un travail spécifique peut également être mené sur les mécanismes de tension, de protection corporelle et de gestion de la douleur, en lien avec des professionnels formés.

Une approche progressive de la reprise de la sexualité est recommandée, respectant le rythme de la personne et favorisant des expériences positives et non douloureuses. L'accompagnement peut inclure un travail psycho-sexuel visant à réduire l'anticipation anxieuse, à restaurer la confiance corporelle et à élargir les représentations de la sexualité au-delà de la pénétration. Cette approche globale permet de réduire la chronicisation des douleurs et d'améliorer la qualité de vie sexuelle.

Vignette clinique – Dyspareunie et hypertonie périnéale

Contexte :
Madame R., 38 ans, consulte pour des douleurs lors des rapports depuis plusieurs années. Elle est en situation d'obésité et évoque un inconfort corporel important.

Éléments cliniques :
Douleurs à la pénétration

Appréhension anticipatoire
Évitement progressif des rapports
Discours négatif sur son corps

Analyse :
Dyspareunie avec probable hypertonie périnéale associée à une dimension psychosexuelle.

Prise en charge proposée :
Rééducation périnéale
Travail sur le relâchement musculaire
Accompagnement psycho sexologique
Reprise progressive des rapports sans objectif de performance
→ Lien étroit entre tension corporelle, douleur et vécu psychique.

Troubles du désir

Les troubles du désir sexuel sont fréquents dans le contexte de l'obésité et s'inscrivent le plus souvent dans une dynamique multifactorielle. Ils peuvent être liés à des facteurs biologiques (fatigue, comorbidités, traitements), psychologiques (image corporelle, estime de soi, anxiété, vécu de stigmatisation) et relationnels (qualité du lien, communication dans le couple, contexte de vie), ainsi qu'au contexte médical global.

La prise en charge repose sur une exploration globale et individualisée des déterminants du désir, en tenant compte à la fois des dimensions personnelles et relationnelles. Un travail spécifique sur l'image corporelle et le rapport au corps est souvent central, afin de réduire les affects négatifs associés à la sexualité et de restaurer une relation plus apaisée à soi-même.

Il est également pertinent de favoriser une réappropriation progressive de la sensualité, en dehors des logiques de performance sexuelle, afin de permettre la redécouverte du plaisir sous des formes variées et non exclusivement centrées sur l'acte sexuel. Enfin, un accompagnement psychothérapeutique peut être indiqué, notamment pour travailler sur les dimensions émotionnelles, identitaires et relationnelles du désir, et soutenir une évolution durable de la vie sexuelle.

Vignette clinique – Troubles du désir et image corporelle

Contexte :
Madame S., 45 ans, en couple, consulte pour une baisse du désir sexuel. Elle décrit un mal-être important lié à son image corporelle.

Éléments cliniques :
Désinvestissement de la sexualité
Évitement du regard du partenaire
Difficulté à se montrer nue
Relation de couple stable mais peu communicante sur la sexualité

Analyse :
Trouble du désir avec forte composante d'image corporelle et de communication conjugale

Prise en charge proposée :
Travail sur l'image corporelle
Thérapie de couple (amélioration de la communication)
Réintroduction progressive de moments d'intimité non sexualisés
Approche psycho sexologique
→ Le désir ne peut être dissocié du rapport au corps et à l'autre.

Au-delà du désir sexuel au sens fonctionnel, il paraît essentiel d'explorer la structure du désir. Les travaux de Jean-Michel Oughourlian, dans la lignée de René Girard, apportent un éclairage clinique particulièrement fécond.

Le désir n'émerge pas uniquement d'un besoin interne ou d'une pulsion biologique. Il est aussi mimétique : nous désirons à partir de modèles, de figures de référence, de scènes intériorisées. Le clinicien peut ainsi explorer avec le patient ce que l'on pourrait appeler un patchwork de modèles du désir :

- Modèles familiaux,
- Modèles culturels,
- Normes corporelles intériorisées,
- Figures médiatiques,
- Expériences relationnelles passées.

Certaines personnes se construisent à partir de modèles massivement excluants, où le corps désirable serait nécessairement mince, performant, jeune, conforme aux normes sociales. Cette internalisation peut contribuer à une auto-exclusion du champ du désir. À l'inverse, il peut être très aidant de travailler à partir de modèles identificatoires alternatifs, permettant d'ouvrir la possibilité du désir et de la désirabilité.

Certaines figures publiques ou artistiques incarnant des corporalités non normatives peuvent constituer des médiations cliniques particulièrement pertinentes autour de la pluralité des formes du désir et de la désirabilité.

Le travail clinique peut alors s'appuyer sur cette question :

À partir de quels modèles avez-vous appris ce qu'est un corps désirable ?

Traitements musculaires et fonctionnels

L'obésité peut avoir des répercussions significatives sur la fonction périnéale, avec des conséquences potentielles sur la continence, la statique pelvienne et la sexualité. La prise en charge repose sur une approche globale, intégrant les dimensions mécaniques, fonctionnelles et psychocorporelles, et nécessite une évaluation individualisée préalable.

Deux types d'altérations fonctionnelles peuvent être observés, parfois de manière associée ou alternée. L'hypotonie périnéale correspond à une faiblesse musculaire pouvant entraîner une diminution du soutien des organes pelviens ainsi qu'une baisse des sensations sexuelles. À l'inverse, l'hypertonie périnéale, souvent moins identifiée mais fréquente, se caractérise par une tension musculaire chronique pouvant être associée à des douleurs, notamment lors des rapports (dyspareunie), ainsi qu'à des difficultés de relâchement. La coexistence ou l'alternance de ces deux tableaux rend indispensable une évaluation clinique précise, permettant d'objectiver le tonus musculaire, la capacité de contraction et de relâchement, la coordination ainsi que la perception corporelle.

Dans ce cadre, l'activité physique adaptée (APA) constitue un levier thérapeutique important. Elle permet une amélioration progressive de la condition physique, avec des effets positifs sur l'image corporelle, l'estime de soi et, indirectement, sur la fonction sexuelle.

La rééducation périnéale occupe également une place centrale dans la prise en charge. Elle vise à travailler le tonus musculaire en cas d'hypotonie ou d'hypertonie, à améliorer le confort et les sensations corporelles et à contribuer à la réduction des douleurs lorsqu'elles sont présentes. Cette approche s'inscrit dans une démarche progressive et individualisée, en lien avec les autres dimensions de la santé sexuelle.

Erreurs fréquentes à éviter :

Confondre systématiquement obésité et hypotonie périnéale
L'obésité n'entraîne pas uniquement une faiblesse musculaire
Une hypertonie périnéale est fréquente mais sous-diagnostiquée
Risque : proposer un renforcement inadapté voire aggravant

Négliger la dimension sexuelle dans l'évaluation
Se limiter aux symptômes urinaires ou prolapsus
Omettre l'évaluation de la douleur pendant les rapports, la diminution du plaisir, l'évitement sexuel

Sous-estimer l'impact du vécu corporel
Ne pas explorer la honte, la gêne ou l'évitement
Ignorer les antécédents de soins vécus comme humiliants
Ne pas tenir compte du regard porté sur le corps

Vignette clinique – Rééducation périnéale et redécouverte des sensations

Contexte :
Madame B., 41 ans, consulte après plusieurs grossesses et une prise de poids importante. Elle évoque une diminution des sensations sexuelles.

Éléments cliniques :
Hypotonie périnéale
Baisse des sensations lors des rapports
Gêne corporelle

Analyse :
Atteinte fonctionnelle du plancher pelvien avec impact sexuel.

Prise en charge proposée :
Rééducation périnéale
Travail sur la conscience corporelle
Réappropriation progressive des sensations
Association possible avec APA

Le travail corporel peut améliorer directement la qualité de la vie sexuelle.

Le mouvement ne doit pas être réduit à une prescription d'activité physique. Il peut constituer un levier de restauration de la continuité corps-psyché. Les approches à médiation corporelle, notamment la pédagogie perceptive et les approches corporelles éducatives offrent ici un cadre particulièrement pertinent.

Les travaux de Danis Bois, Eve Berger, Hélène Bourhis et Isabelle Bertrand montrent l'intérêt de ces approches dans la prise en charge de l'obésité, notamment sur :

- Le rapport au corps,
- L'observance thérapeutique,
- La régulation émotionnelle,
- L'estime de soi,
- L'intégration des changements.

Ce travail permet une exploration de la lenteur, du ressenti, la qualité du geste, l'écoute interne, la perception fine du corps en mouvement. Il peut contribuer à restaurer l'estime corporelle, ouvrir la sensualité, diminuer l'évitement de soi, soutenir le retour à la relation.

Approches psycho-sexologiques et psychosociales

La dimension psychique et relationnelle occupe une place centrale dans la prise en charge des difficultés de santé sexuelle chez les personnes en situation d'obésité. Les représentations du corps, l'estime de soi, l'anxiété de performance, ainsi que les expériences relationnelles et parfois de stigmatisation, influencent fortement la vie sexuelle et le vécu intime.

Plusieurs modalités d'accompagnement peuvent être mobilisées, seules ou en combinaison selon les besoins. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) permettent notamment de travailler sur les pensées dysfonctionnelles, les comportements d'évitement et l'anxiété associée aux situations sexuelles. Les thérapies de couple, telles que l'approche IMAGO, peuvent favoriser la compréhension mutuelle, améliorer la communication et soutenir une dynamique relationnelle plus sécurisante. Un travail spécifique sur l'image corporelle constitue également un axe central, visant à atténuer les affects négatifs liés au corps et à restaurer une relation plus apaisée à soi-même. Enfin, les thérapies à médiation corporelle peuvent aider à réinvestir les sensations corporelles de manière progressive et sécurisée.

Ces approches poursuivent plusieurs objectifs complémentaires : réduire l'anxiété et les comportements d'évitement, restaurer une sexualité satisfaisante et adaptée aux attentes de la personne, favoriser la communication au sein du couple, et permettre un réinvestissement positif du corps dans sa dimension sensible et relationnelle. Elles peuvent être proposées en individuel ou en couple, et doivent systématiquement être ajustées à la situation relationnelle, au vécu et aux ressources de la personne.

Spécificités de la chirurgie bariatrique

La chirurgie bariatrique entraîne des transformations corporelles, métaboliques et psychiques majeures susceptibles d'avoir un impact direct et indirect sur la santé sexuelle. Ces évolutions doivent être envisagées dans une perspective globale et dans la durée, car leurs effets peuvent être à la fois positifs et sources de difficultés d'adaptation.

Sur le plan sexuel, une amélioration de certaines fonctions peut être observée chez de nombreux patients, notamment en lien avec la perte de poids, l'amélioration des comorbidités et du confort corporel. Toutefois, ces bénéfices coexistent parfois avec des vécus plus ambivalents, en particulier concernant l'image corporelle, qui peut rester altérée malgré la transformation physique. L'excès cutané post-perte de poids peut également constituer une gêne fonctionnelle et psychologique dans la vie intime. Par ailleurs, la chirurgie s'accompagne souvent de réajustements identitaires et relationnels importants, pouvant influencer la dynamique du couple et le rapport à l'intimité.

Dans ce contexte, plusieurs points de vigilance doivent être intégrés à l'accompagnement. Une évaluation est indispensable et un suivi psychologique est fréquemment recommandé afin de soutenir les ajustements identitaires et émotionnels. Il est également essentiel d'anticiper et d'accompagner les attentes parfois idéalisées ou irréalistes concernant les effets de la chirurgie sur la vie sexuelle et relationnelle. Enfin, un suivi à long terme est nécessaire, afin de prendre en compte l'évolution des représentations corporelles, des relations et de la sexualité dans la durée, au-delà des premiers mois post-intervention.

La chirurgie plastique post-bariatrique (ou chirurgie reconstructrice) peut être envisagée pour traiter l'excès cutané important après une perte de poids massive. Elle concerne notamment des zones comme l'abdomen, les bras, les cuisses ou la poitrine. Au-delà de l'amélioration fonctionnelle (inconfort, irritations, gêne dans les mouvements), elle peut avoir un impact significatif sur l'image corporelle et le vécu de la sexualité. En France, la chirurgie réparatrice après une chirurgie bariatrique (sleeve, bypass, anneau gastrique, etc.) peut être remboursée par l'Assurance Maladie, mais seulement lorsqu'elle est considérée comme réparatrice et non purement esthétique. Les conditions de remboursement seront à évaluer avec le médecin.

Vignette clinique – Après chirurgie bariatrique

Contexte :
Madame D., 34 ans, opérée d'une chirurgie bariatrique il y a 2 ans, consulte pour des difficultés dans sa vie sexuelle.

Éléments cliniques :
Perte de poids importante
Excès cutané gênant
Amélioration initiale de la confiance, puis ambivalence
Difficultés dans la relation de couple

Analyse :
Remaniement identitaire post-chirurgical avec décalage entre transformations physiques et appropriation psychique.

Prise en charge proposée :
Accompagnement psychologique
Travail sur l'image corporelle réelle vs perçue
Soutien dans la communication de couple
Orientation si besoin vers chirurgie plastique et reconstructrice

La perte de poids ne résout pas de facto les difficultés sexuelles ou relationnelles.

Recommandations de bonnes pratiques dans le traitement de l'obésité

Les recommandations de la HAS relatives à la prise en charge de l'obésité insistent sur la nécessité d'une approche globale, personnalisée et non stigmatisante centrée sur la personne et son vécu. Il est recommandé de privilégier des objectifs de santé globale et d'amélioration de la qualité de vie plutôt qu'une focalisation exclusive sur la perte pondérale. Les discours culpabilisants ou normatifs doivent être évités, au profit d'un accompagnement soutenant, favorisant des changements progressifs, réalistes et durables dans les habitudes de vie.

Dans cette perspective, la santé sexuelle doit être pleinement intégrée comme une composante à part entière de la qualité de vie et du bien-être global dès le parcours préopératoire et bien sûr en postopératoire. La prise en charge s'inscrit ainsi dans un parcours coordonné, pluridisciplinaire et accessible, respectueux du rythme, des priorités et du vécu des personnes concernées.

→ Pour aller plus loin : Recommandations de prise en charge HAS, obésité de l'adulte, 2024

Chapitre 5 : Dépister les violences physiques, affectives et sexuelles

Qu'en pensent les patients ?

Il est aujourd'hui reconnu que les personnes en situation d'obésité ont plus fréquemment été exposées à des violences au cours de leur vie, notamment des violences psychologiques, affectives ou sexuelles. Ces expériences peuvent précéder la prise de poids, mais aussi parfois survenir après, du fait de la vulnérabilité sociale et relationnelle liée à la stigmatisation.

Chez certaines personnes, la prise de poids peut s'inscrire dans une histoire traumatique. Le rapport au corps devient alors complexe, douloureux, parfois dissocié. Certaines personnes décrivent une forme de coupure entre le corps et l'esprit : le corps devient un lieu de souffrance, un espace associé au danger, à l'humiliation ou à l'agression. Il peut alors être plus facile de "ne plus sentir", de rester dans le mental, ou de mettre à distance les ressentis corporels.

Dans ce contexte, le poids peut parfois prendre une fonction psychique de protection. Le corps devient une barrière, une manière inconsciente de se rendre moins visible, moins désirable, moins exposé à d'éventuelles agressions. La nourriture peut également devenir un moyen de réconfort, d'apaisement émotionnel, voire parfois dans certains cas une forme d'auto dévalorisation ou d'autodestruction lorsque l'estime de soi est profondément atteinte.

Cela ne signifie évidemment pas que toute obésité est liée à des violences ou à des traumatismes mais ces dimensions sont suffisamment fréquentes pour mériter d'être connues, entendues et explorées avec délicatesse lorsque cela semble pertinent. Pourtant, dans la pratique, très peu de professionnels abordent spontanément ces questions avec les patients. Cela peut être lié à un manque de formation, à la peur de mal faire, à l'impression de ne pas savoir quoi faire de cette information ou encore à la difficulté émotionnelle que ces sujets suscitent. Cependant, les violences affectives, psychologiques ou sexuelles ont souvent un impact majeur sur la vie quotidienne, le rapport au corps, aux autres, au soin, à l'intimité, à la santé globale et même sur d'autres sphères de la vie. Ces vécus influencent parfois chaque décision :

- Entrer en relation ou non,
- Faire confiance ou non,
- Consulter ou éviter les soins,
- Commencer une activité physique,
- Vivre une intimité,
- Accepter son corps ou le rejeter... etc.

La qualité de la relation thérapeutique est centrale. Les patients ne parleront généralement de ces sujets que s'ils se sentent suffisamment en sécurité, respectés et libres de le faire. Les professionnels de la santé devraient néanmoins toujours poser la question « **Avez-vous déjà subi ou été témoin d'actes qui vous auraient semblés violents, physiquement, moralement ou sexuellement »**.

Le timing est également essentiel : certaines personnes peuvent refuser d'aborder ces questions à un moment donné puis souhaiter en parler plus tard. L'important est de laisser une porte ouverte.
Aborder la question du poids uniquement sous l'angle comportemental ("manger moins", "bouger plus") peut parfois invisibiliser toute une partie de l'histoire de vie de la personne. Une approche plus globale, centrée sur le vécu, le rapport au corps, les émotions et les expériences relationnelles, permet souvent une compréhension plus juste de la situation.

Les patients attendent avant tout un accueil humain et inconditionnel de leur parole : ni dramatisation excessive, ni banalisation, ni réduction de leur identité à ce qu'ils ont subi. Se confier sur des violences constitue un acte de confiance majeur. Il est donc important pour le soignant d'être capable de parler des violences de façon professionnelle et avec détachement.

La question de la traçabilité mérite également d'être abordée avec clarté et transparence. Certains patients peuvent craindre que des informations très intimes deviennent "indélébiles" dans leur dossier médical ou soient transmises sans leur consentement. Expliquer le fonctionnement du dossier, l'accès aux informations, les règles de confidentialité et recueillir le consentement de la personne concernant la transmission ou non de certaines informations peut contribuer à restaurer un sentiment de sécurité et de contrôle.

Enfin, limiter autant que possible la répétition du récit traumatique auprès de multiples professionnels constitue également un enjeu important de qualité des soins et de respect du patient.

Pourquoi dépister spécifiquement les personnes en situation d'obésité ?

Les personnes en situation d'obésité peuvent présenter une vulnérabilité accrue face aux violences physiques, psychologiques et sexuelles, sans que cela soit systématique ni déterministe. Cette vulnérabilité s'explique par une combinaison de facteurs individuels, sociaux et contextuels, incluant notamment les expériences de stigmatisation, les trajectoires de vie, les contextes relationnels et les déterminants sociaux de la santé.

Par ailleurs, les violences peuvent constituer un facteur associé au développement ou à l'aggravation de troubles du comportement alimentaire et de variations pondérales, dans le cadre de mécanismes complexes de coping, de protection ou de dissociation. À l'inverse, la situation d'obésité peut exposer certaines personnes à des situations accrues de stigmatisation, d'isolement ou de violences, notamment dans les sphères intime, familiale ou sociale.

La vulnérabilité ne doit pas être entendue comme une caractéristique intrinsèque de la personne, mais comme le résultat d'interactions entre des facteurs individuels et environnementaux. Elle renvoie à une exposition potentielle à des situations de violence, sans présumer ni de leur existence ni de leur absence. Dans ce contexte, le dépistage des violences s'inscrit dans une démarche de prévention globale et de promotion de la santé.

Signaux d'alerte en consultation

Certains signes peuvent amener le professionnel à envisager l'hypothèse de violences, sans valeur diagnostique isolée, notamment lors de l'abord des questions d'intimité ou de santé sexuelle.

Indices somatiques

- Douleurs diffuses ou inexpliquées
- Céphalées fréquentes
- Troubles du cycle menstruel en dehors d'une cause médicale identifiée
- Dysfonctions sexuelles (troubles érectiles, troubles de l'éjaculation, douleurs)
- Comorbidités somatiques associées
- Automutilations ou scarifications
- Addictions (tabac, alcool, drogues, jeux, sexe…)

Indices comportementaux

- Posture fermée ou en retrait
- Évitement du regard
- Agitation ou inconfort lors de certains thèmes
- Comportements de tension (mouvements répétitifs, manipulation des mains, etc.)
- Pudeur extrême ou au contraire anormalement absente

Indices émotionnels

- Variations émotionnelles importantes
- Hypervigilance
- Retrait ou inhibition importante en consultation
- Anhédonie, perte de la capacité à ressentir du plaisir

Il convient également d'être attentif à des situations d'hypersexualisation ou, à l'inverse, d'absence totale de vie sexuelle déclarée, lorsqu'elles apparaissent comme atypiques ou sources de souffrance, sans interprétation systématique.

Posture professionnelle préalable

Lors de l'entretien, le professionnel veille à instaurer un cadre sécurisant, structuré et clairement posé. Il rappelle en premier lieu la confidentialité du rendez-vous afin de favoriser un climat de confiance. Il précise également que la personne est libre de parler ou non de certains sujets et que le rythme de l'échange lui appartient entièrement, y compris la possibilité de différer certains éléments à un autre moment.

Le cadre doit être présenté comme bienveillant, non jugeant et sécurisant, garantissant l'absence de remise en cause de la parole exprimée. Le consentement est au cœur de la démarche : il est nécessaire

de solliciter l'accord de la personne avant d'aborder des thématiques sensibles, de rappeler qu'elle peut interrompre l'échange à tout moment et faire des pauses si nécessaire.

Le professionnel privilégie des questions ouvertes, permettant à la personne de s'exprimer avec ses propres mots, sans orientation du récit. Il adopte une posture d'écoute active, en évitant d'interrompre la parole et en laissant des espaces de silence lorsque cela est nécessaire au déroulement du récit.

Une attention particulière est portée à la prévention de toute forme de minimisation ou de revictimisation. Le professionnel veille à accueillir la parole sans jugement, avec reconnaissance de ce qui est exprimé. Il dispose, lorsque cela est possible, de ressources d'orientation adaptées (violentomètres, numéros d'urgence, dispositifs spécialisés, structures d'accompagnement – cf. chapitre 7) afin de pouvoir proposer un relais pertinent en fonction des situations. Dans la mesure du possible, une écoute centrée sur la personne est privilégiée, notamment en limitant la prise de notes en début d'entretien afin de favoriser une présence attentive et pleinement disponible.

Enfin, cette posture suppose un travail réflexif du professionnel sur ses propres représentations, biais et expériences personnelles ainsi qu'une formation adaptée à l'accompagnement des situations de violences afin de garantir une prise en charge ajustée, éthique et sécurisante.

L'étape clé du dépistage lors de l'entretien clinique

Le dépistage des violences doit s'inscrire dans un temps progressif de l'entretien clinique, sans être introduit d'emblée, sauf si la personne en fait spontanément mention. Il est essentiel de laisser à la personne le temps de s'installer dans la relation d'entretien, de se sentir en confiance et de choisir librement si elle souhaite aborder ces sujets.

Lorsque la personne évoque spontanément des éléments en lien avec des violences, il est recommandé de vérifier son accord avant d'approfondir :

- *« Acceptez-vous que nous en parlions ensemble ? »*

Dans tous les cas, il convient de formuler des questions simples, claires et non suggestives, afin de favoriser la compréhension et de limiter toute ambiguïté. Lorsque la personne n'aborde pas spontanément ces éléments, des questions ouvertes et progressives peuvent être proposées, par exemple :

- *« Acceptez-vous que nous revenions sur certaines étapes de votre vie, comme votre enfance ?»*
- *« Acceptez-vous de me parler de vos relations passées ? »*

Dans l'ensemble de l'entretien, il est essentiel de laisser à la personne le soin de définir elle-même les termes qu'elle utilise (par exemple "violence", "relation", "normal"), afin de respecter son cadre de référence et d'éviter toute interprétation erronée de la part du professionnel. Cette démarche favorise une compréhension juste du récit et garantit une posture d'écoute respectueuse et non intrusive.

L'accueil de l'information

À l'issue du recueil de la parole, il est essentiel de commencer par reconnaître et valider ce qui a été exprimé, notamment en remerciant la personne pour sa confiance. Cette étape vise à renforcer le sentiment d'écoute et de sécurité, sans jugement ni interprétation.

Dans un second temps, le professionnel peut vérifier si les faits évoqués sont anciens ou s'ils sont toujours en cours. Lorsque les faits sont passés, il est possible d'explorer, avec la personne, les suites qu'elle souhaite donner (aucune démarche, accompagnement psychologique, dépôt de plainte, orientation vers des structures spécialisées, etc.) dans une logique de respect de son autonomie et de ses choix.

Lorsque les violences sont actuelles ou récentes, une évaluation du niveau de danger et de l'urgence doit être réalisée en s'appuyant si nécessaire sur des outils d'évaluation du risque (tels que les violentomètres) et sur le jugement clinique.

Dans les situations de violences sexuelles, physiques ou psychologiques, une attention particulière est portée au statut de vulnérabilité de la personne, qui peut modifier les obligations de protection et d'orientation :

- Mineur : signalement immédiat selon le cadre légal, avec mise en sécurité de la personne ;
- Femme enceinte : signalement et prise en charge sans remise en situation de danger ;
- Personne en situation de handicap (notamment cognitif) : signalement et protection immédiate ;
- Personne majeure sans situation de vulnérabilité particulière :
    - en cas de danger vital immédiat : mise en sécurité et signalement ;
    - en l'absence de danger vital immédiat : la personne peut repartir, avec remise d'informations claires sur les ressources disponibles (numéros d'urgence, démarches possibles, structures d'accompagnement et d'hébergement, etc.).

Dans tous les cas, l'objectif est de garantir la sécurité de la personne, de respecter son autonomie dans la mesure du possible et de lui fournir des repères clairs pour la suite de son parcours.

Il est également important d'expliquer à la personne les différents mécanismes qui ont conduit à son état d'obésité, lorsqu'elle a été agressée. Pour qu'elle puisse comprendre mais surtout pour lui enlever une partie de sa culpabilité.

La traçabilité et l'orientation

La traçabilité des informations recueillies dans le cadre de l'entretien doit être réalisée dans le respect du consentement éclairé de la personne. Il est indispensable de s'assurer que celle-ci comprend pleinement les enjeux associés : modalités de recueil des données, professionnels susceptibles d'y avoir accès, conditions d'utilisation des informations, ainsi que son droit d'accès et de rectification.

Une information claire doit être délivrée afin de garantir la compréhension du fonctionnement de cette traçabilité. Celle-ci peut également être présentée comme un levier de continuité des soins, permettant d'éviter à la personne de répéter à plusieurs reprises des éléments potentiellement sensibles ou traumatiques, dans la mesure où les professionnels concernés peuvent y avoir accès dans le cadre de la coordination du parcours.

Concernant l'orientation, il est recommandé de mobiliser les ressources existantes et les structures spécialisées identifiées dans le cadre du dispositif afin d'assurer une prise en charge adaptée, coordonnée et sécurisée en fonction des besoins exprimés ou identifiés (cf. chapitre 7).

L'accompagnement et le suivi

Les situations de violences sexuelles, psychologiques et/ou physiques nécessitent un accompagnement pouvant s'inscrire dans la durée afin de permettre à la personne de retrouver un sentiment de sécurité, un équilibre psychique et une capacité de reprise de contrôle sur son parcours de vie.

Cet accompagnement peut et doit mobiliser différents professionnels et structures (médicaux, psychologiques, sociaux et juridiques) dans une logique pluridisciplinaire et coordonnée adaptée aux besoins et au rythme de la personne.

Il est essentiel que les professionnels impliqués soient formés à l'identification et à l'accompagnement des situations de violences afin de garantir une prise en charge sécurisante, éthique et non revictimisante.

Chapitre 6 : Adaptations pratiques en consultation

L'accompagnement des personnes en situation d'obésité dans leur vie intime et sexuelle nécessite des ajustements concrets en consultation. Ces adaptations ne relèvent pas uniquement du confort matériel mais participent pleinement à la qualité du soin, à la relation thérapeutique et à la réduction des inégalités d'accès à la santé.

Confidentialité et éthique

La garantie de la confidentialité constitue un préalable indispensable, en particulier lorsqu'il s'agit de sujets intimes et potentiellement sensibles. Les personnes en situation d'obésité peuvent avoir été exposées à des expériences de stigmatisation dans le système de soins, renforçant leur vigilance quant au respect de leur dignité.

Le cadre éthique repose sur plusieurs principes fondamentaux :

- Une information claire sur le secret professionnel et ses limites,
- Le recueil du consentement à chaque étape de l'examen ou de l'entretien,
- La possibilité pour la personne de refuser ou d'interrompre un acte à tout moment, sans justification.

Une vigilance particulière doit être portée à toute forme de jugement implicite ou explicite lié au poids.

Mobilier et matériel adaptés

L'environnement matériel conditionne directement l'accessibilité et la qualité des soins.

Mobilier

- Tables d'examen réglables en hauteur et avec une capacité de charge adaptée ;
- Chaises sans accoudoirs ou avec accoudoirs larges (assise élargie 55-70cm, poids entre 200 et 300 kg, accoudoirs renforcés, structure métallique stable et sécurisée) ;



- Espaces de circulation suffisants ;
- Sanitaires accessibles et adaptés (éviter les toilettes suspendues, vérifier le poids max).

Matériel médical

- Spéculums de différentes tailles ;
- Brassards de tension adaptés à différentes morphologies ;
- Équipements d'imagerie ou d'examen compatibles avec des morphologies variées.

L'absence d'équipement adapté peut entraîner des erreurs diagnostiques, des examens incomplets ou des situations vécues comme humiliantes, avec un impact direct sur le recours aux soins.

Positionnement sur la table d'examen gynécologique

Le positionnement doit être pensé en termes de confort, de sécurité et de faisabilité clinique.

Certaines positions standard peuvent être inconfortables, voire impossibles. Il est donc recommandé :

- D'anticiper les besoins d'aide à l'installation,
- De proposer des alternatives (position latérale, semi-assise, etc.),
- D'utiliser des supports (coussins, étriers adaptés),
- De demander systématiquement l'accord du patient avant toute manipulation.

L'installation doit être considérée comme une étape à part entière du soin et ne jamais être précipitée.

Temps de consultation

Les consultations nécessitent souvent un temps plus long pour :

- Permettre une installation confortable,
- Aborder des sujets sensibles,
- Instaurer un climat de confiance,
- Eviter une approche uniquement centrée sur le poids.

Un temps insuffisant peut renforcer le sentiment de mal-être ou de réduction du patient à sa corpulence. L'adaptation de la durée de consultation est donc une mesure simple mais essentielle pour améliorer la qualité des soins.

Communication non stigmatisante

Le langage du professionnel a un impact direct sur l'alliance thérapeutique. Il est recommandé :

- De privilégier un vocabulaire neutre et descriptif,
- D'éviter les formulations culpabilisantes ou moralisatrices,
- D'utiliser des questions ouvertes,
- De demander à la personne ses préférences terminologiques.

Exemples :

- Préférer « poids » ou « corpulence » à des termes stigmatisants,
- Éviter les injonctions générales (« il faut », « vous devez »),
- Privilégier des formulations exploratoires (« comment vivez-vous… ? »).

La communication doit rester respectueuse, individualisée et centrée sur les besoins exprimés.

→ Pour aller plus loin : www.obesitefrance.fr/espace-pro/appui-a-la-prise-en-charge/comment-aborder-lobesite-

Approche centrée sur le patient et prise en compte du stigmate pondéral

L'approche centrée sur le patient implique de reconnaître que le vécu de l'obésité ne se limite pas à des dimensions biomédicales. Le stigmate pondéral peut avoir des conséquences multiples :

- Psychologiques (honte, évitement des soins),
- Relationnelles (difficultés dans la vie intime),
- Médicales (retard de diagnostic, non-recours aux soins).

Intégrer cette dimension signifie de valider l'expérience du patient, son vécu, sans jugement, de ne pas présumer de ses comportements ou de son mode de vie et d'explorer, si la personne le souhaite, l'impact du poids sur sa vie intime et sexuelle. Chaque interaction doit s'inscrire dans une logique de respect du corps et de l'expérience vécue. Cela implique :

- De décrire les gestes avant de les réaliser,
- De demander un consentement explicite,
- De reconnaître les éventuelles expériences négatives antérieures,
- De ne pas banaliser la gêne ou la douleur.

Le corps du patient ne doit jamais être réduit à un simple objet d'examen.

La qualité relationnelle comme outil clinique

La relation soignant-soigné constitue un véritable levier thérapeutique.

Une relation de qualité permet une meilleure adhésion aux soins, une communication plus ouverte sur la sexualité et l'intimité, une diminution de l'anxiété liée aux consultations, une amélioration globale de l'expérience de soin. À l'inverse, une relation perçue comme jugeante ou inadéquate peut entraîner une rupture du suivi.

Ainsi, la qualité relationnelle ne relève pas uniquement de la posture éthique : elle constitue un outil clinique à part entière.

Posture clinique et recommandations pour les professionnels de santé

Dans la pratique clinique, aborder la question du poids ou de la sexualité peut susciter une certaine réticence. Pourtant, ces sujets peuvent être abordés de manière simple, respectueuse et directe. Les patients savent généralement depuis longtemps qu'ils vivent avec une obésité ; ce qui fait la différence est la qualité de l'écoute et l'absence de jugement. Les professionnels doivent rester prudents face aux discours stéréotypés.

Une approche clinique pertinente repose avant tout sur :

- L'absence de généralisation ;
- L'écoute active du vécu du patient ;
- La curiosité clinique ;
- La reconnaissance de la singularité de chaque parcours.

Quelques questions pour interroger le rapport au corps du patient :

- *Comment vous sentez-vous dans votre corps aujourd'hui ?*
- *Y a-t-il des parties de votre corps plus difficiles à habiter ?*
- *Quels modèles du désir ont marqué votre histoire ?*
- *Qu'est-ce qu'un corps désirable pour vous ?*
- *À quelles images ou figures vous comparez-vous ?*
- *Quels mouvements vous permettent de vous sentir plus vivant ?*

Chapitre 7 : Dispositifs et orientations en région CVL

Ce chapitre présente les principaux dispositifs, ressources et acteurs mobilisables en région Centre-Val de Loire (CVL). Il vise à faciliter l'orientation des personnes et la coordination des parcours, notamment en santé sexuelle, santé mentale, violences et obésité.

Acteurs institutionnels et ressources en santé publique

Agence Régionale de Santé (ARS Centre-Val de Loire)

L'Agence Régionale de Santé est l'acteur central du pilotage de la politique de santé en région. Elle décline les orientations nationales en les adaptant aux besoins des territoires, en lien avec les acteurs locaux. Ses missions principales portent sur :

- L'organisation de l'offre de soins (ville, hôpital, médico-social),
- La prévention et la promotion de la santé,
- La sécurité sanitaire,
- La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

En Centre-Val de Loire, l'action de l'ARS s'inscrit dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS), élaboré avec les professionnels, les institutions et les collectivités. Elle soutient les initiatives locales via des appels à projets, des financements et des dispositifs de coordination territoriale. Elle joue également un rôle clé dans le développement des parcours de santé, notamment pour les publics en situation de vulnérabilité.

→ **Pour aller plus loin : www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr**

Santé Publique France

Santé Publique France est l'agence nationale de santé publique. Elle a pour mission de protéger et d'améliorer la santé des populations en s'appuyant sur des données scientifiques et épidémiologiques. Elle intervient à plusieurs niveaux :

- Surveillance sanitaire : suivi des indicateurs de santé, enquêtes populationnelles, alertes sanitaires ;
- Prévention et promotion de la santé : campagnes nationales (addictions, sexualité, nutrition, santé mentale, etc.) ;
- Production de connaissances : rapports, études, publications (BEH, Santé en Action) ;
- Outils pour les professionnels : kits pédagogiques, supports de prévention, ressources de terrain.

→ **Pour aller plus loin : www.santepubliquefrance.fr**

Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé (FRAPS)

La FRAPS est un acteur régional ressource en promotion de la santé. Elle accompagne les professionnels et structures dans la mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation à la santé. Ses missions se déclinent autour de :

- L'accompagnement méthodologique (construction de projets, évaluation),
- La formation des professionnels**,**
- La mise en réseau des acteurs territoriaux**,**
- La documentation et veille en santé**,**
- L'appui à la coordination des actions locales**.**

→ **Pour aller plus loin : www.frapscentre.org**

Centre d'examens et de santé de l'assurance maladie (CES)

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) propose un examen de prévention en santé personnalisé gratuit et complet aux assurés à partir de 16 ans. Cet examen de prévention en santé s'appuie sur les recommandations médicales les plus récentes en matière de prévention et s'inscrit en complémentarité de l'action du médecin traitant. La thématique « vie affective et sexuelle » peut y être abordée.

→ **Pour aller plus loin : www.ameli.fr**

Santé mentale et image corporelle

Les enjeux de santé mentale et d'image corporelle sont transversaux à de nombreuses problématiques de santé, notamment dans les champs de l'obésité et de la santé sexuelle. Les psychologues, psychiatres et sexologues interviennent pour :

- L'accompagnement des troubles anxieux, dépressifs ou traumatiques,
- Le travail sur l'estime de soi et l'image corporelle,
- Le soutien dans les difficultés relationnelles et sexuelles,
- L'accompagnement des parcours de soin complexes.

Ces professionnels s'inscrivent dans une approche globale, en articulation avec les autres acteurs du parcours de santé. Les professionnels de l'art-thérapie, de l'hypnose ou de la sophrologie, mais également les psychomotriciens peuvent être associés.

Dispositifs en santé sexuelle

CoReSS Centre-Val de Loire

Le Comité de Coordination Régionale de la Santé Sexuelle (CoReSS CVL) est un réseau régional chargé de structurer et coordonner les acteurs de la santé sexuelle. Ses missions couvrent la prévention et la prise en charge des IST et du VIH, la prévention des violences sexuelles et sexistes, l'accès à la contraception et à l'IVG, l'accompagnement des troubles de la sexualité et la coordination des parcours de santé sexuelle pour les publics vulnérables.

Le CoReSS met à disposition une **cartographie régionale actualisée** des structures, permettant d'identifier rapidement les ressources disponibles sur le territoire.

→ **Pour aller plus loin : https://www.masantesexuelle-cvl.fr**

Structures de santé sexuelle

CeGIDD (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic)

Les CeGIDD constituent des structures de premier recours en santé sexuelle.

Ils proposent :

- Dépistage gratuit et anonyme du VIH, des hépatites et IST,
- Vaccination (HPV, hépatite B selon indications),
- Information et prévention en santé sexuelle,
- Accès à la PrEP et à la réduction des risques,
- Orientation vers des structures spécialisées si nécessaire.

Ils garantissent un accueil inconditionnel, sans obligation de rendez-vous ni condition administrative.

Centres de Santé Sexuelle (CSS)

Les Centres de Santé Sexuelle assurent un accueil médico-psycho-social de proximité. Leurs missions incluent :

- Information et accompagnement en santé sexuelle,
- Accès gratuit à la contraception,
- Suivi gynécologique de prévention,
- Accompagnement des IVG,
- Orientation vers des professionnels spécialisés.

Ils jouent un rôle important pour les publics éloignés du système de soins ou en situation de précarité.

Planning Familial

Le Planning Familial est une association d'éducation populaire et de santé communautaire. Ses missions portent sur l'accueil et l'écoute inconditionnelle, la santé sexuelle et reproductive, la contraception et l'IVG, la prévention des violences et la promotion de l'égalité et des droits sexuels. Présent dans chaque département de la région, il propose également des actions de prévention en milieu scolaire et médico-social, des formations professionnelles et des outils pédagogiques adaptés à différents publics.

→ **Pour aller plus loin : www.planning-familial.org**

Services d'orthogénie

Les services d'orthogénie assurent la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) ainsi que l'accompagnement contraceptif. Ils proposent :

- Un suivi médical et psychologique,
- Un accompagnement dans le parcours décisionnel,
- Un accès sécurisé à l'IVG médicamenteuse ou chirurgicale,
- Une coordination avec les structures de santé sexuelle.

Centre ressource INTIMAGIR

Le Centre Ressource INTIMAGIR propose un espace ressource avec les informations et les supports utiles sur la santé sexuelle, la parentalité, la prévention des violences sexuelles et les moyens à mobiliser lors de la survenue de violences sexuelles pour des personnes en situation de handicap.

→ **Pour aller plus loin : www.intimagir-cvl.fr**

Dispositifs d'accompagnement des violences

Structures spécialisées

Plusieurs dispositifs assurent l'accueil, l'écoute et l'accompagnement des victimes de violences :

- **Association Dire et Guérir** des violences sexuelles à Loches : accompagnement des victimes de violences sexuelles sur tout leur parcours de réparation à l'aide de divers ateliers (cuisine-thérapie, art-thérapie, photo-portrait-thérapie, groupes de paroles, escrime thérapeutique, théâtre thérapeutique, WE thérapeutique…), de la Justice Restaurative (en partenariat avec l'ARCA) et des conseils juridiques ;

→ **Pour aller plus loin : www.direetguerir.com**

- **Association Non aux Violences Sexuelles à Tours ;**
- **Collectif Droits des Femmes 41** : défense des droits et accompagnement des femmes victimes ;

→ **Pour aller plus loin : www.femmes41.com**

- **Maisons des femmes** : prise en charge pluridisciplinaire (médicale, psychologique, sociale, juridique).

Ces structures proposent un accompagnement global, souvent gratuit et sans condition d'accès.

Numéros nationaux d'urgence et d'écoute

- **3919** : violences conjugales (écoute anonyme et gratuite)
- **119** : enfance en danger
- **0 800 800 225** : violences sexuelles

Ces numéros permettent une orientation immédiate vers des dispositifs de protection et de prise en charge.

Réseau périnatal régional

Le réseau périnatal coordonne les acteurs impliqués dans la santé de la femme enceinte, du couple et du nouveau-né. Il favorise une continuité des soins et une prise en charge sécurisée des parcours périnataux. Il intervient sur :

- Le suivi de grossesse,
- La prévention des complications médicales et psychosociales,
- L'accompagnement des situations complexes (vulnérabilité, IVG, pathologies),
- La coordination entre maternités, sages-femmes et structures de ville.

→ **Pour aller plus loin : www.perinatalite-centre.fr**

Associations de patients

Dans le champ de l'obésité

Les associations de patients jouent un rôle essentiel dans le soutien, l'information et la pair-aidance. En Centre-Val de Loire, elles sont recensées via la cartographie ObéCentre, permettant d'identifier les associations locales et régionales impliquées dans l'accompagnement de l'obésité. Elles proposent notamment des groupes de parole, un accompagnement entre pairs, des actions de sensibilisation et un soutien dans les parcours de soins.

Dans le champ de la santé sexuelle

De nombreuses associations interviennent également dans le champ de la santé sexuelle : prévention, accompagnement des personnes concernées par le VIH et les IST, soutien aux personnes LGBTQIA+, lutte contre les violences, etc.

Dispositifs dans le champ de l'obésité

Filière régionale ObéCentre

La filière régionale ObéCentre, portée par les CHU de Tours et d'Orléans, participe à la structuration des parcours de soins en obésité en région et à l'animation des acteurs de l'obésité (formations, appui au montage de projet, accompagnement au développement des pratiques professionnelles, rédaction de recommandations, création d'outils, enseignement, groupes de travail). Elle propose notamment un dispositif d'aide à l'orientation et une cartographie des compétences permettant de guider les professionnels vers les ressources adaptées selon la répartition territoriale suivante :

- CSO Tours : départements 18, 37, 41
- CSO Orléans : départements 28, 36, 45.

→ **Pour aller plus loin : https://www.obecentre.fr**

1er niveau : soins de ville

Le médecin traitant constitue le premier interlocuteur du parcours. Il assure le repérage de l'obésité, l'évaluation des comorbidités, l'orientation vers les dispositifs adaptés et la coordination du parcours de soin. Les professionnels de ville participent également à la prévention et au suivi au long cours.

2e niveau : prise en charge spécialisée

Il concerne les situations nécessitant un accompagnement pluridisciplinaire piloté par un médecin spécialiste de l'obésité. Il inclut les consultations spécialisées, les programmes d'éducation thérapeutique (ETP), un accompagnement diététique, psychologique et en activité physique adaptée, en lien avec des structures associatives ou médico-sociales.

3e niveau : recours expert

Les Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO) et structures associées assurent la prise en charge des situations complexes. Ils proposent une évaluation pluridisciplinaire, des stratégies thérapeutiques avancées, une prise en charge chirurgicale ou médicamenteuse et un suivi hospitalier coordonné.

Le SMR Théraé (La Chaussée-Saint-Victor) constitue un exemple de structure de soins médicaux et de réadaptation experte à l'échelle de la région Centre-Val de Loire. Les patients concernés présentent généralement une obésité complexe (IMC ≥ 35 avec comorbidités associées).

CONCLUSION

Ce guide met en lumière une réalité encore trop peu prise en compte dans les pratiques de soins : la santé sexuelle, affective et relationnelle des personnes en situation d'obésité, qui constitue une dimension essentielle de la santé globale, du bien-être et de la qualité de vie. Loin de se limiter à des considérations physiologiques, elle s'inscrit dans une interaction complexe entre le corps, le vécu psychique, les représentations sociales, les parcours de soins et les expériences de stigmatisation.

À travers l'analyse des préjugés, des mécanismes cliniques, des enjeux psychosociaux et des adaptations nécessaires en consultation, ce guide rappelle combien les professionnels de santé jouent un rôle déterminant dans la prévention des discriminations et dans la construction d'un accompagnement respectueux, sécurisant et inclusif. La grossophobie, explicite ou implicite, peut constituer un frein majeur à l'accès aux soins, à la parole des patients et à la prise en compte de leur intimité. À l'inverse, une posture clinique empathique, non jugeante et centrée sur la personne favorise l'alliance thérapeutique, le dépistage précoce des difficultés et l'amélioration de la santé globale.

La prise en compte de la sexualité, de la vie affective et des violences subies ne doit pas être considérée comme périphérique, mais comme une composante à part entière du soin. Interroger ces dimensions avec tact, adapter les conditions matérielles et relationnelles des consultations, travailler en interdisciplinarité et orienter vers les ressources adaptées sont autant de leviers concrets pour améliorer l'accompagnement des personnes concernées.

Enfin, ce guide invite à un changement de regard : passer d'une approche centrée uniquement sur le poids à une approche centrée sur la personne, son vécu, ses besoins et ses droits. Promouvoir une santé sexuelle positive et accessible pour les personnes en situation d'obésité implique de reconnaître leur dignité, leur autonomie et leur capacité à vivre des relations affectives et sexuelles épanouissantes, dans un environnement de soins respectueux et sans stigmatisation.

SITOGRAPHIE

Santé publique France
https://www.santepubliquefrance.fr
(Prévention, IST, VIH, contraception, sexualité, violences, activité physique, nutrition, obésité)

Onsexprime
https://www.onsexprime.fr
(Éducation sexuelle pour adolescents : corps, relations, contraception, consentement)

QuestionSexualite
https://questionsexualite.fr
(Site grand public sur contraception, IST, sexualité, relations, sans jugement)

Sexosafe
https://www.sexosafe.fr
(Prévention VIH et IST, surtout pour hommes ayant des relations avec des hommes)

IVG.gouv.fr
https://ivg.gouv.fr
(IVG, santé sexuelle, contraception, droits)

Haute Autorité de Santé (HAS)
https://www.has-sante.fr
(Recommandations médicales officielles, prise en charge de l'obésité)

Obésité France
https://www.obesitefrance.fr
(Recommandations nationales et actualités autour de l'obésité)

Assurance Maladie (Ameli)
https://www.ameli.fr
(Santé en général, prévention, maladies chroniques, nutrition)

INSERM
https://www.inserm.fr
(Recherche scientifique sur obésité, métabolisme, santé sexuelle, etc.)

CHAIRE UNESCO
(Recherche, droits sexuels, santé publique)
https://santesexuelle-droitshumains.org

Association STEREO
(Sensibilisation, déstigmatisation, obésité)
https://stereobesite.fr

RÉFÉRENCES UTILES

Anthropologie

- Anthropologie et santé : revue internationale francophone d'anthropologie de la santé
- Revue de L'Homme, article Anthropologie de la maladie, Marc AUGE, numéro 97, 1986, p 81
- Le Breton, Anthropologie du corps et modernité, Quadrige, PUF, 1990
- Laplantine, Anthropologie de la maladie, 1986

Phénoménologie et corps vécu

- Husserl, E. *Idées directrices pour une phénoménologie*
- Merleau-Ponty, M. *Phénoménologie de la perception*
- Maine de Biran. *Essai sur les fondements de la psychologie*

Corps, image corporelle, psychomotricité

- Schilder, P. *L'image du corps*
- Ajuriaguerra, J. de. *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (sections psychotonus / schéma corporel)
- MARZANO, Le dictionnaire du corps, PUF, 2007
- ZANNA Omar, Le corps dans la relation aux autres, pour une éducation à l'empathie, Presses Universitaires de Rennes, 2015
- DARGENT, Le corps obèse, Collection Champ Vallon, 2005

Pédagogie perceptive et obésité

- Bois, D. *Le sensible et le mouvement*
- Berger, E. *Le corps sensible*
- Bertrand, I. *Approches corporelles et éducatives : une nouveauté dans la prise en charge de l'obésité*
- CERAP, travaux en santé, soin et formation

Discriminations

- MARX Daria, Gros n'est pas un gros mot, chroniques d'une discrimination ordinaire, Librio, 2018
- Rebecca M.Pulh, The stigma of obesity : a review and update, 2009
- Hill, B., Bergmeier, H., Incollingo Rodriguez, A. C., Barlow, F. K., Chung, A., Ramachandran, D., Savaglio, M., & Skouteris, H. (2021). Weight stigma and obesity-related policies: A systematic review of the state of the literature. *Obesity Reviews*, *22*(11), Article e13333. https://doi.org/10.1111/obr.13333
- INSERM, Étude sur les préjugés liés à l'obésité : quel regard ont les Français ?, 2023

Obésité

- HAS, Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux, février 2024
- LCO, Étude OFEO, 2020

Implications sociales et médias

- FABREGA, Concepts of disease : logical features and social implications. *Perspectives in Biology and Medicine,* 1972
- RENAUD, Les médias et la santé : de l'émergence à l'appropriation des normes sociales, collection Santé et société, Presses de l'Université du Québec, 2010

Désir mimétique

- Oughourlian, J.-M. *Le désir mimétique*
- Girard, R. *Mensonge romantique et vérité romanesque*

Sociologie

- REZSOHAZY, Sociologie des valeurs, Armand Colin, 2006
- VIGARELLO, Les métamorphoses du gras, Seuil, 2010

SOPK

- Ebernella Shirin Dason, Olexandra Koshkina, Crystal Chad and Mara Sobel, CMAJ, April 08, 2024 ; 196 (13) E449-E459; DOI: https://doi.org/10.1503/cmaj.231251-f

Annexe 1 - Checklist d'adaptation des consultations en santé intime et sexuelle chez les personnes en obésité

Évaluer la qualité de prise en charge en consultation en garantissant le respect et non-jugement, l'adaptation à la corpulence, la prise en compte du vécu de stigmatisation, sécurité et consentement

Principes de prise en charge

☐ Approche centrée sur la personne
☐ Prise en compte du vécu de stigmatisation pondérale
☐ Posture respectueuse et non jugeante
☐ Qualité relationnelle utilisée comme support de soin

Confidentialité et éthique

☐ Confidentialité explicitement expliquée
☐ Consentement libre et éclairé avant tout examen
☐ Respect du droit de refus ou d'interruption
☐ Absence de propos ou d'attitudes stigmatisantes

Environnement matériel

☐ Table d'examen adaptée (charge et réglages)
☐ Assises stables et adaptées
☐ Espace suffisant pour circulation et installation
☐ Brassards de tension adaptés disponibles
☐ Matériel adapté à différentes morphologies (ex : spéculums de tailles variées)

Installation et examen clinique

☐ Aide à l'installation anticipée si nécessaire
☐ Proposition de positions alternatives
☐ Utilisation de supports adaptés (coussins...)
☐ Explication de chaque geste avant réalisation
☐ Consentement demandé à chaque étape
☐ Vigilance continue sur confort et sécurité

Organisation du temps

☐ Temps suffisant pour installation
☐ Temps suffisant pour l'échange clinique
☐ Temps dédié aux questions d'intimité et de sexualité
☐ Consultation non précipitée
☐ Absence de centration exclusive sur le poids

Communication

☐ Langage neutre, respectueux et adapté
☐ Questions ouvertes privilégiées
☐ Adaptation au vocabulaire du patient
☐ Absence de jugements explicites ou implicites
☐ Absence d'injonctions ou de généralisations

Stigmate pondéral

☐ Possibilité donnée d'évoquer des expériences de discrimination
☐ Validation du vécu si exprimé
☐ Absence d'hypothèses non fondées sur les comportements
☐ Respect du choix du patient de ne pas aborder ce sujet

Consentement et vécu corporel

☐ Explication préalable des gestes
☐ Consentement explicite et continu
☐ Attention aux signes d'inconfort
☐ Reconnaissance des expériences négatives antérieures si évoquées

Relation de soin

☐ Relation de confiance favorisée
☐ Climat permettant la parole sur la sexualité
☐ Relation utilisée comme outil clinique
☐ Soutien à l'adhésion aux soins