

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2021

N° 2021-291

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

**Laura FRIEDEMANN**

---

Présentée et soutenue publiquement le 9 décembre 2021

---

**ATTENTES DES ADULTES EN SURPOIDS OU OBESES  
DANS L'ABORD DU POIDS PAR LE MEDECIN GENERALISTE  
PROPOSITION D'UN MODELE D'INTERVENTION BREVE**

---

Président : Monsieur le Professeur David JACOBI

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Hugues-André TERRIEN

Membres du jury : Monsieur le Docteur Jean-Pascal FOURNIER

Monsieur le Professeur Nicolas HOMMEY

## SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

# REMERCIEMENTS

**A Monsieur le Professeur David JACOBI,  
Professeur d'Université et Praticien Hospitalier, service endocrinologie,  
diabétologie et nutrition CHU de Nantes,  
Co-directeur du CSO Ouest Atlantique,  
Président du jury,**

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie pour le temps que vous avez accordé à mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

**A Monsieur le Docteur Jean-Pascal FOURNIER,  
Maître de conférence de Médecine générale,  
Membre du jury**

Je vous remercie d'accepter de juger mon travail de thèse. Soyez assuré de mon profond respect.

**A Monsieur le Professeur Nicolas HOMMEY,  
Professeur de Médecine générale,  
Membre du jury**

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

**A Monsieur le Docteur Hugues-André TERRIEN,**

**Médecin généraliste,**

**Directeur de thèse,**

Je te remercie de m'avoir accompagnée avec bienveillance pour mes débuts en Médecine générale. Merci d'avoir toujours pris le temps de répondre à mes interrogations et d'avoir partagé tes connaissances tout au long de mon stage.

Et surtout, je te remercie infiniment d'avoir accepté de te lancer dans cette première direction de thèse avec moi. Ta disponibilité et tes conseils avisés ont été d'une aide précieuse pour ce travail.

Sois assuré de ma profonde et sincère reconnaissance.

**A tous les professionnels de santé bienveillants, que j'ai rencontrés durant mes études, et plus particulièrement,**

- Merci à l'équipe médicale et paramédicale de l'Hôpital local du Pays de Retz pour votre accueil et votre indulgence durant mes débuts en tant qu'interne

- Merci aux urgentistes du service des Urgences de Challans pour votre précieuse formation malgré l'afflux de patients

- Merci à toute l'équipe de l'UGOMPS du CHU de Nantes, pour votre gentillesse et votre disponibilité. Merci de m'avoir formée à la santé de la femme et sensibilisée à la protection des femmes en danger

- Merci à toute l'équipe de l'HAD de Nantes pour m'avoir fait découvrir sous une nouvelle facette les soins palliatifs. Merci de m'avoir accueillie et formée avec toute votre bienveillance. Merci d'avoir été toujours disponible dans les situations difficiles.

Je regretterai le travail en équipe à vos côtés et votre humanité.

- Merci à tous les médecins généralistes qui m'ont accueillie tout au long de ma formation. Plus particulièrement, merci au Docteur DAVANNE de m'avoir accompagnée durant mon SASPAS et donné confiance en mes capacités de jeune médecin. Le DMG perd un excellent MSU, tant sur le plan humain que médical.

## **Je dédie cette thèse,**

**A mes parents**, évidemment ! Merci pour votre soutien sans faille dans chacun de mes choix de vie. Votre amour inconditionnel, votre volonté de toujours faire au mieux pour vos enfants font de vous des parents exceptionnels.

A toi, papa, pour m'avoir transmis ta détermination, ton goût du travail bien fait et du dépassement de soi.

A toi, maman, pour avoir fait preuve d'une abnégation exceptionnelle toutes ces années. Tu es le pilier de notre famille.

Je vous aime.

(et merci pour votre part active dans la réalisation de cette thèse !)

**A Anthony, mon pacsé !** Mon chéri, mon meilleur ami et mon partenaire sportif favori (pour tous les sports passés, en cours et à venir!).

Tu es une évidence. Ta présence à mes côtés m'est indispensable.

Je t'aime de tout mon cœur.

Merci pour ton soutien dans mon travail, notamment pour cette thèse, ton impressionnante maîtrise d'Excel m'a fait gagner un temps précieux !

A mon frère, ma petite-nièce, toute ma famille et mes proches de Gironde !

A ma belle-famille ; à Aurélie, une très chouette belle-sœur !

A Elisa et Tahnee, les meilleures ! On n'a presque pas vieilli depuis nos 15 ans ! Je vous aime !

Aux amis badistes, pour toutes les soirées sportives et moins sportives ...

Aux supers potes d'Antho, malgré vos blagues d'ingé !

Sans oublier mon chat, Taïga, compagnon (in)actif de toutes ces années de révisions de médecine.

**ATTENTES DES ADULTES EN SURPOIDS OU OBESES**  
**DANS L'ABORD DU POIDS**  
**PAR LE MEDECIN GENERALISTE**  
**PROPOSITION D'UN MODELE D'INTERVENTION BREVE**

Table des matières

|   |    |
|---|----|
| Tables des illustrations et tableaux.....                 | 9  |
| Liste des abréviations.....                               | 10 |
| <br>  |    |
| PREMIERE PARTIE : CONTEXTE.....                           | 11 |
| 1. Obésité et surpoids : généralités.....                 | 11 |
| 1. 1. Définitions et recommandations.....                 | 11 |
| 1. 2. Obésité : maladie « éco-bio-psycho-sociale ».....   | 12 |
| 1. 3. Obésité et surpoids : épidémiologie.....            | 13 |
| 1. 4. Conséquences de l'obésité.....                      | 14 |
| 1. 4. 1. Impact sur la santé.....                         | 14 |
| 1. 4. 2. Impact économique.....                           | 15 |
| 2. Obésité : rôles et limites du médecin généraliste..... | 16 |
| 3. Attentes des patients obèses ou en surpoids.....       | 16 |
| 4. Stigmatisation médicale de l'obésité.....              | 17 |
| 5. Freins à l'abord du poids en Médecine générale.....    | 18 |
| 6. Outils d'abord du poids.....                           | 19 |
| 6. 1. Intervention brève et entretien motivationnel.....  | 19 |
| 6. 2. Les « 5 A ».....                                    | 20 |
| 7. Objectifs de l'étude.....                              | 22 |

|   |    |
|---|----|
| DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE.....                            | 23 |
| Chapitre 1 : MATERIEL ET METHODE.....                     | 23 |
| 1. « Design and setting » : choix de la méthode.....      | 23 |
| 2. Population étudiée : critères d'inclusion.....         | 24 |
| 3. Méthode de mesure : le questionnaire.....              | 24 |
| 3. 1. Élaboration du questionnaire.....                   | 24 |
| 3. 2. Diffusion du questionnaire.....                     | 25 |
| 4. Collecte des données .....                             | 25 |
| 5. Analyse des données.....                               | 26 |
| 5. 1. Analyse des données quantitatives.....              | 26 |
| 5. 1. 1. Calcul de l'IMC.....                             | 26 |
| 5. 1. 2. Calcul des intervalles de confiance.....         | 26 |
| 5. 1. 3. Données croisées et tests statistiques.....      | 27 |
| 5. 2. Analyse des données qualitatives.....               | 27 |
| Chapitre 2 : RESULTATS.....                               | 28 |
| 1. Description de la population.....                      | 28 |
| 2. Analyse des résultats.....                             | 30 |
| 2. 1. La relation avec le médecin traitant.....           | 30 |
| 2. 2. Les attentes envers le médecin traitant.....        | 32 |
| 2. 3. La discrimination médicale de l'obésité perçue..... | 33 |
| 2. 3. 1. Les événements stigmatisants .....               | 34 |
| 2. 3. 2. Les termes stigmatisants .....                   | 36 |
| 2. 4. Les propositions du modèle des 5 A.....             | 36 |
| 2. 5. Le groupe des hommes.....                           | 39 |
| 2. 6. Les personnes réticentes à l'abord du poids.....    | 41 |
| 2.7. Le « groupe stigmatisé ».....                        | 42 |
| Chapitre 3 : DISCUSSION.....                              | 44 |
| 1. Résultats principaux.....                              | 44 |
| 2. Forces et faiblesse de l'étude.....                    | 44 |
| 2.1. Force de l'étude.....                                | 44 |
| 2. 2. Discussion des objectifs.....                       | 45 |
| 2. 3. Discussion de la méthode.....                       | 45 |
| 2. 3. 1. Choix de la méthode.....                         | 45 |
| 2. 3. 2. Biais identifiés.....                            | 46 |
| 2.3.2.1. Biais de mesure : limites du questionnaire.....  | 46 |
| 2.3.2.2. Biais de sélection.....                          | 47 |
| 2. 4. Discussion des résultats.....                       | 48 |
| 2. 4. 1. Caractéristiques de l'échantillon.....           | 48 |
| 2.4.1.1. Surreprésentation féminine.....                  | 48 |
| 2.4.1.2. Suivi médical régulier.....                      | 49 |
| 2. 4. 2. Les résultats.....                               | 49 |
| 2.2.2.1. Les attentes des patients.....                   | 49 |

|  |        |
|--|--------|
| 2.2.2.2. La stigmatisation médicale perçue.....                        | 49     |
| 2.2.2.3. Pertinence de la recherche d'accord préalable.....            | 51     |
| 3. Comparaison des résultats avec les données de la littérature.....   | 52     |
| 3. 1. Attentes envers les médecins généralistes.....                   | 52     |
| 3. 2. Stigmatisation de l'obésité par les professionnels de santé..... | 52     |
| 3. 3. Acceptabilité des 5 A.....                                       | 53     |
| <br>Chapitre 4. CONCLUSION.....  | <br>54 |
| <br>ANNEXES.....   | <br>56 |
| Annexe 1 : titre du questionnaire .....                                | 56     |
| Annexe 2 : texte de présentation.....                                  | 56     |
| Annexe 3 : questionnaire.....  | 56     |
| Annexe 4 : réponses libres à la question 9.....                        | 59     |
| Annexe 5 : réponses libres à la question 11.....                       | 70     |
| <br>BIBLIOGRAPHIE.....   | <br>74 |
| <br>RESUME.....  | <br>80 |

## Tables des illustrations et tableaux

|   |    |
|---|----|
| <u>Figure 1</u> : Classification du surpoids et de l'obésité par l'IMC.....   | 11 |
| <u>Figure 2</u> : Distribution de la corpulence des adultes selon le sexe, comparaison ENNS 2006/<br>Esteban 2015 .....   | 14 |
| <u>Figure 3</u> : Conséquences et complications de l'obésité .....  | 15 |
| <u>Tableau 1</u> : Caractéristiques socio-démographiques des personnes ayant répondu au<br>questionnaire.....   | 28 |
| <u>Tableau 2</u> : Description de la fréquence et la qualité de la relation avec le médecin traitant...31   |    |
| <u>Tableau 3</u> : Description des attentes des patients concernant l'abord, la gestion de leur excès<br>de poids par leur médecin généraliste.....   | 32 |
| <u>Tableau 4</u> : Croyances et antécédents de discrimination médicale en lien avec l'obésité subie<br>par les répondants.....  | 33 |
| <u>Tableau 5</u> : souhait des répondants selon les propositions du modèle des 5 A.....   | 37 |
| <u>Tableau 6</u> : Description de la fréquence et la qualité de la relation avec le médecin traitant<br>dans le groupe des hommes.....  | 39 |
| <u>Tableau 7</u> : Croyances et antécédents de discrimination médicale en lien avec l'obésité subie<br>par les hommes de l'échantillon.....   | 40 |
| <u>Tableau 8</u> : Souhait de recherche d'accord préalable selon le souhait d'abord.....  | 41 |
| <u>Diagramme 1</u> : représentation des effectifs (en pourcentage) des personnes souhaitant une<br>recherche d'accord préalable dans les groupes souhaitant ou non un abord du poids.....                           | 42 |
| <u>Tableau 9</u> : représentation de l'antécédent de stigmatisation et le souhait de recherche<br>d'accord.....   | 43 |
| <u>Diagramme 2</u> : Répartition du souhait de demande d'accord pour évoquer le poids par le MT<br>(en pourcentage), dans les sous-groupes se déclarant victimes ou non de discrimination liée à<br>leur poids..... | 43 |

## Listes des abréviations

5 A : Ask, Assess, Advise, Agree, Arrange  
ALD : Affection longue durée  
APA : Activité physique adaptée  
CHU : Centre hospitalier et universitaire  
CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés  
COVID-19 : maladie à coronavirus 2019  
CPP : Comité de protection des personnes  
CSO : Centre spécialisé de l'obésité  
IMC : Indice de masse corporelle  
IB : Intervention brève  
IC : Intervalle de confiance  
EM : Entretien motivationnel  
ENNS : Étude nationale nutrition santé  
ESF : Établissement du Sang Français  
ESTEBAN : Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition  
ETP : Éducation thérapeutique du patient  
FRAMES : Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, Self-efficacy  
HAS : Haute autorité de santé  
HTA : Hypertension artérielle  
MG : Médecin généraliste  
MT : Médecin traitant  
MTMV : Modification thérapeutique du mode de vie  
NSP : Ne sait pas  
OMS : Organisation mondiale de la santé  
ORL : Oto-rhino-laryngologiste  
PMA : Procréation médicalement assistée  
ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique  
SMART (objectif) : spécifique mesurable atteignable réaliste et temporel  
TT : Tour de taille

# PREMIERE PARTIE : CONTEXTE

## 1. Obésité et surpoids : généralités

### 1. 1. Définitions et recommandations

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le surpoids et l'obésité sont définis comme une « accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé ». (1)

L'obésité est reconnue en tant que maladie par l'OMS depuis 1997.

Dans ses recommandations, la Haute Autorité de Santé (HAS) préconise aux médecins généralistes « de peser régulièrement et au mieux à chaque consultation tous les patients [...] pour calculer l'indice de masse corporelle (IMC) et en suivre l'évolution. (2)

L'obésité et le surpoids sont donc évalués par l'IMC (indice de Quetelet), obtenu en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres.

Le surpoids est caractérisé à partir de 25 kg/m<sup>2</sup> d'IMC. Pour l'obésité, le seuil est fixé à 30 kg/m<sup>2</sup> et gradué sur 3 niveaux (voir figure 1 ci-dessous).

|              | Classe de l'obésité | IMC (kg/m <sup>2</sup> ) |
|--------------|---------------------|--------------------------|
| Poids normal |                     | 18,5 - 24,9              |
| Surpoids     |                     | 25,0 - 29,9              |
| Obésité      | I. modérée          | 30,0 - 34,9              |
|              | II. sévère          | 35,0 - 39,9              |
|              | III. morbide        | ≥ 40                     |

\* Organisation mondiale de la santé. Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Rapport d'une consultation de l'OMS. Série de Rapports techniques 2003 ; (894).

**Figure 1 :** Classification du surpoids et de l'obésité par l'IMC (source OMS)

Pour les IMC compris entre 25 et 35 kg/m<sup>2</sup>, l'examen doit être complété par la mesure du tour de taille (TT). « Le tour de taille est un indicateur de l'excès de graisse au niveau abdominal. Cet excès est associé, indépendamment de l'IMC, au développement des complications métaboliques et vasculaires de l'obésité. » (2)

Concernant les objectifs thérapeutiques, l'HAS recommande la stabilisation pondérale pour les patients en surpoids ; et pour les patients obèses une réduction pondérale de 5 à 15% du poids initial.

Pour cela, le médecin généraliste doit délivrer des conseils diététiques, d'activité physique et un accompagnement psychologique.

## **1. 2. Obésité : maladie « éco-bio-psycho-sociale »**

Dans une approche plus intégrative, le rapport concernant l'« Education thérapeutique et parcours de soin de la personne obèse », du Professeur Olivier Ziegler et al. (3) définit l'obésité comme « la conséquence de l'interaction entre la prédisposition biologique (génétique ou épigénétique) et de multiples paramètres de l'environnement ». Le mode de vie (activité physique, alimentation, ...) fait partie des paramètres de l'environnement. Ces facteurs sont modifiables. Ils peuvent faire l'objet d'Éducation thérapeutique du patient (ETP) dans le but d'induire des modifications thérapeutiques du mode de vie (MTMV).

L'objectif principal de l'ETP consiste à améliorer l'état de santé général, en incluant le bien-être et la qualité de vie. L'objectif de perte pondérale persiste mais est alors subsidiaire. Par définition, le but premier de l'ETP est d'aider le patient à vivre au mieux avec sa maladie. Dans ce rapport (3), le développement d'ETP de proximité délivrée par les médecins de premier recours est posé comme priorité immédiate.

### 1. 3. Obésité et surpoids : épidémiologie

L'obésité est un enjeu de santé publique majeur. Sa prévalence mondiale est en constante augmentation. (4)

En 2016, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), a estimé que plus de 1,9 milliards d'adultes étaient en surpoids ou obèses, dont 650 millions de personnes obèses. Cela signifie que 13% de la population adulte mondiale (11% des hommes et 15% des femmes) étaient obèses.

La prévalence mondiale de l'obésité a presque triplé entre 1975 et 2016.

La prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants, dans le monde, a également augmenté de façon spectaculaire, de 4% en 1975 à 18 % en 2016. Considérée il y a quelques années, comme une problématique spécifique des pays développés, l'obésité concerne désormais les pays à revenu faible ou intermédiaire. A titre d'exemple, en Afrique, l'excès pondéral chez les enfants de moins de 5 ans a augmenté de 24 % entre 2000 et 2019.

En France, l'augmentation du taux d'obésité et de surpoids marque le pas ces dernières années, mais leurs prévalences restent élevées.

Dans le cadre du programme national nutrition santé, impulsé par le ministère de la Santé, l'étude ESTEBAN (étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition), a été menée entre 2014 et 2016. Elle fait suite à l'étude nationale nutrition santé ENNS conduite en 2006. (5)

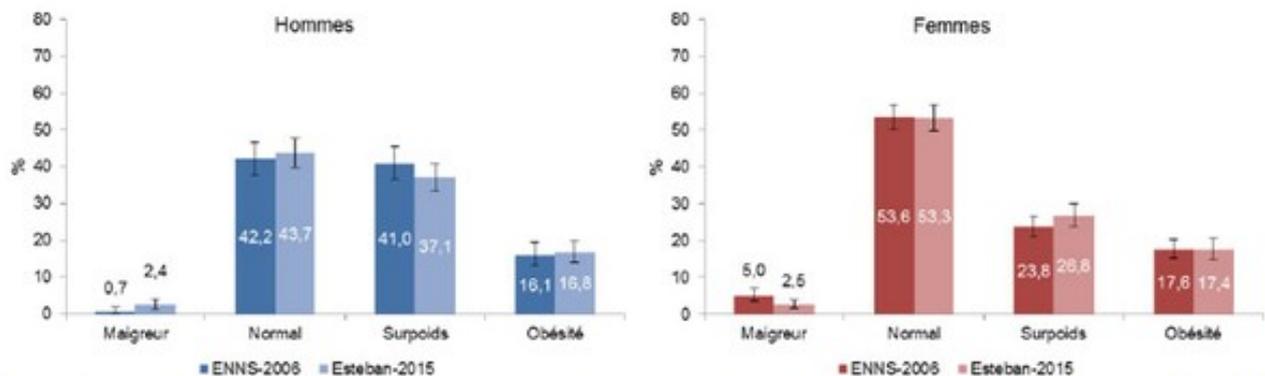
En France, en 2015, 49 % des français adultes étaient en surpoids ou obèses (54 % des hommes et 44 % des femmes). La prévalence de l'obésité chez les adultes représente 17 %. Ces chiffres restent stables depuis 2006.

Les enfants français (de 6 à 17 ans) sont pour 17 % d'entre eux en surpoids ou obèses (dont 4 % d'enfants obèses).

La prévalence de l'excès pondéral reste supérieure chez les personnes les moins diplômées.

A noter qu'en région Pays de Loire, la prévalence de l'obésité et du surpoids est inférieure à la moyenne nationale. Ce taux est estimé à 11,8 %. (6)

## Distribution de la corpulence des adultes de 18-74 ans selon le sexe, comparaison ENNS 2006 / Esteban 2015



La corpulence rend compte de l'indice de masse corporelle (IMC) exprimé selon 4 classes (références OMS) : maigreux (IMC < 18,5), normal (18,5 ≤ IMC < 25,0), surpoids (25,0 ≤ IMC < 30,0) et obésité (IMC ≥ 30,0).

Figure 2 : Distribution de la corpulence des adultes selon le sexe, comparaison ENNS 2006/ Esteban 2015

### 1. 4. Conséquences de l'obésité

#### 1. 4. 1. Impact sur la santé

L'obésité est une maladie métabolique chronique, facteur de risque reconnu de maladies cardiovasculaires, respiratoires, cancéreuses, métaboliques, articulaires, ... (voir figure 3 ci-dessous). (7)

L'obésité est également un facteur de risque de forme sévère de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), y compris chez les personnes jeunes. (8)

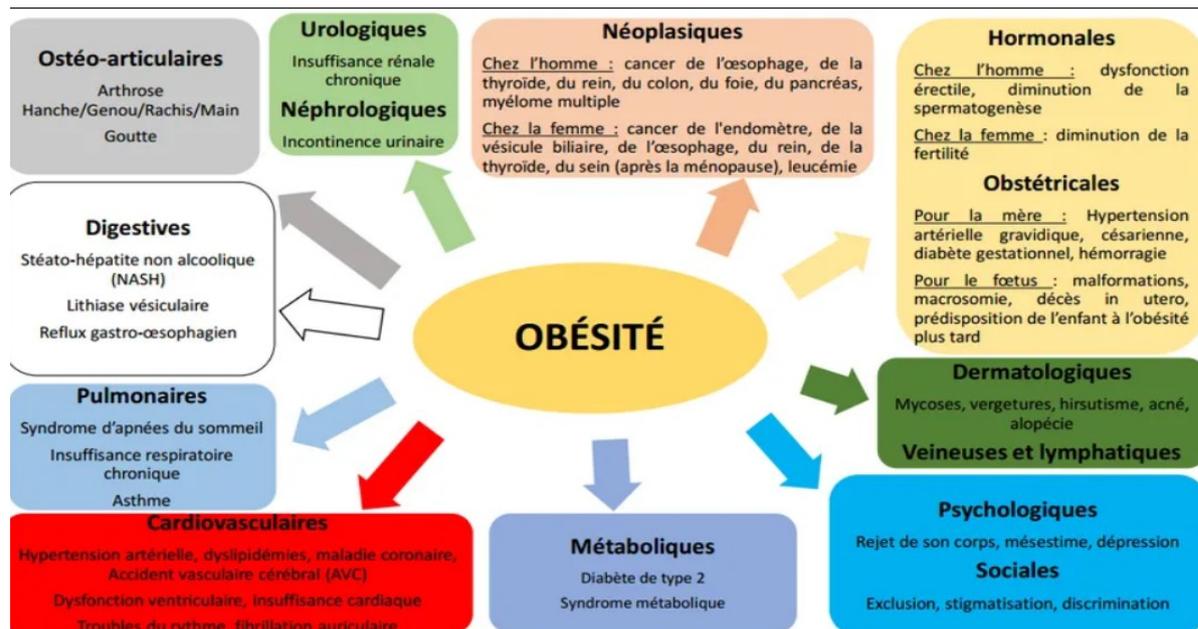


Figure 3 : Conséquences et complications de l'obésité (7)

L'excès de poids augmente la morbi-mortalité. Il est observé une surmortalité globale dès le stade de surpoids. Ce risque accru de décès prématuré augmente avec l'IMC. Selon la méta-analyse menée en 2016 (9), les personnes en surpoids perdent 1 an d'espérance de vie, en comparaison avec les personnes d'IMC normal. Pour les personnes atteintes d'obésité sévère, le nombre d'années de vie perdues se chiffrait à 10 ans en moyenne.

#### 1. 4. 2. Impact économique

Au-delà des conséquences individuelles sur la santé, l'obésité et le surpoids génèrent un coût social élevé.

Selon le rapport édité par la direction générale du Trésor daté de 2016 (10), la surcharge pondérale représentait en 2012 une dépense globale pour l'État français de 20 milliards d'euros, soit autant que les dépenses liées à la consommation d'alcool et de tabac.

Dans le contexte sanitaire actuel de pandémie à Covid-19, l'obésité engendre des coûts de soins plus importants, car elle majore le risque de développer une forme sévère de la maladie. Il est estimé qu'en Europe, les dépenses liées aux soins lors de la première vague de l'épidémie à Covid-19 (juin 2020), s'élevaient à 14 milliards d'euros. Les trois quarts ont été consacrés à la prise en charge des personnes en surpoids ou obèses, selon les estimations. (11)

## **2. Obésité : rôles et limites du médecin généraliste**

Le médecin traitant (MT) a une place prépondérante dans le dépistage et la prise en charge de l'obésité (12). En tant que premier recours, il est le professionnel de santé le plus fréquemment consulté.

Sa qualité de médecin de proximité et son accessibilité, lui permettent de développer une relation de confiance avec les patients, qu'il suit parfois de longue date. De ce fait, il doit être l'acteur principal dans la prévention, le dépistage et l'initiation d'une prise en charge de l'obésité.

Les médecins généralistes (MG) s'accordent sur ce point. Ils considèrent en effet qu'il leur incombe un rôle prépondérant dans la prise en charge de l'obésité de leurs patients. (13) Cependant, les médecins interrogés déclarent se sentir peu formés, peu compétents dans cette prise en charge (13–15).

Ils évoquent un manque d'efficacité, parfois un manque de temps. Ils y renoncent souvent. Pourtant, les patients en excès de poids semblent être demandeurs d'un suivi par leur médecin traitant.

## **3. Attentes des patients obèses ou en surpoids**

Des travaux se sont intéressés aux attentes de patients en surcharge pondérale envers leur médecin traitant. Des études multicentriques étrangères (16) (17), ainsi que des travaux de thèses français récents (18) (19), ont interrogé des patients recrutés dans la salle d'attente de leur médecin. Ces différentes sources retrouvent des résultats similaires.

Dans l'étude de Tal et al. de 2005, la plupart des patients (78 %) pensaient que les médecins généralistes avaient un rôle à jouer dans la gestion du poids. Mais seulement 46 % pensaient que leur médecin pouvait consacrer suffisamment de temps pour donner des conseils efficaces en matière de perte de poids. La majorité des patients (80%) considéraient ces conseils en matière d'alimentation ou d'activité physique comme utiles et se disaient prêts à les suivre. Ils étaient également favorables à un suivi régulier (16).

Les patients semblent s'accorder sur le souhait d'un abord du poids par leur médecin. Cependant, lors d'entretiens réalisés en 2018 par le Dr Contiero (18), de nombreux patients

déploraient la façon dont le poids était abordé. L'excès de poids était simplement constaté, souvent brutalement. Ces patients se sentaient agressés et jugés. Ces approches maladroitement sont un frein net à l'initiation d'une prise en charge spécifique de l'obésité.

Simple maladresse ou réelles discriminations, ces attitudes négatives sont reconnues par les soignants eux-mêmes (14). L'obésité et le surpoids font l'objet de stigmatisation par le corps médical ainsi que par les professionnels spécialisés dans le domaine (20).

#### **4. Stigmatisation médicale de l'obésité**

En sciences sociales, la stigmatisation peut être définie comme « une attitude générale, de l'ordre du préjudice, induite par la méconnaissance ou l'ignorance d'une situation ou d'un état, [qui] va générer des conduites et des comportements de discrimination ». (21)

Selon Goffman, « la stigmatisation d'un individu intervient lorsqu'il présente une variante par rapport aux modèles offerts par son proche environnement ». « Cet attribut [visible ou non] constitue un écart par rapport aux attentes normatives des autres à propos de son identité ». (22)

Il en résulte alors une dévalorisation de la personne par le groupe dominant.

La stigmatisation repose sur des représentations sociales négatives, des préjugés péjoratifs largement partagés dans l'inconscient collectif.

La discrimination est la résultante de la stigmatisation. C'est « une distinction injuste dans la façon de traiter différentes catégories de personnes. Certains individus, en raison d'une caractéristique parmi d'autres, vont être traités différemment des autres et le plus souvent à leur désavantage. » (21).

L'obésité, bien que maladie reconnue, n'en est pas moins source de stigmatisation. Cette stigmatisation est ancrée dans toutes les sphères de la société.

La personne atteinte d'obésité est alors considérée comme « paresseuse, bête, gloutonne, manquant de volonté et d'auto-discipline » (23). Cette stigmatisation pouvant être véhiculée par les médias est largement partagée au sein de la société. Ces préjugés envers la personne obèse sont également retrouvés chez les professionnels de santé (24) (20).

Ces concepts sociologiques de stigmatisation et discrimination de la personne obèse ont été popularisés et diffusés depuis quelques années. Le terme de « grossophobie » a émergé. Ce néologisme provenant de courants de pensées militantistes est entré dans le dictionnaire « Le Robert » en 2019. Il est défini comme « l'ensemble des attitudes et des comportements hostiles qui stigmatisent et discriminent les personnes en surpoids ou obèses ». (25) De nombreux témoignages de stigmatisation, notamment de la part de soignants sont rapportés. (26)

La littérature médicale corrobore ces témoignages, et atteste de l'existence d'une stigmatisation médicale de l'obésité. (27)

## **5. Freins à l'abord du poids en Médecine générale**

L'obésité, maladie chronique reconnue, ne fait pas l'objet d'un dépistage et d'une prise en charge systématique comme d'autres pathologies (hypertension artérielle, diabète, ...). Ainsi, l'excès de poids n'est pas abordé dans la moitié des cas par le médecin généraliste. (28)

Les conseils de gestion du poids ne sont également délivrés que pour moins de la moitié des patients obèses vus en consultation. Pourtant il semblerait qu'un patient ayant reçu des conseils de réduction pondérale s'inscrit plus fréquemment dans une démarche de perte de poids. (29)

Certaines barrières concernant la prise en charge de l'obésité par les médecins généralistes ont été mises en exergue, comme nous l'avons précédemment relevé : manque de compétences et de temps des médecins mais aussi un manque de compliançe et de motivation de la part des patients. (13,14). Le caractère chronique de l'obésité rend également complexe sa prise en charge.

Cette dimension de pathologie chronique fait de l'obésité une cible de choix de l'éducation thérapeutique. Dans le rapport à la Direction générale de la santé de 2014, le Professeur Olivier Ziegler et al., posent l'éducation thérapeutique du patient comme « la pierre angulaire de la prise en charge de l'obésité ». (3) Comme évoqué précédemment, l'objectif

premier de l'ETP est d'aider le patient à vivre au mieux avec sa maladie. La réduction pondérale n'est que secondaire.

L'ETP de proximité, délivrée par les médecins généralistes, doit permettre de passer d'une attitude paternaliste, se résumant à l'injonction à la perte de poids, à des objectifs co-construits avec le patient. Le but est d'induire des modifications du mode de vie durables. Le pré-requis impératif est l'adhésion du patient.

L'enjeu principal réside dans l'obtention de cette adhésion. Alors que la question du poids est un sujet sensible, intime pour le patient. La prise en charge médicale est souvent impactée par les représentations négatives et stigmatisantes répandues chez les médecins.

Quelles solutions alors pour un abord du poids neutre, facilitant l'adhésion du patient à sa prise en charge et une motivation au changement ?

## **6. Outils d'abord du poids**

### **6. 1. Intervention brève et entretien motivationnel**

Historiquement, les techniques d'intervention visant la modification des comportements ont été développées dans le domaine de l'addictologie. Il a été démontré qu'une intervention brève était efficace dans la réduction de la consommation d'alcool excessive (30). Ces entretiens d'une courte durée (inférieurs à 20 minutes) doivent être en nombres limités.

Ce concept d'intervention brève a été transposé à la consommation de tabac, avec le « conseil minimal ». (31)

Le but de l'intervention brève est de proposer un accompagnement dans la modification de comportements néfastes pour la santé. Ce modèle repose sur le respect de l'autonomie du patient, l'empathie, la délivrance d'information et le conseil minimal (résumé dans l'acronyme FRAMES de WR Willer). (31)

L'intervention brève peut amener le patient à accepter un entretien motivationnel (EM). Plus complexe, l'EM est basé sur le modèle trans-théorique de changement du comportement théorisé par Prochaska et Di Clemente (32). Cet entretien cherche à explorer l'ambivalence du

patient en rapport avec le comportement à risque, en s'adaptant au stade de changement dans lequel il se situe.

Ces approches sont éprouvées dans le domaine de l'addictologie.

Dans le cas de l'obésité, résultante pour partie de comportements modifiables, ces approches comportementales semblent intéressantes.

Pourtant, il existe peu d'études sur le sujet. En 2016, un essai randomisé publié dans *The Lancet*, a conclu qu'une intervention opportuniste, brève, réalisée par le médecin de soins primaires permettait de réduire le poids chez des personnes obèses. (33)

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature française de modèle validé d'intervention comportementale pour l'obésité.

En revanche, dans la littérature anglosaxonne, il existe un modèle d'abord du poids, le modèle des 5 A.

## **6. 2. Les « 5 A »**

Ce modèle anglo-saxon initialement utilisé pour le sevrage tabagique a été transposé à l'obésité.

Les 5 A (*Five A's*) pour *Ask, Assess, Advise, Agree/Assist* et *Arrange*, que nous pouvons traduire par Demander, Évaluer, Conseiller, se mettre d'accord/Aider, Organiser/suivre. Il s'agit d'une trame d'entretien en 5 (à 6) étapes. La méthode est accessible et simple. Elle peut être facilement utilisée par les médecins généralistes. Elle ne nécessite pas de formation particulière.

Une revue systématique de littérature réalisée en 2013, a mis en évidence l'efficacité des 5 A, dans la prise en charge de l'obésité en soins primaires. (34)

Nous proposons une synthèse de différentes versions du modèle des 5 A dans le tableau suivant.(34) (35) (36)

### Synthèse du modèle des 5 A :

| <b>Etapes</b>  | <b>Objectifs</b>   |
|----------------|--|
| <b>ASK</b>     | <b>Pour poser des questions en rapport avec le comportement problématique</b>  |
|                | - Est-ce que je peux vous parler de votre poids ? Voulez-vous en parler aujourd'hui ?<br>- Souhaitez-vous une consultation dédiée au poids ?<br>- Votre poids vous pose-t-il des difficultés ? |
| <b>ASSESS</b>  | <b>Evaluer avec le patient sa situation</b>  |
|                | - IMC, tour de taille, exercice physique, habitudes alimentaires, ...  |
| <b>ADVISE</b>  | <b>Conseiller au patient le comportement idéal pour sa santé, partager des informations utiles</b>   |
|                | - Il est nécessaire de perdre du poids pour votre santé.<br>- Souhaiteriez-vous avoir des informations sur ... ?   |
| <b>AGREE</b>   | <b>Se mettre d'accord sur des objectifs SMART</b>  |
|                | - Quel objectif vous semble atteignable ? En combien de temps ? Comment ?  |
| <b>ASSIST</b>  | <b>Aider et soutenir le patient dans sa démarche de changement</b>   |
|                | - aider le patient à identifier les freins et ses ressources pour maintenir le comportement  |
| <b>ARRANGE</b> | <b>Organiser le suivi, réorienter vers un spécialiste</b>  |
|                | - Quand souhaitez-vous que l'on se revoit ?  |

## 7. Objectifs de l'étude

L'abord de l'obésité et du surpoids par le médecin généraliste est délicat. Il peut être vécu comme stigmatisant par certains patients. Pourtant il est du rôle du médecin traitant de proposer un accompagnement spécifique.

L'obésité est une maladie liée aux comportements et habitudes de vie. Elle semble accessible aux techniques d'entretien cherchant à susciter la motivation et l'adhésion à la prise en charge. L'excès de poids peut donc faire l'objet d'entretien motivationnel. A minima, il pourrait être utile d'utiliser un outil d'intervention brève. Il n'existe pas de tel outil validé dans la littérature française. En revanche, dans la littérature anglosaxonne, il est proposé le modèle des 5 A (Ask/agree, Assess, Advise, Assist, Arrange).

Cette étude a un objectif double. Tout d'abord, déterminer les attentes des personnes en surpoids ou obèses, recrutées hors contexte médical, concernant l'abord du poids par le médecin généraliste.

Puis évaluer l'acceptabilité par ces personnes d'un abord du poids basé sur le modèle des 5 A.

# DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE

## Chapitre 1 : Matériel et méthode

### 1. « Design and setting » : choix de la méthode

Une revue de la littérature a été réalisée de septembre à décembre 2020, pour évaluer l'état des connaissances concernant les attentes des patients, s'informer sur l'approche sociologique du surpoids, le vécu de la stigmatisation médicale des patients obèses. Il était nécessaire aussi de s'intéresser aux notions d'entretien motivationnel et d'intervention brève. Il a fallu ensuite rechercher les outils disponibles dans l'abord du poids.

Les mots clés utilisés étaient : « weight discrimination » ; « weight stigmatisation » « brief intervention obesity and overweight » ; « patients expectations » ; « patients perceptions » ; « obesity management » ; « weight loss » ; « five A's » ; « primary care » ; « représentation patient obèse » ; « obésité abord médecin généraliste » ; « attentes patients obèses » ; « intervention brève dans l'obésité »

Les travaux concernant l'obésité infantile ont été exclus.

Les bases de données consultées étaient : GOOGLE SCHOLAR/ PUBMED / HETOP / SUDOC / Obesity reviews / Cairn / LISSA

A l'issue de ces recherches, il a été décidé de réaliser une étude observationnelle descriptive des attentes des patients concernant l'abord du poids et de l'acceptabilité d'un modèle d'intervention brève, en médecine générale, chez des personnes obèses ou en surpoids.

## **2. Population étudiée : Critères d'inclusion**

Les critères d'inclusion étaient précisés dans le texte accompagnant le lien du questionnaire. A savoir :

- se considérer en surpoids ou en obésité (ou l'avoir été)
- habiter en France
- avoir entre 18 et 74 ans

## **3. Méthode de mesure : le questionnaire**

### **3. 1. Elaboration du questionnaire**

Des travaux de thèses récents (18) (19) ont recueilli lors d'entretiens, le ressenti et les attentes de patients obèses, recrutés en cabinet de médecine général.

L'étude de ces différents travaux a permis de dégager des pistes pour l'élaboration du questionnaire.

L'élaboration du questionnaire s'est déroulée sur les mois de décembre et janvier 2020/2021 par Laura FRIEDEMANN avec les conseils du Dr TERRIEN. Il a été relu et soumis à un pré-test par des tiers ne faisant pas partie du corps médical.

Nous avons choisi d'utiliser en majorité des questions fermées, avec des réponses binaires, pour polariser les réponses. Nous avons considéré que le recours à une échelle de Likert nuancerait trop les réponses et alourdirait notablement les énoncés. Il a été ajoutée la possibilité de ne pas se prononcer avec l'option « je ne sais pas » (NSP). Plusieurs items ont été évalués à l'aide d'une échelle numérique pour rendre le questionnaire plus fluide. Deux questions pouvaient être complétées par du texte libre.

Le questionnaire était construit en trois parties. La première servait à décrire la relation avec le médecin généraliste et les attentes des patients. La seconde était élaborée sur le schéma du modèle des 5 A. Enfin, la dernière recensait les caractéristiques socio-démographiques des répondants.

Le questionnaire se composait de 27 questions, dont 2 questions ouvertes, à réponse facultative. La réponse aux questions fermées était obligatoire.

Le questionnaire a été créé et mis en ligne grâce au logiciel Google Form (voir annexe 3).  
Un énoncé de présentation a été rédigé en entête (voir annexe 2).  
Le titre du questionnaire était : « Attentes des personnes en surpoids ou obèses concernant leur médecin généraliste. »

### **3. 2. Diffusion du questionnaire**

Nous souhaitions pour la réalisation de cette étude, solliciter des personnes hors contexte médical.

Le questionnaire a donc été diffusé par l'intermédiaire d'association de personnes obèses, contactées par mail : L'association « NEO » d'Angers, le « Cocon » à Nantes, « association OLA Loire Atlantique », « ligue contre l'obésité pays de Loire ». Ces associations sont référencées sur la page du Centre spécialisé de l'obésité (CSO) Ouest Atlantique (37).

Il a également été diffusé via le réseau social Facebook sur des groupes publics en lien avec l'obésité. Les groupes Facebook ont été trouvés par le moteur de recherche Facebook, avec les mots clés suivants : « obésité », « grossophobie », « surpoids ». Les groupes axés sur la perte de poids, les régimes ou la chirurgie bariatrique n'ont pas été retenus.

Les groupes Facebook sur lesquels le questionnaire a été diffusé sont : « Obésité si on en parlait », « groupe de lutte contre la grossophobie », « Obésité », « Obésité sans complexes », « STOP grossophobie ».

La diffusion s'est déroulée sur les mois de février et mars 2021.

### **4. Collecte des données**

Les questionnaires étaient auto-administrés, à participation volontaire.

Les réponses étaient anonymes. Nous n'avons pas collecté de données à caractère personnel.

Nos travaux n'ont pas impliqué la personne humaine, ils sont donc hors loi « Jardé ».

L'autorisation du CPP (Comité de protection des personnes) ou la déclaration à la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés) n'étaient donc pas requis.

Nous avons considéré que nos travaux répondaient aux règles d'éthique.

## **5. Analyse des données**

Les résultats ont été analysés à partir du mois d'avril 2021. Les données ont été exploitées à partir du logiciel Open Office Calc.

### **5. 1. Analyse des données quantitatives**

Concernant les données quantitatives, il a été effectué une analyse à plat. Puis certaines données ont été croisées à l'aide de tableaux croisés dynamiques du tableur Open Office Calc.

#### **5. 1. 1. Calcul de l' IMC**

Les IMC ont été calculés sur la base des poids et tailles déclarés. Quatre personnes ont déclaré ne pas connaître leur taille ou ont inscrit une valeur incohérente, il n'a donc pas été possible de calculer leur IMC. Cinq participants ont donné plusieurs poids avant et après régime ou chirurgie bariatrique. Lorsqu'il était disponible, le poids le plus élevé était retenu. Le calcul de l'IMC a été réalisé par tableur. La taille, demandée en centimètres a été convertie en mètres. L'IMC a été calculé selon la formule du poids exprimé en kilogrammes divisé par le carré de la taille en mètres :  $IMC = (\text{poids en kg}) / ((\text{taille en m})^2)$ .

#### **5. 1. 2. Calcul des intervalles de confiance**

Le calcul d'intervalles de confiance (IC) avec un risque alpha de 5 % concernant les pourcentages et les moyennes dans les grands échantillons (lorsque  $n > 30$ ) a été réalisé par l'approximation de la loi binomiale par la loi normale.

Pour les petits échantillons, le calcul de l'intervalle de confiance de la moyenne a été réalisé selon la loi du Student à  $n - 1$  degré de liberté.

### **5. 1. 3. Données croisées et tests statistiques**

Nous avons réalisé des tests statistiques sur certaines données croisées. Nous nous sommes intéressés plus spécifiquement aux personnes se déclarant réticentes à ce que le médecin traitant aborde la question du poids. Nous avons exprimé la répartition de personnes souhaitant une recherche d'accord préalable à l'abord du poids en fonction de leur réticence ou non à un abord du poids.

Il en est de même pour la question de la stigmatisation médicale subie. Nous avons croisé l'antécédent de stigmatisation et le souhait des patients que leur MT demande leur accord avant de parler du poids.

Pour tester l'indépendance entre ces notions, c'est-à-dire le souhait de recherche d'accord à l'abord du poids avec la réticence à l'abord du poids ou l'antécédent de stigmatisation, nous avons utilisé un test du chi-deux d'indépendance au risque 5%. L'hypothèse nulle pose que les variables sont indépendantes. En cas de rejet de l'hypothèse nulle, on peut conclure que les variables testées sont dépendantes. C'est-à-dire que la valeur de l'une impacte l'autre.

Concernant le calcul du khi-deux, nous avons utilisé les tables de calcul en ligne. (38)

### **5. 2. Analyse des données qualitatives**

Le verbatim issu des réponses ouvertes a été traité manuellement. Il a été procédé à une analyse du contenu des réponses avec une phase pré-analytique, suivi d'une énumération et décomptage puis de l'analyse et de la synthèse.

## Chapitres 2 : Résultats

### 1. Description de la population

La répartition des répondants selon le sexe, la tranche d'âge, et l'IMC est présentée dans le tableau ci-dessous.

Trois cent deux (302) questionnaires ont été complétés en ligne. Notre échantillon était composé à 95 % de femmes ( 287). Les répondants étaient âgés en majorité de 31 à 55 ans. L'IMC moyen était de 37,9.

L'IMC a été calculé en fonction des poids et tailles déclarés. Les données manquaient pour quatre répondants. Pour dix personnes l'IMC calculé était normal, plusieurs d'entre elles ont précisé avoir perdu du poids suite à un régime ou à la chirurgie bariatrique.

**Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques des personnes ayant répondu au questionnaire**

|                       | Réponses au questionnaire |             |                      |     |
|-----------------------|---------------------------|-------------|----------------------|-----|
|                       | Valeur absolue            | Pourcentage |                      | n   |
| <b>Sexe</b>           |                           |             |                      |     |
| <b>Femme</b>          | 287                       | 95 %        |                      | 302 |
| <b>Homme</b>          | 15                        | 5 %         |                      |     |
| <b>Age</b>            |                           |             |                      |     |
| <b>de 18 à 30 ans</b> | 52                        | 17,2 %      | <b>Médiane</b>       | 302 |
| <b>de 31 à 55 ans</b> | 181                       | 59,9 %      |                      |     |
| <b>de 56 à 65 ans</b> | 47                        | 15,6 %      | <b>[31 ; 55 ans]</b> |     |
| <b>plus de 65 ans</b> | 22                        | 7,3 %       |                      |     |

|  | Valeur absolue | Pourcentage |                   |                             |     |
|--|----------------|-------------|-------------------|-----------------------------|-----|
| <b>IMC</b>                                       |                |             | <b>Moyenne</b>    | <b>IC 95% de la moyenne</b> | 298 |
| < 25   | 10             | 3,4 %       | <b>37,9</b>       | <b>[36,82 ; 38,98 ]</b>     |     |
| [25 -30[   | 50             | 16,8 %      |                   |                             |     |
| [30 -35[   | 60             | 20,1 %      | <b>Ecart-type</b> |                             |     |
| > 35   | 178            | 59,7 %      |                   |                             |     |
|  |                |             | <b>9,62</b>       |                             |     |
| <b>Comorbidités<br/>(HTA, diabète, ...)</b>      |                |             |                   |                             |     |
| Oui  | 132            | 43,7 %      | 302               |                             |     |
| Non  | 155            | 51,3 %      |                   |                             |     |
| Ne sait pas                                      | 15             | 5 %         |                   |                             |     |
| <b>Pense que l'obésité<br/>est une maladie :</b> |                |             |                   |                             |     |
| Oui  | 250            | 82,8 %      | 302               |                             |     |
| Non  | 42             | 13,9 %      |                   |                             |     |
| Ne sait pas                                      | 10             | 3,3 %       |                   |                             |     |

## **2. Analyse des résultats**

### **2. 1. La relation avec le médecin généraliste**

Concernant la fréquence de consultation chez le médecin traitant, 282 répondants (soit 93,4 %) déclaraient avoir consulté au moins une fois durant les douze derniers mois leur médecin traitant. Seulement 20 personnes (6 %), n'avaient pas consulté leur médecin traitant durant l'année écoulée.

La relation médecin-patient était évaluée comme plutôt bonne, notée au minimum à 6/10 par 250 personnes (82,7 %). Quarante-vingt (29 %) la qualifiaient même d'excellente, avec une note à 10/10.

Seulement 31 personnes (9,7 %) décrivaient une relation plutôt mauvaise, évaluée à moins de 5/10.

En moyenne, la relation était évaluée à 7,7 /10.

Les résultats sont présentés dans le tableau suivant.

**Tableau 2 : Description de la fréquence et la qualité de la relation avec le médecin traitant**

|  | Réponses obtenues ( n = 302) |              |                   |
|--|------------------------------|--------------|-------------------|
|  | n = 302                      | Pourcentages |                   |
| <b>Nombres de consultations sur les 12 derniers mois</b>                 |                              |              | <b>Médiane</b>    |
| 0  | 20                           | 6,6 %        | [4 à 5 fois]      |
| 1 à 3  | 117                          | 38,7 %       |                   |
| 4 à 5  | 82                           | 27,2 %       |                   |
| ≥ 6  | 83                           | 27,5 %       |                   |
| <b>Evaluation de la relation (de 1= très mauvaise à 10 = excellente)</b> |                              |              | <b>Moyenne</b>    |
| 1/10   | 8                            | 2,6 %        | 7,7               |
| 2/10   | 5                            | 1,7 %        |                   |
| 3/10   | 4                            | 1,3 %        | <b>Ecart-type</b> |
| 4/10   | 14                           | 4,6 %        |                   |
| 5/10   | 21                           | 7 %          | 2,3               |
| 6/10   | 28                           | 9,3 %        |                   |
| 7/10   | 28                           | 9,3 %        |                   |
| 8/10   | 62                           | 20,5 %       |                   |
| 9/10   | 44                           | 14,6 %       |                   |
| 10/10  | 88                           | 29,1 %       |                   |
| <b>Fréquence de l'abord du poids avec le MG</b>                          |                              |              |                   |
| Souvent  | 122                          | 40,4 %       |                   |
| Rarement   | 133                          | 44 %         |                   |
| Jamais   | 47                           | 15,6 %       |                   |

## 2. 2. Les attentes envers le médecin traitant

Cent soixante-sept personnes, soit 55,3 % ( IC à 95 % [49,5 %; 61 %]), souhaitent que le médecin traitant aborde la question du poids.

Mais seulement 117 (38,7 %) pensaient que leur MT pouvait les aider dans la gestion de leur poids.

**Tableau 3 : Description des attentes des patients concernant leur poids envers leur médecin généraliste**

| Questions  | Nombre de réponses<br>n = 302 |                                  |                 |
|--|-------------------------------|----------------------------------|-----------------|
|  | Réponses                      | Valeur absolue et<br>pourcentage | IC 95 %         |
| Souhaitez que votre médecin vous parle de votre poids ?                        | Oui                           | 167 (55,3 %)                     | [0,495 ; 0,61]  |
|  | Non                           | 89 (29,5 %)                      | [0,237 ; 0,352] |
|  | Ne sait pas                   | 46 (15,2 %)                      |                 |
| Pensez-vous que votre médecin peut vous aider dans la gestion de votre poids ? | Oui                           | 117 (38,7 %)                     | [0,33; 0,445]   |
|  | Non                           | 118 (39,1 %)                     | [0,333; 0,448]  |
|  | Ne sait pas                   | 67 (22,2 %)                      | [0,164; 0,279]  |

### 2. 3. Discrimination médicale de l'obésité perçue

Cent-soixante-quatre personnes soit 54,3 % ( IC 95% [48,5 %; 60 %] ), pensaient que les personnes obèses étaient moins respectées par les médecins.

Cent quatre-vingt-dix-huit personnes soit 65,6 % déclaraient avoir été blessées par les propos d'un médecin concernant leur poids.

Cent-soixante-dix-sept personnes (58,6 %) pensaient que certains termes ne devraient pas être employés par les médecins.

**Tableau 4 : Croyances et antécédents de discrimination médicale en lien avec l'obésité subie par les répondants**

| Questions  | Nombre de réponses |                               |                  |
|--|--------------------|-------------------------------|------------------|
|  | Réponses           | Valeur absolue et pourcentage | IC à 95 %        |
| A votre avis, est-ce que les personnes obèses sont moins respectées par les médecins ? | Oui                | 164 (54,3 %)                  | [0,485 ; 0,60 ]  |
|  | Non                | 95 (31,5 %)                   | [0,257 ; 0,372 ] |
|  | Ne sait pas        | 43 (14,2 %)                   |                  |
| Avez-vous déjà été blessé par les propos d'un médecin concernant votre poids ?         | Oui                | 198 (65,6 %)                  | [0,598 ; 0,713 ] |
|  | Non                | 99 (32,7 %)                   | [0,27 ; 0,385 ]  |
|  | Ne sait pas        | 5 (1,7 %)                     |                  |
| Pensez-vous que les médecins devraient éviter certains mots pour parler du surpoids ?  | Oui                | 177 (58,6 %)                  | [0,528 ; 0,643 ] |
|  | Non                | 79 (26,2 %)                   | [0,20 ; 0,319 ]  |
|  | Ne sait pas        | 46 (15,2 %)                   |                  |

### 2.3. 1. Les événements stigmatisants

Cent trente-neuf répondants (46 %) considéraient que les patients en surpoids/obèses étaient moins bien pris en charge par les médecins. Seulement 80 personnes (26,8 %) pensaient qu'ils étaient pris en charge de la même façon.

Près des deux-tiers des répondants (65,8%) déclaraient avoir « été blessés par les propos d'un médecin concernant leur poids » (tableau 4). Nous considérons qu'il s'agit d'événements de stigmatisation médicale.

Il était proposé de compléter la réponse en texte libre. Nous avons obtenu 183 réponses, le taux de réponses libres était de 60.5%. Parmi ces réponses, 85 citaient une ou plusieurs spécialités médicales ou paramédicales. Les réponses brutes ont été jointes en annexe.

La gynécologie-obstétrique a été très fréquemment citée ; par près de trente répondantes.

Plusieurs patientes rapportaient les reproches de leur gynécologue concernant leur grossesse en étant en surpoids : #227 : « on ne devrait pas faire d'enfant quand on est en surpoids », « vous ne comptez pas faire d'enfant avec votre état ? ».

D'autres relataient des expériences stigmatisantes lors du suivi gynécologique : le refus de prescription de contraception #222 : « Je ne vous donne ni pilule ni aucun contraceptif, vous utiliserez des préservatifs, vu votre état c'est largement suffisant » ; ou encore la difficulté de l'examen gynécologique reprochée à la patiente en raison du surpoids.

Dans le cadre de suivi en Procréation Médicalement Assistée (PMA), certaines patientes rapportaient que leur difficulté à procréer avait été attribuée à leur surpoids sans examen préalable ; #94 : « Revenez me voir quand vous serez moins grosse » ; # 36 : « Vous êtes trop grosse pour avoir un enfant ».

De nombreux événements rapportés s'étaient déroulés au sein du cabinet de médecine générale ; environ une vingtaine de réponses.

La plainte la plus fréquente était l'abord du poids lors d'une consultation pour un motif tout autre, notamment pour « une angine » #47. Durant ces consultations, le médecin abordait le poids, avec des injonctions à la perte de poids. Il conseillait de « manger équilibré » ou

« manger moins », « faire plus de sport », voire « d'arrêter de manger tout simplement » ou bien d'avoir recours à la chirurgie bariatrique, sans enquête préalable des habitudes alimentaires.

Il était aussi fréquemment perçu comme blessant, le lien fait par les médecins généralistes entre les douleurs mécaniques du « dos » et « genou » et l'excès de poids.

D'autres personnes s'étaient senties stigmatisées par l'absence de matériel adapté à leur morphologie comme le brassard à tension.

Plusieurs répondants ont rapporté la même expression formulée par leur médecin : #110 : « il n'y avait pas de gros dans les camps de concentration ». Cette formule semble servir à illustrer l'idée que pour perdre du poids, il faut simplement arrêter de manger.

Plusieurs répondants ont évoqué des propos stigmatisants reçus en cabinet de radiologie. Lors d'examen pour des gonalgies par exemple « Vous n'avez qu'à perdre du poids, vous n'aurez plus mal au genou ». Lors de la réalisation d'échographie abdominale : #45 : « je ne sais pas si on va réussir à voir avec toute cette graisse » ; ou de scanner : #230 : « Je ne vais tout de même pas casser mon scanner pour vous ! »

Certains répondants ont rapporté des propos « humiliants » lors de consultations pré-anesthésiques #299 : « Vous savez Madame, qu'il existe des opérations pour faire maigrir les gens comme vous ? ».

Plusieurs patientes ont rapporté un vécu traumatique lors de pose de péridurale compliquée.

Par ailleurs deux personnes ont déclaré avoir été refusées pour un don de sang à l'Établissement du Sang Français (ESF).

Pour d'autres, il a été question de consultation en médecine du travail durant laquelle il a été posé un diagnostic d'obésité, avec une injonction à la perte de poids.

A cela s'ajoute de nombreuses spécialités médicales et paramédicales (citées quelques fois chacune), à savoir, les médecins endocrinologues, urgentistes, chirurgiens, angiologues, des diététiciens, des infirmiers, des dentistes, des dermatologues, rhumatologue, pneumologue, pédiatre, ORL. Au total, près d'une vingtaine de professions de santé.

### **2.3.2. Les termes stigmatisants**

Cent soixante dix-sept répondants, 58,6 % (IC 95 [52,9 %; 64,4%]) pensaient que les médecins devraient éviter certains termes pour qualifier le surpoids/obésité.

Il était proposé de compléter la réponse par du texte libre. Cent treize réponses ont été obtenues, soit un taux de réponses de 37 %.

Concernant les qualificatifs physiques, les termes les plus cités étaient (par ordre décroissant) : « gros, grosse », « obèse », « obésité morbide », « IMC ».

Les injonctions comme « se mettre au régime », « se restreindre » étaient fréquemment rapportées.

Pour d'autres, les mots à éviter renvoyaient à des stéréotypes négatifs : « fainéantise », « manque de volonté », « manque d'effort ».

Pour certains, il s'agissait plutôt d'attitude et du ton employé ainsi que le manque de tact et de respect. Certains discours étaient jugés culpabilisants, moralisateurs.

Soixante-dix-neuf répondants (26,2 %) pensaient qu'il n'y avait pas de mots à bannir. Certains trouvaient qu'il était important que le terme d'obésité soit employé par le médecin.

### **2. 4. Les propositions du modèle des 5 A**

Dans notre échantillon, 170 personnes, soit 56,3 % (IC 95% [50,5 %; 62 %]), souhaitaient que leur médecin traitant recherche leur accord avant d'évoquer leur poids.

Cent quatre-vingt-quatorze répondants soit 64,2 % (IC 95 % [58,4% ; 69,9 %]) souhaitaient une consultation dédiée au poids avec leur MT.

Cent-soixante-seize personnes, soit 58,3 % (IC 95 % [52,5% ; 66,4%]), n'étaient pas gênées par la pesée ; ni par la mesure du tour de taille (191 répondants soit 63,2 % (IC 95 % [57,4 % ; 68,9 %])).

**Tableau 5 : souhait des répondants selon les propositions du modèle des 5 A**

| Questions  | Nombre de réponses<br>n = 302 |                                  |                 |
|--|-------------------------------|----------------------------------|-----------------|
|  | Réponses                      | Valeur absolue et<br>pourcentage | IC 95 %         |
| <b><u>Ask/agree = demander l'accord</u></b>  |                               |                                  |                 |
| Souhaiteriez-vous que votre<br>MG vous demande votre<br>accord avant de parler de<br>votre poids ? | Oui                           | 170 (56,3 %)                     | [0,505 ; 0,62]  |
|  | Non                           | 114 (37,7 %)                     | [0,319 ; 0,435] |
|  | NSP                           | 18 (6 %)                         |                 |
| Souhaiteriez-vous une<br>consultation consacrée au<br>poids ?                                      | Oui                           | 194 (64,2 %)                     | [0,584 ; 0,699] |
|  | Non                           | 82 (27,2 %)                      | [0,213 ; 0,329] |
|  | NSP                           | 26 (8,6 %)                       |                 |
| <b><u>Assess = évaluer</u></b>   |                               |                                  |                 |
| Est-ce que cela vous gêne de<br>vous peser chez le médecin ?                                       | Oui                           | 124 (41,1 %)                     | [0,353 ; 0,468] |
|  | Non                           | 176 (58,2 %)                     | [0,525 ; 0,664] |
|  | NSP                           | 2 (0,7 %)                        |                 |
| Préféreriez-vous ne pas vous<br>peser chez le médecin ?  | Oui                           | 103 (34,1 %)                     | [0,283 ; 0,398] |
|  | Non                           | 168 (55,6 %)                     | [0,498 ; 0,613] |
|  | NSP                           | 31 (10,3 %)                      |                 |

|   |            |                     |                        |
|---|------------|---------------------|------------------------|
| <b>Est-ce que cela vous gênerait si votre médecin mesurait votre tour de taille ?</b>                   | <b>Oui</b> | 93 (30,8%)          | [0,25 ; 0,365]         |
|   | <b>Non</b> | <b>191 (63,2 %)</b> | <b>[0,574 ; 0,689]</b> |
|   | <b>NSP</b> | 18 (6 %)            |                        |
| <b><u>Advise = conseiller</u></b>   |            |                     |                        |
| <b>Souhaitez-vous que votre médecin vous donne des conseils pour gérer votre poids ?</b>                | <b>Oui</b> | <b>210 (69,5 %)</b> | <b>[0,638 ; 0,753]</b> |
|   | <b>Non</b> | 70 (23,2 %)         | [0,174 ; 0,289]        |
|   | <b>NSP</b> | 22 (7,3 %)          |                        |
| <b><u>Assist = aider</u></b>  |            |                     |                        |
| <b>Souhaitez-vous que votre médecin vous propose de vous fixer un objectif concernant votre poids ?</b> | <b>Oui</b> | <b>182 (60,3 %)</b> | <b>[0,545 ; 0,66]</b>  |
|   | <b>Non</b> | 90 (29,8 %)         | [0,24 ; 0,355]         |
|   | <b>NSP</b> | 30 (9,9 %)          |                        |
| <b><u>Arrange = suivre</u></b>  |            |                     |                        |
| <b>Souhaitez-vous que :<br/>-votre médecin vous voit régulièrement pour suivre votre poids ?</b>        | <b>Oui</b> | <b>171 (56,6 %)</b> | <b>[0,509 ; 0,624]</b> |
|   | <b>Non</b> | 104 (34,4 %)        | [0,287 ; 0,402]        |
|   | <b>NSP</b> | 27 (8,9 %)          |                        |
| <b>- vous réorienter vers un spécialiste du poids ?</b>   | <b>Oui</b> | <b>238 (78,8 %)</b> | <b>[0,73 ; 0,846]</b>  |
|   | <b>Non</b> | 45 (14,9 %)         |                        |
|   | <b>NSP</b> | 19 (6,3 %)          |                        |

## 2. 5. Le groupe des hommes

Les hommes évaluaient leur relation avec leur médecin traitant comme excellente, évaluée à 9,7/10 en moyenne (n = 15).

Onze hommes (73,3 %) étaient en faveur d'un abord du poids direct par le MT (tableau 6).

Sept hommes sur les quinze (46,7 %), se déclaraient victimes de discrimination médicale.

Sept également pensaient que certains termes devraient être évités et souhaitaient que leur MT recherche leur accord avant de parler du poids (tableau 7). Il ne se dégageait donc pas d'opinion tranchée concernant les attentes des hommes.

Pourtant, dix d'entre eux (66,7 %) considéraient que les personnes obèses étaient moins bien prises en charge par les médecins.

**Tableau 6 : Description de la fréquence et la qualité de la relation avec le médecin traitant dans le groupe des hommes**

|  | Réponses obtenues n = 15 |                    |                             |
|--|--------------------------|--------------------|-----------------------------|
| <b>Nombres de consultations sur les 12 derniers mois</b>                 |                          |                    | <b>Médiane</b>              |
|  | 0                        | 2 (13,3 %)         | [4 à 5 fois]                |
|  | 1 à 3                    | 4 (26,6 %)         |                             |
|  | 4 à 5                    | 3 (20 %)           |                             |
|  | ≥ 6                      | 6 (40 %)           |                             |
| <b>Evaluation de la relation (de 1= très mauvaise à 10 = excellente)</b> | <b>Moyenne</b>           | <b>Ecart -type</b> | <b>IC 95% de la moyenne</b> |
|  | 9,6                      | 1,89               | [8,55 ; 10,65]              |
| <b>Fréquence de l'abord du poids avec le MG</b>                          |                          |                    |                             |
|  | Souvent                  | 10 (66,7 %)        |                             |
|  | Rarement                 | 5 (33,3 %)         |                             |
|  | Jamais                   | 0                  |                             |

|   |                    |  |
|---|--------------------|--|
| <b>Souhait d'abord du poids par le MT :</b> |                    |  |
| Oui   | <b>11 (73,3 %)</b> |  |
| Non   | 3 (20 %)           |  |
| NSP   | 1 (6,7 %)          |  |

**Tableau 7 : Croyances et antécédents de discrimination médicale en lien avec l'obésité subie par les hommes de l'échantillon**

| Questions  | Nombre de réponses en valeur absolue et pourcentage (%)<br>n = 15 |                   |             |
|--|---|-------------------|-------------|
|  | Oui   | Non               | Ne sait pas |
| <b>A votre avis, est-ce que les personnes obèses sont moins respectées par les médecins ?</b>    | <b>10 (66,7 %)</b>  | 4 (26,7 %)        | 1 (6,7 %)   |
| <b>Avez-vous déjà été blessé par les propos d'un médecin concernant votre poids ?</b>            | <b>7 (46,7 %)</b>   | <b>8 (53,3 %)</b> | 0           |
| <b>Pensez-vous que les médecins devraient éviter certains mots pour parler du surpoids ?</b>     | <b>7 (46,7 %)</b>   | <b>7 (46,7 %)</b> | 1 (6,7 %)   |
| <b>Souhaiteriez-vous que votre MG vous demande votre accord avant de parler de votre poids ?</b> | <b>7 (46,7 %)</b>   | <b>8 (53,3 %)</b> | 0           |

## 2. 6. Les personnes réticentes à l'abord du poids

Pour rappel, 89 répondants (29,4 %) ne souhaitaient pas que le médecin traitant aborde la question du poids. Dans ce groupe, 70 personnes (74,1 %) souhaitaient que le médecin demande l'accord avant d'évoquer le surpoids.

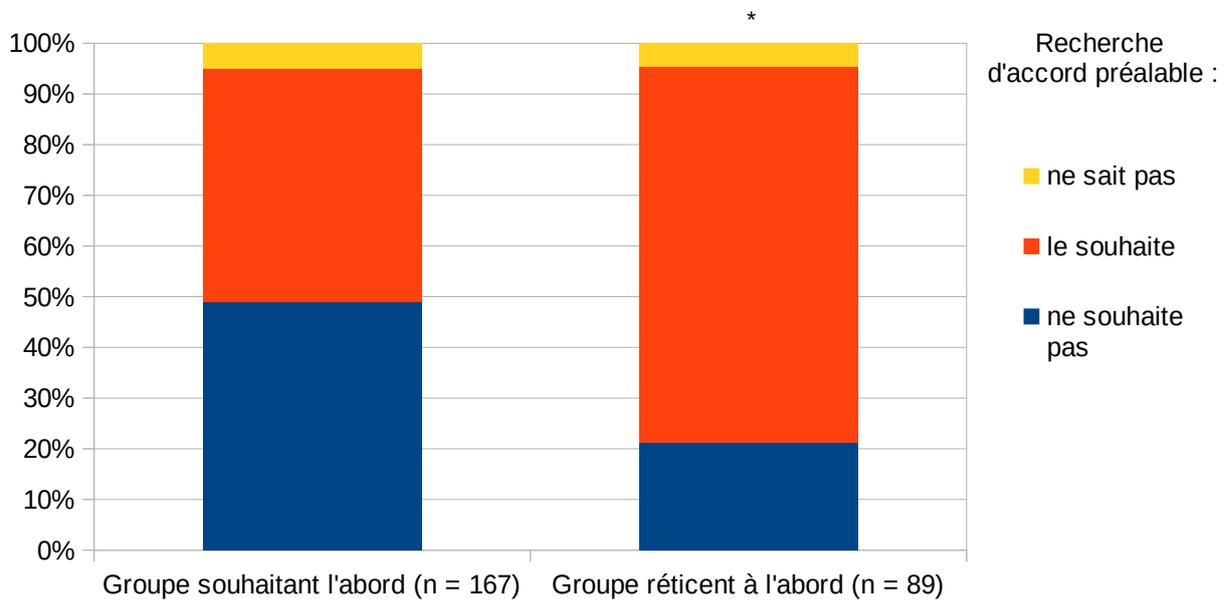
En comparaison avec le groupe se déclarant en faveur de l'abord du poids (n = 167), seulement 46,1 % (77 personnes) souhaitaient que le médecin recherche l'accord pour parler du poids.

Selon le test statistique du chi-deux réalisé au risque 5 %, les différences observées ne sont pas dues au hasard. Le souhait de recherche d'accord pour aborder le poids est significativement impacté par la réticence initiale à l'abord du poids (diagramme 1).

**Tableau 8 : Souhait de recherche d'accord préalable selon le souhait d'abord**

| Souhait d'abord<br>du poids<br>n = 302 | Souhait de recherche d'accord<br>n = 302 |                              |              |                | Test du chi-deux<br>à 2 ddl,<br>au risque alpha 5% |                             |
|--|--|------------------------------|--------------|----------------|--|-----------------------------|
|  | Non                                      | Oui                          | Ne sait pas  | n              | X <sup>2</sup><br>observé                          | X <sup>2</sup><br>théorique |
| <b>Non</b>                             | 19<br>(21,3 %)                           | <b>66</b><br><b>(74,1 %)</b> | 4<br>(4,5 %) | 89<br>(100 %)  | <b>19,23</b>                                       | 9,488                       |
| <b>Oui</b>                             | 81<br>(48,5 %)                           | <b>77</b><br><b>(46,1 %)</b> | 9<br>(5,3 %) | 167<br>(100 %) |  |                             |
| <b>Ne sait pas</b>                     | 14                                       | 27                           | 5            | 46<br>(100 %)  |  |                             |

**Diagramme 1 : représentation des effectifs (en pourcentage) des personnes souhaitant une recherche d'accord préalable dans les groupes réticents ou non un abord du poids :**



**2. 7. Le « groupe stigmatisé »**

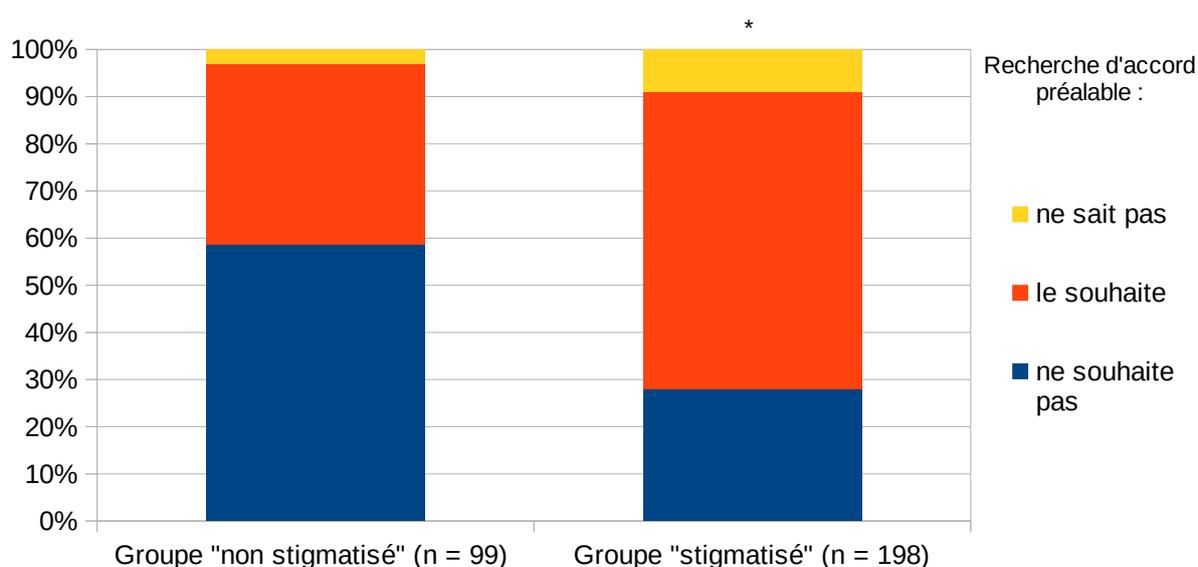
Dans le groupe de 198 personnes déclarant avoir vécu un événement stigmatisant, 187 (64,1 %) souhaitaient que le médecin traitant demande l'accord pour évoquer le sujet. Comparé au groupe indemne d'événement stigmatisant, les rapports s'inversaient et seulement 38,4 % préféraient que leur MT demande leur accord avant d'évoquer la question du poids.

Selon le test du chi-deux réalisé au risque 5%, nous pouvons conclure que le souhait de recherche d'accord à l'abord du poids est significativement impacté par l'antécédent de stigmatisation (diagramme 2).

**Tableau 9 : représentation de l'antécédent de stigmatisation et le souhait de recherche d'accord :**

| Antécédent de stigmatisation<br>n = 302 | Souhait de recherche d'accord<br>n = 302 |                |               |                | Test du chi-deux<br>à 2 ddl,<br>au risque alpha 5% |                             |
|---|--|----------------|---------------|----------------|--|-----------------------------|
|   | Oui                                      | Non            | NSP           | n              | X <sup>2</sup><br>observé                          | X <sup>2</sup><br>théorique |
| <b>oui</b>                              | <b>127</b><br><b>(64,1 %)</b>            | 56<br>(28,3 %) | 15<br>(7,6 %) | 198<br>(100 %) | <b>30,07</b>                                       | 9,488                       |
| <b>Non</b>                              | <b>38</b><br><b>(38,4 %)</b>             | 58<br>(58,6 %) | 3<br>(3 %)    | 99<br>(100 %)  |  |                             |
| <b>Ne sait pas</b>                      | 5  | 0              | 0             | 5<br>(100%)    |  |                             |

**Diagramme 2 : Répartition du souhait de demande d'accord pour évoquer le poids par le MT (en pourcentage), dans les sous-groupes se déclarant victimes ou non de stigmatisation liée à leur poids**



## **Chapitre 3 : Discussion**

### **1. Résultats principaux**

Trois cent deux questionnaires ont été complétés. La population était composée à 95 % de femmes (287). La relation des patients avec leur médecin traitant était plutôt bonne, évaluée en moyenne à 7,7/10 (IC 95% [7,44 ; 7,96 ]). La fréquence de consultation était de minimum une fois par an pour 282 répondants (soit 93,4 %).

Près des deux-tiers des répondants (65,8%) considéraient avoir été stigmatisés par des médecins.

Une majorité tendait à se dégager en faveur d'un abord du poids par le MT (55,3 % IC à 95 % [49,5 %; 61 %]).

Le groupe des hommes (n = 15) était nettement en faveur d'un abord du poids (à 73,3 %). Seulement 38,7 % des répondants pensaient que leur MT pouvait les aider dans la gestion de leur poids.

Une majorité souhaitait que leur médecin traitant recherche leur accord avant d'évoquer leur poids soit 56,3 % ( IC 95% [50,5 %; 62 %]).

Cette proportion était significativement plus importante dans le groupe de personnes réticentes à un abord direct du poids par le MT (74,1 %) et dans le groupe de personnes « stigmatisées » (64,1%).

L'ensemble des propositions du modèle des 5 A semblait en accord avec les attentes de notre population.

### **2. Forces et faiblesses de l'étude**

#### **2. 1. Force de l'étude**

Un intérêt majeur de ce travail est la réalisation d'un recrutement hors cadre médical. A notre connaissance, il n'existe pas de travaux avec un recrutement similaire sur le sujet.

L'évaluation d'un outil d'intervention brève dans l'obésité n'a également pas été retrouvée dans la littérature française.

De plus, l'obtention de plus de 300 réponses nous semble être un point fort de ce travail.

## **2. 2. Discussion des objectifs**

Des études se sont intéressées aux attentes des patients obèses envers leur médecin généraliste. (17). Des travaux de thèses (18,19) ont mis en exergue un ressenti des personnes obèses de jugement voire de discrimination, de la part des médecins. Ces données exploratoires, recueillies lors d'entretien au cabinet, ont permis de dégager des pistes de réflexion pour notre étude. Il était impératif pour notre travail, de chercher à recueillir des éléments supplémentaires.

Nous souhaitions évaluer tout d'abord les attentes de personnes recrutées hors contexte médical et explorer leur éventuel vécu de stigmatisation. Puis nous nous sommes interrogés sur les solutions pour une approche du patient obèse en médecine générale qui ne serait pas ressentie comme stigmatisante. Suite à notre revue de littérature, nous avons voulu évaluer le modèle des 5 A proposé en littérature anglo-saxonne.

## **2. 3. Discussion de la méthode**

### **2. 3. 1. Choix de la méthode**

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, transversale. Le recueil des données a été effectué par questionnaire auto-administré.

Nous avons choisi de le diffuser hors contexte médical. En effet, la plupart des études réalisées sur le sujet ont recruté des patients au sein de cabinets médicaux. Elles n'explorent donc pas les attentes de personnes ne consultant pas ou peu leur médecin généraliste.

Les données obtenues sont déclaratives et issues d'un échantillon non représentatif. Ceci ne nous permet pas d'extrapoler nos résultats.

## **2. 3.2. Biais identifiés**

### **2. 3. 2. 1. Biais de mesure : limites du questionnaire**

#### **a) Simplification des énoncés et subjectivité des réponses :**

Pour l'élaboration du questionnaire, il a fallu sélectionner et synthétiser les notions qui semblaient les plus pertinentes, au risque de réduire la diversité des réponses possibles.

Concernant la rédaction des questions, il était indispensable de veiller à simplifier les énoncés pour qu'ils soient compréhensibles par tous.

Par exemple, pour explorer l'antécédent de stigmatisation médicale en lien avec l'obésité, nous avons posé la question « Avez-vous déjà été blessé par les propos d'un médecin concernant votre poids ? ». L'appréciation d'un tel événement peut être très subjective.

Nos travaux ne permettent pas de déterminer si les médecins ont des propos stigmatisants ; ils permettent seulement d'explorer le ressenti qu'en ont les patients.

#### **b) Simplification du modèle des 5 A**

Une difficulté s'est présentée en raison de la variabilité du modèle des 5 A. Il existe en effet, quelques variations selon les études. Nous avons choisi le modèle qui semblait le plus pertinent à savoir : Ask, Assess, Advise, Assist/agree, Arrange.

De plus c'est une trame indicative, il existe une multitude d'appropriations possibles. Et donc, selon le médecin, le patient, ou selon les circonstances, ce schéma peut être adapté.

Nous avons sur la base d'études consultées, repris pour chaque point du modèle une proposition concrète. Pour faciliter la compréhension du questionnaire, nous souhaitons poser des questions simples et pragmatiques. Nous avons posé une à deux questions fermées pour chaque point du modèle.

### **2. 3. 2. 2. Biais de sélection**

Le questionnaire était à participation volontaire, il n'est donc pas représentatif d'une population cible.

#### **a) Méthode de diffusion**

Nous avons choisi de ne pas utiliser les moyens de diffusion classiques. En effet, nous ne souhaitions pas recruter les participants dans un contexte médical. Nous souhaitions cibler une population plus large, possiblement sans suivi médical, voire en rupture avec le corps médical.

Nous avons utilisé plusieurs voies de diffusion (mailing d'associations, groupes Facebook). Pour éviter cette problématique de sources hétérogènes et mal définies, nous aurions pu diffuser uniquement le questionnaire via les associations locales de personnes obèses. Nous aurions eu alors des résultats circonscrits à la région des Pays de la Loire.

Cependant, ces associations ont été trouvées via le site du CHU de Nantes, sur la page du CSO Ouest Atlantique. Ces associations ne dépendent pas du CHU, mais en raison de leur référencement, elles ne sont pas strictement indépendantes d'une structure médicale.

Ce moyen de diffusion, s'il avait été unique n'aurait pas permis de tenter d'explorer des attentes de personnes en marge du système de santé.

Nous souhaitions que l'anonymat complet du questionnaire en ligne permette une plus grande liberté d'expression.

#### **b) Rapport du répondant à la question du poids :**

Les personnes consultées se vivent avec la notion d'excès de poids. Puisque les personnes interrogées ont fait la démarche de s'inscrire à un groupe ou à une association pour personnes obèses.

Ce n'est donc pas une population « naïve » sur la question du poids.

Cependant cela ne préjuge pas de leur rapport au poids (acceptation/résignation du surpoids, volonté de perte de poids, affirmation identitaire de l'excès de poids, ...). Nous avons pris soin de ne pas sélectionner des associations axées sur la perte de poids.

## **2. 4. Discussion des résultats**

### **2. 4. 1. Caractéristiques de l'échantillon**

#### **2. 4. 1. 1. Surreprésentation féminine**

On peut constater que notre échantillon est presque exclusivement féminin, avec 95 % de répondantes.

Nous n'avons pas accès aux caractéristiques socio-démographiques des groupes auxquels le questionnaire a été envoyé. Nous savons seulement qu'ils sont mixtes, sans pouvoir préciser la proportion d'hommes.

C'est une limite significative de l'étude. L'opinion masculine est peu explorée, avec seulement 15 hommes ayant participé. Pourtant, l'obésité et le surpoids touchent la population masculine dans des proportions supérieures. (5)

Nous nous sommes interrogés sur les raisons de cette féminisation dans notre échantillon. Il résulte d'un probable biais de sélection, favorisé par la méthode de diffusion.

Il est possible que les groupes de réseaux sociaux et les associations ciblées comptent plus de femmes que d'hommes : éprouvent-elles plus le besoin de s'exprimer sur le sujet ?

Ces résultats peuvent également illustrer l'inégalité de genre concernant la discrimination des personnes obèses. Les femmes subissent plus de discrimination en raison de leur poids que les hommes (en termes d'accès à l'emploi, revalorisation salariale par exemple). Les injonctions sociétales à la minceur sont plus virulentes pour les femmes. (39)  
Le vécu social du poids semble plus lourd lorsque l'on est une femme.(40)

Nous pouvons également nous demander si la population féminine est plus fréquemment victime de stigmatisation médicale. Les femmes subissent-elles plus d'injonctions à la perte de poids de la part des médecins ?

Les travaux de Puhl et al. se sont intéressés à cette question, mais n'ont pas mis en évidence de différence significative entre la fréquence et le type de stigmatisation en fonction du genre. (41)

#### **2. 4. 1. 2. Suivi médical régulier**

Malgré notre démarche de ne pas recruter en cabinet médical, les participants avaient pour une nette majorité, un suivi médical régulier. A savoir, 93 % avaient consulté le médecin traitant au moins une fois au cours des 12 derniers mois. L'évaluation de la relation médecin-patient était évaluée dans la plupart des cas, comme bonne, notée au minimum à 6/10 pour plus de 82% des répondants (tableau 2).

#### **2. 4. 2. Les résultats**

##### **2. 4. 2. 1. Les attentes des patients**

Dans notre étude, il tendait à se dégager une majorité en faveur d'un abord du poids par le médecin traitant (55,3 % ; IC à 95 % [49,5 %; 61 %]).

Chaque point du modèle des 5 A était évalué favorablement par la majorité de notre échantillon (tableau 5). Les propositions qui semblaient répondre au mieux aux attentes de notre échantillon étaient la consultation dédiée au poids avec le MT (64,2 % ; IC 95 % [58,4% ; 69,9 %]) ; les conseils (69,5 % ; IC 95 % [63,8% ; 75,3]) ; et la réorientation vers un spécialiste du surpoids (78,8 % ; IC 95 % [73% ; 84,6%]).

Dans le groupe des hommes (n = 15), le souhait d'abord du poids s'élevait à 73,3 %. Pour les autres points évaluant les attentes chez les hommes, il ne se dégagait pas de tendances fortes. L'interprétation de ces données doit par ailleurs rester prudente en raison du faible effectif.

##### **2.4. 2. 2. La stigmatisation médicale perçue**

La majorité de notre échantillon considérait que les personnes en excès de poids étaient moins respectées par les médecins. Et près des deux-tiers (65,4 % ; IC 95 % [59,8 % ; 71,3% ]) déclaraient avoir été victimes de discrimination par un médecin en raison du poids.

Nous souhaitions à l'aide d'une question ouverte, explorer avec plus de précisions ce que les patients considéraient comme stigmatisant. Nous avons choisi de ne pas orienter le contenu des réponses. La formule laconique « vous pouvez préciser » suivait la question concernant l'antécédent de stigmatisation.

Nous avons obtenu un taux de réponses satisfaisant, avec 183 réponses libres. Les réponses étaient majoritairement factuelles, avec une description précise d'entrevues médicales (de médecine générale ou de spécialités) ou paramédicales.

Pour l'analyse de ces retours d'expériences, nous avons relevé chaque spécialité médicale évoquée. Ainsi, une vingtaine de spécialités était citée. Cette problématique semble donc concerner le corps médical et paramédical dans son ensemble.

Nous avons également dénombré les spécialités évoquées même si le but n'était pas d'établir un classement de « spécialités stigmatisantes ».

Cependant, nous pouvons constater que la spécialité de gynécologie-obstétrique était très fréquemment évoquée. Ces événements stigmatisants étaient décrits durant le suivi de grossesse, le suivi gynécologique ou de PMA.

Cette surreprésentation peut trouver son explication dans les caractéristiques de notre échantillon. Il est en effet composé à 95 % de femmes, majoritairement âgées de 18 à 55 ans (77% de l'échantillon). Donc une population spécifiquement concernée par le suivi en gynécologie-obstétrique.

Mais il semblerait également que les femmes obèses sont plus fréquemment victimes de stigmatisation au sein des maternités comparé aux femmes d'IMC normal. (42)

Les médecins généralistes ont été également très fréquemment cités. Cela confirme la notion de discrimination perçue par les patients en excès de poids au sein des cabinets de médecine générale. Point essentiel, car cette problématique est à l'origine de ce travail de thèse.

Plusieurs points ont été soulevés.

Tout d'abord, il était mentionné le manque d'équipement adapté. Les recommandations de l'HAS de 2011 (2), préconisent que chaque cabinet médical soit équipé « de sièges adaptés aux personnes avec obésité, y compris dans la salle d'attente ; de tensiomètre avec brassard adapté ; [...] de pèse-personne gradué jusqu'à 150 kilos minimum et idéalement jusqu'à 200 kilos». Cependant les médecins généralistes n'ont pas d'obligations à s'équiper avec du matériel adapté.

Il existait également de nombreuses plaintes lorsque le médecin évoquait le surpoids comme étiologie de lombalgie ou gonalgie. Pourtant, l'obésité est en facteur de risque reconnu de gonarthrose et lombalgie mécanique (43) (44)

Il semble donc indispensable d'en faire part au patient, puisque ce lien est fondé scientifiquement. Mais il semble nécessaire de le formuler avec respect, après examen clinique et éventuellement examens complémentaires appropriés, pour que ce ne soit pas perçu par le patient comme une explication réductrice de sa symptomatologie.

La plainte principale était un abord du poids jugé inadéquat et inopportun par les patients. Lors de consultation pour des symptômes viraux aigus, ces patients se voyaient imposés une discussion autour de leur poids. Ils recevaient des conseils imprécis de gestion du poids, comme « manger moins », sans interrogation préalable de leurs habitudes alimentaires.

C'est à cette problématique que tente de répondre le modèle des 5 A. Puisqu'il est du rôle du MT d'évoquer la question du poids. Mais comme c'est un sujet qui peut être délicat, il apparaît nécessaire de se questionner sur les techniques d'abord non stigmatisants, utilisables en consultation de médecine générale.

#### **2. 4. 2. 3. Pertinence de la recherche d'accord préalable**

La majorité de notre échantillon soit 56,3 % ; IC 95% [50,5 %; 62 %] souhaitait que leur médecin traitant recherche leur accord avant d'évoquer leur poids.

Dans le groupe des personnes réticentes à un abord du poids, 74 % souhaitaient que le MT demande l'accord pour évoquer le sujet.

En comparaison avec le groupe favorable à l'abord du poids, seulement 46% souhaitaient que l'on recherche leur accord. Cette différence était statistiquement significative.

Cela laisse penser que les personnes initialement réfractaires à parler du poids avec le médecin, préfèrent que le médecin recherche leur accord avant d'évoquer le poids. Dans le but d'amener une discussion autour du poids consentie par les patients et non plus subie.

Nous nous sommes également intéressés au groupe déclarant avoir subi de la stigmatisation médicale en lien avec le surpoids. Dans ce « groupe stigmatisé », 64 % souhaitaient que le MT demande l'accord pour évoquer le sujet.

Comparé au groupe indemne d'événement stigmatisant, les rapports s'inversent, et seulement 38 % préféreraient que leur MT demande leur accord.

Cette différence était également statistiquement significative.

Cela renforce l'hypothèse que la partie « Ask » du modèle des 5 A, rend plus acceptable pour le patient la discussion autour du poids, chez les sujets se déclarant victimes de stigmatisation médicale.

### **3. Comparaison des résultats avec les données de la littérature**

#### **3. 1. Attentes envers les médecins généralistes**

Les résultats que nous avons obtenus concernant les attentes des personnes obèses envers leur MT sont comparables à la littérature existante.

Des études américaines (17) ainsi que des travaux de thèses français (18,19) décrivent des patients qui souhaitent en majorité que le poids soit abordé par leur médecin traitant.

Ces études ont été réalisées auprès de patients recrutés au sein de centres médicaux.

Nos travaux diffèrent par un recrutement hors cadre médical. Cependant nos résultats sont similaires quant à la perception du rôle du MT.

#### **3. 2. Stigmatisation de l'obésité par les professionnels de santé**

La stigmatisation des soignants envers les personnes obèses ou en surpoids a été le point de départ de ce travail. Cette problématique a été mise en exergue dans de nombreux travaux. (27) (46) (47)

Nous la retrouvons également dans notre étude. La majorité de notre échantillon considérait que les personnes en excès de poids étaient moins respectées par les médecins. Et près des deux-tiers déclaraient avoir été victimes de discrimination par un médecin en raison du poids.

Cette stigmatisation inclut l'usage de certains termes pour qualifier l'excès de poids, par exemple « gras », « gros ». (48,49)

Nos travaux ont également recensé ces mêmes termes ; qu'une majorité de personnes obèses considèrent à éviter.

### 3. 3. Acceptabilité des A 5

En 2014, une revue systématique de littérature s'intéressant à l'utilisation du modèle des 5 A, et plus particulièrement aux différences entre les pratiques des médecins et les attentes des patients a été conduite. (50)

Les données recueillies montraient qu'une majorité de patients souhaitait discuter du poids avec leur médecin traitant. Les aspects « Assist » (aider) et « Arrange » (suivre) étaient les plus appréciés par les patients. Alors que la plupart des médecins, utilisaient fréquemment « Advise » (conseiller) et « Assess » (évaluer). Ils n'utilisaient que rarement « Agree » (demander l'accord), « Assist » (aider) ou « Arrange » (suivre).

Dans notre étude, il se dégageait une timide majorité en faveur d'un abord du poids par le MT, dans une approche globale mais aussi pour chaque point du modèle des 5 A (tableau 5). Ces résultats sont encourageants car ils corroborent les données de littératures étrangères. Ils confirment l'intérêt d'un tel modèle en soin de premier recours.

Cependant nos résultats ont plutôt montré un intérêt accru des patients pour être conseillés « Advise », et surtout pour être réorientés vers un professionnel de santé spécialiste du poids « Arrange ».

Cependant la comparaison avec d'autres études évaluant le modèle des 5 A reste limitée en raison de la variabilité du schéma. Par ailleurs, peu sont les études qui évaluent l'ensemble des 5 A et une minorité s'intéresse au ressenti du patient.

Nous pouvons également relever que l'évaluation du poids par la pesée ou la mesure du tour de taille était majoritairement bien acceptée par les patients. Seulement 34 % préféraient ne pas être pesés en consultation. C'est un point intéressant, car ce qui pourrait être considéré comme un « rituel stigmatisant » (51) n'est finalement pas décrit comme tel par notre échantillon.

Il en est de même pour la mesure du tour de taille, indiquée dans les recommandations de l'HAS (2). C'est une pratique qui est dans notre échantillon, mieux acceptée que la pesée (tableau 5).

## Chapitre 4. Conclusion

Notre étude avait un objectif double. Tout d'abord, déterminer les attentes des personnes en surpoids ou obèses, recrutées hors contexte médical, concernant l'abord du poids par le médecin généraliste.

Parmi les personnes interrogées, une majorité souhaitait que le médecin généraliste aborde la question de leur poids. Pourtant, la plupart considérait que le MT ne pouvait pas les aider dans la gestion de leur poids. Les deux tiers de notre échantillon déclaraient avoir été victimes de stigmatisation médicale de la part de médecins généralistes ou spécialistes.

Notre second objectif était d'évaluer l'acceptabilité d'un abord du poids s'inscrivant dans le modèle des 5 A. L'ensemble des propositions du modèle des 5 A était en accord avec les attentes des personnes interrogées.

Ces résultats confirment l'intérêt d'un abord du poids par le médecin généraliste en cas d'excès de poids. Cet abord pour être adapté et efficace peut s'appuyer sur le modèle des 5 A. Le but est d'initier une prise en charge de l'obésité avec l'adhésion du patient.

Pour faciliter cette prise en charge de l'obésité en médecine générale, différents leviers peuvent être envisagés.

Sur le plan pédagogique tout d'abord, il pourrait être intéressant que les étudiants en médecine puissent être sensibilisés à la problématique de stigmatisation de l'obésité tout au long de leur cursus. Il faudrait également accorder une place plus importante à la médecine de l'obésité dans la formation des jeunes médecins.

Il semble important de poursuivre les efforts de formation des médecins généralistes à l'éducation thérapeutique et l'entretien motivationnel.

La proposition d'un modèle d'intervention brève nous semble pertinent. Le modèle des 5 A semble être une trame intéressante. Des travaux ultérieurs pourraient en évaluer l'application pratique et l'efficacité.

L'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité est indéniable. La filière de soins s'échelonne sur 3 niveaux, du médecin traitant aux CSO. Pour dynamiser ce réseau

de soins, il pourrait être intéressant de favoriser les échanges entre les différents acteurs.

Notamment concernant les CSO, dont les missions sont peu connues des médecins généralistes.

De plus, l'aspect financier est souvent un frein pour les patients pour entreprendre un suivi diététique ou psychologique. Il semble important que les personnes obèses puissent bénéficier d'une prise en charge financière par la Sécurité sociale de leur suivi diététique sur prescription médicale. Il en est de même pour le suivi psychologique s'il est indiqué.

Il serait également intéressant que la prescription d'Activité physique adaptée (APA) puisse être ouverte aux patients obèses, sans attendre la survenue de complications les plaçant en Affection longue durée (ALD).

Concernant les médecins installés, des mesures d'incitation financière pour l'équipement du cabinet et la prise en charge de l'obésité pourraient être envisagées.

Dans le cadre de la Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), des indicateurs de prévention pour la réalisation d'interventions brèves concernant l'obésité pourraient être ajoutés à ceux déjà prévus pour le tabac et la consommation d'alcool. (52)

Le « Forfait structure » portant sur l'équipement du cabinet pourrait prévoir un indicateur portant sur l'équipement en matériel adapté aux personnes obèses (brassard à tension, pèse-personne, fauteuils adaptés, ...).

La revalorisation des consultations dédiées à l'obésité à l'aide d'une cotation spécifique comme cela existe déjà pour les enfants à risque d'obésité, pourrait favoriser la prise en charge par le médecin généraliste. Ceci pourrait inciter le médecin à prévoir des consultations plus longues, dédiées à la question du poids.

Ces quelques pistes pourraient permettre d'améliorer le dépistage et la prise en charge de l'obésité par le médecin généraliste. Cette démarche doit reposer sur la notion de respect de la personne obèse et se faire avec l'adhésion de celle-ci.

## **ANNEXES**

### **Annexe 1 : Titre du questionnaire**

« Attentes des personnes en surpoids ou obèses concernant leur médecin généraliste »

### **Annexe 2 : Texte de présentation**

« Dans le cadre de ma thèse de Médecine générale, je souhaite connaître vos attentes envers votre médecin généraliste concernant l'abord de votre poids.

Vous pouvez participer si vous habitez en France, que vous avez entre 18 et 74 ans et que vous êtes en surpoids.

Vos réponses resteront anonymes.

Merci de votre participation

Laura FRIEDEMANN, interne au CHU de Nantes »

### **Annexe 3 : Questionnaire**

1) Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste ? 0 ; 1 à 3 fois ; 4 à 5 fois ; plus de 6 fois

2) Comment évaluez vous votre relation avec votre médecin généraliste ? De 1 = très mauvais à 10 = excellente

3) Souhaitez-vous que votre médecin vous parle de votre poids ? Oui / Non / Je ne sais pas

4) Est-ce que vous parlez de poids avec votre médecin ? Souvent /rarement /jamais

5) Est-ce que vous pensez que votre médecin peut vous aider dans la gestion de votre poids ?  
Oui / Non / Je ne sais pas

6) A votre avis, est-ce que les personnes obèses sont prises en charge différemment par les médecins ? Moins bien prises en charge / mieux prises en charge / PEC de la même façon / Je ne sais pas

7) A votre avis, est-ce que les personnes obèses sont moins respectées par les médecins ? Oui / Non / Je ne sais pas

8) Avez-vous déjà été blessé par les propos d'un médecin concernant votre poids ? Oui / Non / Je ne sais pas

9) Si vous avez répondu oui à la question précédente, vous pouvez préciser : (réponse libre)

10) Pensez-vous que les médecins devraient éviter certains mots pour parler du surpoids ? Oui / Non / Je ne sais pas

11) Quels sont ces mots selon vous ? (réponse facultative)

12) Souhaiteriez-vous que votre médecin généraliste vous demande votre accord avant de vous parler de votre poids ? Oui / Non / Je ne sais pas

13) Souhaiteriez-vous qu'il/elle vous propose une consultation consacrée à votre poids ? Oui / Non / Je ne sais pas

14) Est-ce que cela vous gêne de vous peser chez le médecin ? Oui / Non / Je ne sais pas

15) Préféreriez-vous ne pas vous peser chez le médecin ? Oui / Non / Je ne sais pas

16) Est-ce que cela vous gênerait si votre médecin mesurait votre tour de taille ? Oui / Non / Je ne sais pas

17) Souhaiteriez-vous que votre médecin vous donne des conseils pour gérer votre poids ? Oui / Non / Je ne sais pas

18) Souhaiteriez-vous que votre médecin vous propose de vous fixer un objectif concernant votre poids ? (par exemple augmenter votre activité physique, ne pas prendre de poids, ...)  
Oui / Non / Je ne sais pas

19) Souhaiteriez-vous que votre médecin vous voit régulièrement pour suivre votre poids ?  
Oui / Non / Je ne sais pas

20) Souhaiteriez-vous que votre médecin vous réoriente vers un spécialiste du poids ? (médecin nutritionniste, diététicien.ne, chirurgien.ne bariatrique, ... ) Oui / Non / Je ne sais pas

21) La relation que vous avez avec votre corps est : de 1 = négative à 5 = positive

22) Avez-vous une maladie favorisée par le surpoids ? (diabète, hypertension artérielle, ..) Oui / Non / Je ne sais pas

23) Pensez-vous que l'obésité soit une maladie ? Oui / Non / Je ne sais pas

24) Votre âge : 18 à 30 ans / 31 à 55 ans / 56 à 64 ans / Plus de 65 ans

25) Vous êtes : un homme / une femme

26) Votre poids (en kg) :

27) Votre taille (en cm) :

**Annexes 4 : Réponses libres à la question 9 : « Si vous avez répondu oui à la question précédente (Avez-vous déjà été blessé par les propos d'un médecin concernant votre poids ?), vous pouvez préciser »**

|    |   |
|----|---|
| 5  | "Un gros a renoncé à faire des efforts depuis longtemps"  |
| 8  | en consultation chez spécialiste, dans le milieu du travail (travaillant en CH)   |
| 11 | Médecin anesthésiste a dit maman qu'elle lui faisait prendre des risques en étant aussi « Grosse »  |
| 12 | Par un angiologie pour un dopler  |
| 13 | Pour un mal de dos : "est-ce que vous vous rendez compte de la charge au cm2 que subit votre colonne vertébrale à cause votre poids"  |
| 14 | Lors de mon accouchement par césarienne, au moment de poser la péridurale, l'anesthésiste n'a pas arrêté de dire que mon poids compliquant les choses, que je risquais de devoir être complètement endormie... il a tellement appuyé fort avec ses pouces dans mon dos que j'en ai eu des hématomes...  |
| 17 | Plusieurs fois un dentiste, un rhumatologue, un orl   |
| 22 | J'ai eu une mycose et le médecin remplaçant me disait que ça venait de mon obesite ! Hors comme pr bcp cette mycose était du à un champignon et non à du diabète que je n'ai jamais eu !!!  |
| 24 | Il a ete meprisant  |
| 25 | Par un Gynécologue...<br>Il a trouvé que j'ai un utérus de maigre, comme quoi, parfois<br>Les intérieurs sont mieux que les extérieurs !<br>Je l'ai pris en dérision et avec les copines, j'ai raconté la scène avec humour.<br>Enfin ce gynécologue m'a opérée super bien de mes deux cancers du sein.<br>Mauvais dans les relations humaines mais très bon chirurgien.<br>Faut prendre le côté positif.   |
| 27 | Un endocrinologue, un anesthésiste et mes généralistes à des moments où je ne pouvais pas entendre ce qu'ils disaient.  |
| 30 | Je me suis fait une entorse du genou. Le médecin qui ma pris en charge m'a précisé que je devais continuer à être aussi grosse pour pouvoir ne jamais guérir et que c etzis bien fait pour moi  |
| 31 | Avec un gynécologue   |
| 32 | Gynécologue   |
| 35 | Après 3 ans de PMA , vous êtes trop grosse pour avoir un enfant , moi ma femme est enceinte mais il faut perdre beaucoup de poids la c'est pas possible   |
| 36 | Si j'ai dès problèmes de santé c'est de ma faute car je suis obèse  |
| 37 | Tout est de la faute du poids... Maux de tete, mal au bras, dos(ca je suis d accord). Tout.... Et on m a clairement dit on n est pas gros a lecher les murs..., actuellement personne ne veut m operer de prothese de genou... Je suis de plus en Plus handicapée et on attend juste que je meurs..... J ai souvent entendu on ne peut rien faire pour vous. Vous avez vu dans l etat que vous etes .... Meme un medecin qui me dit vous allez mourir bientôt..... Avant 50ans... Il est decede avant |

|    |   |
|----|---|
|    | moi. .. C rst inadmissible d etre traitee pire qu un animal. ..   |
| 39 | un angiologue m'a dit de revenir le voir lorsque je ferais 20 kg de moins. Un gynécologue lors d'une échographie s'agaçait parce qu'elle ne voyait rien à cause de ma paroi abdominale trop épaisse. En général, les médecins mettent tous mes maux à cause de mon surpoids, ce qui est souvent vrai, mais ne cherche pas à nous faire comprendre la maladie obésité. |
| 40 | Du style "faudrait manger moins!" Sans rien savoir  |
| 41 | Remarque sur le poids alors que je ne viens pas pour cela   |
| 43 | Je suis malade de la thyroïde en obésité depuis toute petite . A 16 ans mon endocrinologie me donnait un rdv tous les mois et je devais noter mes repas .. je me suis fait engueuler pour avoir manger une part de mon gâteau d anniversaire.. a ce moment la j ai tout lâché et je n ai revu un endocrinologue que l année dernière a 28 ans ..                      |
| 44 | J'étais enceinte et avant de procéder à une cho elle ma dit " à bin je ne sais pas si ont vas réussir à le voit avec toute cette graisse !" Puis elle ma pince la poignée d'amour...  |
| 46 | On entend tjrs il faut perdre du poids même si on vient consulter pour une angine   |
| 47 | Réflexions, refus de prise en charge d'autre maladie ( alors que celle-ci n'avait aucune relation avec l'obésité)   |
| 48 | Ce n est pas la peine de venir me voir,Qu est ce que je vous dire arrête de manger vous irez mieux  |
| 49 | Le médecin m'a dit vous êtes plus qu'en surpoids, vous avez au moins 15 kilos à perdre . Il faut marcher c'est important  |
| 50 | suite 1 opération difficulté à cause de ma graisse interne  |
| 51 | Mon médecin m'a demande si j avais un chien ? je lui est dit non mais c'est mon souhait mais ce n'est pas possible .je lui dit que si j avais un chien je pourrai le promener me dépenser physiquement et là il me dit que serait bien d'avoir un chien car il pourrait Bouffer la moitié de ma gamelle ...faut avoir de l humour sinon                               |
| 52 | Chez un endocrinologue il y a 20 ans en arrière   |
| 53 | Lorsque j etais enceinte de ma première, le gynéco n a pas été tendre sur ma prise de poid.donc pour mes 2 autres grossesses j etais suivi par mon médecin traitant. Et divers médecin aux urgences des propos pas cool sur mon poid.   |
| 59 | un gynecologue ma dit perdez du poids sinon je vous aide pas a avoir un enfant  |
| 60 | Vous etes du style a vous goinfré de Nutella sur votre canapé.<br>Ca va la grosse ?<br>Vous êtes grosse mais intelligente cest bien .<br>Vous avez déjà travaillé vous etes sur ?   |
| 61 | Il avais de problème avec personne obese je pense   |
| 63 | Manque de motivation se laisse aller etc..  |
| 64 | J'avais des douleurs dans le dos, et il m'a dit que j'avais qu'à arrêter de manger.   |
| 65 | Que j'étais malade car je suis grosse alors que c'était pas ça  |
| 70 | Lorsque l'on est malade (maux de gorge "angine") est que l'on nous répond c'est dû à votre poids..... il faut penser à aller courir de temps en temps .....   |
| 72 | Rabaisser par un gynéco parce que j étais enceinte avec mon poids énorme aucun tact   |
| 73 | L'idée que je ne faisais pas assez d'effort   |
| 79 | Médecin traitant, gynécologues et personnel de maternité insultants   |

|     |  |
|-----|--|
| 80  | "Vous devriez vraiment faire quelque chose. Je vous alerte de la situation".<br>Mais à aucun on m'a conseillé, ni accompagné.<br>C'est moi même qui est consulté un chirurgien et envisagée la chirurgie bariatrique. Sans même en parler avec mon généraliste.  |
| 81  | Dénigrement  |
| 82  | Me dire de faire attention sans savoir a quoi était dû ce surpoids   |
| 83  | Que des personnes en surpoids ne devraient pas faire d'enfants   |
| 85  | Des réflexions plus que des conseils   |
| 87  | une medecin qui m'a dénigrer   |
| 92  | "il n'y avait pas d'obèses à Auschwitz" mais pas par mon médecin traitant  |
| 93  | Plusieurs fois: une gynéco de PMA qui m'a dit textuellement "revenez me voir quand vous serez moins grosse" en me voyant, sans même regarder mon dossier ,<br>Ou un anesthésiste lors d'une cs pré opératoire, en entrant dans son bureau, il me regarde et me dit " Oh lala madame! Savez vous qu'il existe des interventions pour maigrir?" Et cela avant même de me consulter,<br>D'ailleurs mon poids à toujours été la 1ere chose dont on me parlait quand je consultais... |
| 95  | Que les « gros » ne sont pas des exemples à suivre par leur manques de motivation  |
| 98  | Manque de respect  |
| 99  | Recaler par le médecin de l'EFS  |
| 104 | C était quand j'ai prise de sang il ma dit vous devez avoir pleins de mauvais résultats  |
| 105 | Si je suis grosse c'est parceque j'ai une mauvaise hygiène de vie et il n'y a que moi qui peut changer ça. En bref, si je suis grosse c'est de ma faute, c'est parce que je le veux bien.  |
| 106 | Des remarques lors d'examens notamment échographies lors de mes grossesses ou échographie du foie. Ce sont sûrement (enfin j'espère !) Des propos qui ne se voulaient pas blessants mais ça fait mal quand même.   |
| 107 | Si vous voulez maigrir arrêtez de manger. C'est simple.  |
| 109 | Mon médecin de l époque m avez dit qu il y avez pas de gros dans les camps de concentration  |
| 110 | Jugement personnel sur mon mode de vie   |
| 111 | Nutritionniste, "ah oui vous êtes forte" quand je suis en sous vêtements   |
| 113 | Visite medecine du travail, une medecin que je ne connais ni d'adam ni d'eve s'exclame « mais vous êtes obèse » à la pesée (merci j'avais pas remarqué) et commence à me dire tout ce que je dois faire. Je l'ai rembarée en lui disant que j'étais deja prise en charge et que j'avais pas besoin d'elle mais c'était humiliant sa façon de faire comme si j'étais une gamine.  |
| 114 | Mon gastro m'a dit que si j'avais des remontées acides, elles étaient dues à mon obésité. C'est lui qui m'a " poussé" pour faire une sleeve, mon médecin traitant étant contre.  |
| 115 | Certains médecin expliquent leur échec de traitement par notre surpoids, ce qui est parfois vrai, mais pas tout le temps   |
| 117 | Entre le fait que vous soyez grosse et le cancer des testicules de votre copian n'essayez même pas d'avoir un enfant c'est impossible ! Une gynécologue<br>Si vous faisiez une opération bariatrique votre ligament se réparerai sans opération. Un chirurgien orthopédique<br>Si vous faisiez une sleeve vous n'auriez pas d'angine au lois d'août. Un remplaçant généraliste   |
| 120 | Lors de une radiographie   |

|     |  |
|-----|--|
| 121 | Certain médecin reste persuadé que l'on est gros car on se gave. Donc j'ai eu droit à "Auschwitz il ni avait pas de gros"  |
| 122 | pas par mon généraliste,mais par un médecin lors d'un IRM du genou.Il m'a dit"vous n'avez qu'à perdre du poids et tout ira mieux .Vous mangez moins et vous allez voir que vous allez maigrir"Et dit avec ironie.Très dur pour moi.....pleurs +++ ,et,conclusion en rentrant à la maison je me suis fait un bon gouter bien calorique  |
| 123 | Mal de dos donc je demande au médecin de regarder et il m'a dit que si j'avais mal au dos c'était à cause de mon poids. Il ne m'a pas osculter et résultat j'ai de mal tout le temps   |
| 124 | Lors d'un RDV gynécologique on m'a dit que j'étais tellement grosse que même avec de l'espoir je n'aurai pas d'enfant.<br>J'ai fais une phlébite suite à un alitement après un CMV parce qu'on ne m'avait pas prescrit de piqûre malgré que je restais couchée, on a su me dire à plusieurs reprises que tout ce qui m'arrivait c'était à cause de mon poids.  |
| 125 | monter sur la table, le tabouret   |
| 127 | ne pas avoir de brassard pour la tension assez grand ou dire pour vous je dois chercher le plus grand ...  |
| 129 | Il va falloir que j achète un tensiomètre adapté à votre bras. Le brassard est trop petit  |
| 131 | Un endocrinologue m a dit : "si la chir bariatrique ne marche pas y a plus qu à coudre la bouche" joignant le geste à la parole avec un sourire narquois!!   |
| 132 | Une fois, alors que ce n'était même pas mon médecin mais celui de ma mamie et qu'on y allait pour elle il a dit tout haut que " sa petite fille devrait faire une régime "   |
| 133 | Lors d une intervention chirurgicale un anesthésiste qui n arrivait pas à me piquer car pour lui trop grosse a jeter sa piqûre sur mon ventre en disant en dormez moi Ça au masque on verra plus tard  |
| 135 | Plus jeune une médecin qui sans cesse me parler de mon poids certes j'étais rondelette et en léger surpoids mais elle en faisait tout un fromage je stressais à l'idée d'aller la voir...  |
| 136 | Car il ne comprend le contexte familial  |
| 138 | Un jeune docteur qui bavardait avec un petit groupe de personnes de son nouveau cabinet avant d'entrer en consultation, a demandé si quelqu'un connaissait le "camionneur jaune" installé en salle d'attente.... le seul camionneur jaune c'était moi avec une doudoune jaune et pesant 144kg pour 1 60 ... arrivée chez moi j'ai brûlé le vêtement et appelé le cabinet en m'excusant d'avoir mal garé mon camion jaune. La secrétaire ne comprenait pas bien disait-elle, je lui ai simplement dit qu'elle devait interroger le docteur, qui lui était au courant. Cruel et peu à son honneur ... je ne suis jamais retournée en consultation. Et je n'ai jamais oublié non plus !!! |
| 140 | Pas moi personnellement mais des infirmiers se sont moqué ouvertement de mon beau frère et devant lui en disant qu'il ressemblait a une femme enceinte avec son gros ventre. Un dentiste s'est moqué d'une cliente obèse qui était dans la salle d'attente devant une amie a moi lors d'une consultation   |
| 143 | Jugement de valeurs deux fois sur mon poids , que c facile de prendre 5 repas , que je vais grossir encore plus avec une grossesse.  |
| 145 | - une nutritionniste a dit j'etais degueulasse<br>- une gyneco a refusé de me faire passer des exams et soigner tant que j'avais pas perdu de poids<br>- un médecin a mis mes problèmes de genoux sur le dos de mon poids sans passer d'examens  |

|     |  |
|-----|--|
|     | (c'était faux on a fini par le savoir une fois les examens passés chez une autre généraliste)<br>- On a voulu me faire faire opération bariatrique dans un centre tca alors que je venais pour qu'on m'aide pour mes tca pas pour maigrir<br>- etc...  |
| 147 | Les médecins n'y connaissent rien et ne voit pas l'aspect systémique de la grossophobie, ni les TCA, ni l'aspect psychologique. Je suis survivante de la pédocriminalité et je suis persuadée que je suis grosse en partie en lien avec ça. J'ai subi ÉNORMÉMENT de grossophobie médicale, surtout obstétricale.   |
| 148 | Un médecin ne cessait de parler de régimes alors que je venais pour d'autres choses (angines par exemple). Une autre avait des biais grossophobes et notamment m'a traitée de menteuse lorsque je suis venue la voir pour une grippe, m'a donné 3 jours d'arrêt en m'engueulant alors que je lui disais que je me sentais très malade (j'ai finalement été couchée, très malade, dont deux jours sans pouvoir bouger du tout, pendant 5 jours complet), elle ne cachait pas son dégoût de mon corps. 3 médecins sur les 4 que j'ai connus n'ont rien tenté pour m'aider à régler certains problèmes, me disant juste de perdre du poids sans m'aider à ne plus souffrir en attendant de perdre du poids. Ils n'ont pas non plus pris au sérieux mes appels à l'aide lorsque j'essayais de leur dire que j'allais mal et que j'avais besoin d'antidépresseurs. Ils me parlaient de régimes alimentaires sans même savoir ce que je consommais comme nourriture au quotidien ni s'il y avait des raisons autres à mon obésité...   |
| 149 | Une remarque sur mon poids qui n'avait rien à voir avec la raison de ma consultation.  |
| 150 | Je viens pour une opération au nez pour mieux respirer, il me parle chirurgie bariatrique (35 ans). Je veux faire corriger une cicatrice (=un cratère, pas un détail), il me dit de d'abord perdre du poids (15 ans). Mon ex gyné "ohlala ce ventre, on va vérifier la glycémie" (spoiler : elle était normale) (34 ans). Etc.   |
| 151 | Ne pas prendre en compte ma plainte et m'imaginer avec des pathologies que je n'ai pas   |
| 152 | Plusieurs fois ! Je ne suis pas allée chez le médecin pendant une dizaine d'années à cause de ça. Heureusement aujourd'hui j'ai enfin trouvé une généraliste sympa avec qui je peux en parler sans être jugée.<br><br>Quelques exemples :<br>- "Nan mais madame vous êtes trop grosse, il faut arrêter de manger tout simplement"<br>- J'ai dû faire une échographie récemment et en entrant dans la salle le médecin a roulé des yeux et dit sans un bonjour "bon déshabillez-vous, on va devoir passer par voie endo-vaginale parce que là *regard de haut en bas plein de dégoût et petits non de la tête*" étant vierge je lui ai demandé s'il était sûr et il a dit "bah oui on va être obligé là madame, il n'y a pas le choix *lève les yeux au ciel et sort de la salle*"<br>- Je fais beaucoup de sport (2h/j 5 fois/semaine), pourtant quand je le dis à des médecins ils sont choqués et me demandent si c'est vrai ou si je mens<br>- Ayant un très fort hirsutisme au visage et une aménorrhée, j'ai dû faire mes propres recherches, trouver moi-même que j'étais atteinte d'un Syndrome de Cushing, et demander des analyses à mon médecin traitant pour enfin être prise au sérieux. J'ai vu 3 endocrinos avant d'être prise en charge : la première n'a même pas cherché à comprendre et m'a juste redirigée vers un centre pour gros pour perdre du poids sans demander d'analyses, la deuxième a cherché un SOPK et en voyant que ce n'était pas ça a juste dit "vous êtes Algérienne, c'est normal ne vous inquiétez |

|     |  |
|-----|--|
|     | pas", la 3e a dit "je vous prescriis ça pour maigrir et après on verra". En voyant les résultats des analyses que j'avais demandées, la 4e m'a enfin crue et redirigée vers des spécialistes de la maladie qui ont confirmé le diagnostique. Je n'arrive pas à m'enlever de la tête que si j'avais été blanche et mince, les médecins auraient dit qu'évidemment une aménorrhée de 4 ans à 25 ans n'était pas normale et m'auraient prise en charge correctement.  |
| 153 | Par un gynécologue pma qui devant mon mari me parlait de mes couches de gras . Par un chirurgien qui m a engueulé pour avoir pris du poids en me disant q UE c etait de ma faute j ai pense le suicider après par un dermatologue qui a mis sur le compte du poids et du manque d d'hygiène mes abcès alors que plus tard on m a trouvé un syndrome de la peau . Par de nombreux nutritionniste plein de préjugés  |
| 155 | Je ne parle jamais de mes soucis de ronflements ou de mes genoux qui craquent a mon médecin traitant car la seule fois où j'ai dit que j'avais mal aux lombaires et aux trapèzes elle m'a dit qu'il faudrait que je perde du poids. C'était du au fait que je m'étais fait mal en faisant des livraisons et ce sont les régimes qui m'ont rendue grosse. Jusqu'à mes 12 ans le pédiatre disait a ma mère que j'étais au dessus de la courbe qu'il fallait me surveiller en parlant de moi comme si j'étais pas là, et cela a donné l'opportunité a ma famille de pourrir en grande partie mon enfance. j'ai peur qu'on réduise de nouveau les soucis mentionnés plus haut a mon poids et qu'on m'en fasse la réflexion comme si j'etais encore une enfant. Du coup j'aborde jamais le sujet et je me fais pas soigner. |
| 156 | Il m'a fait mettre nu pour me peser. Me mesurer. Puis après fière de lui le dit « vous êtes en surpoids ». Non mais quelle blague. Ça se voit. Pas besoin de te cacher derrière un calcul d'IMC.   |
| 157 | Venue pour une angine, le médecin a passé 20 minutes à me parler de mon poids et de la chirurgie bariatrique, insistant sur les comorbidités. A l'en croire, j'avais peu de temps à vivre. Mon angine et mes points blancs au fond de la gorge n'ont même pas eu 5 minutes de son attention.   |
| 158 | Il fait des blagues sur les poids lourds mais heureusement qu'il a eu une remplaçante sinon il serait passé à côté d'une pathologie grave m'ayant conduit à me faire opérer en urgence   |
| 160 | A 17 ans, me dire que l'anneau etait la derniere solution qu'il me restait... je faisais 80kg pour 1m50. Me laisser moins d'une semaine pour donner ma reponse pour une hospitalisation  |
| 161 | Refus d'aide dans desir de grossesse   |
| 162 | Le moindre symptôme est diagnostiqué comme une cause évidente de mon obésité   |
| 166 | Par mon endocrinologie ,peut a l ecoute car il n y avait apres les examens aucun raison medical ma prise de poids et ma conseille de manger moins ,en me reconduisent vers la sortie   |
| 167 | Douleur au genou , problème de respiration mal au bras.... On M as répondu c es à cause de votre poids, pensé à maigrir quand même. Alors que j ai toujours eu mal même quand j était mince.   |
| 170 | Sa réponse à mon problème de genoux ," si vous étiez moins grosse vous auriez pas vos problèmes de genoux.   |
| 177 | il est foutu de moi carrement jai le ventre tressss gonflé comme une femme enceinte jai le syndrome du colon irritable mais aucuns medecins ne m aide lundi jvais tapée de nouveau sur le bureau de mon medecin traitant pour me sogner ce mal qui dure deja depuis quelque s années la en six moi a cause pompe a insuline mis en juillet 2020 pris 8kg et bien sure sur le ventre  |

|     |  |
|-----|--|
| 178 | C'était un anesthésiste pour ma part !   |
| 179 | <p>Ma prise de poids est liée au décès de mon père et mon médecin m'a dit qu'il était malgré tout temps que je me reprenne en main.</p> <p>Ensuite rdv chez la gynécologue qui m'a dit quasiment dès le début du rdv « vous avez pris pas mal de kilos depuis la dernière fois non? »</p> <p>Tous les 2 avec des airs des hautains et condescendants<br/>Aucune empathie, ils n'ont pas cherché pas à comprendre...</p>  |
| 180 | Je me suis senti blessée et humiliée   |
| 181 | Il me dit de faire attention a ce que je mange mais ca je le sait j'ai besoin daide piur le faire  |
| 182 | Manque de volonte  |
| 184 | Il ma dit clair tente j aime pas les femmes grosses  |
| 186 | Des réflexions du style il faudrait penser à perdre du poids. Pas par mon médecin généraliste mais par les anesthésistes. Sans connaître le patient et la raison de sa prise de poids ils se permettent de porter des jugements de valeur. Mais évidemment sans donner de conseils pour aider à cette perte de poids donc réflexion culpabilisante sans apport de solutions où de conseils.  |
| 187 | <p>Des remarques désobligeantes mais pas de conseils, ou de soutien .</p> <p>Peu d'écoute.</p> <p>J'ai rencontré un professeur spécialisé dans la prise en charge du poids.</p> <p>Il m'a conseillé weight watchers...</p> <p>Voilà....</p> <p>Je n'ai pas avancé depuis.</p>  |
| 191 | Je suis allée aux urgences car j'avais tres mal.au côté. Droit.et l'urgentiste dit d'un ton... je ne peux palpe envoyez la au scanner. J'avais un calcul rénal.  |
| 195 | Qu'il fallait que je perde du poids  |
| 196 | Ne pas chercher ce qu'on a et mettre tout sur le poids alors qu'après des recherches auprès de spécialistes ça avais rien a voir. Le poids c'est une excuse facile   |
| 200 | Ne jamais s'adapter à la problématique d'une personne en situation d'handicap par une obésité morbide... Exemple : prise de tension, IRM , Scanner, prélèvement de sang et d'urine, etc... Par conséquent, un diagnostic qui peut devenir peu fiable puisque pas vérifier..  |
| 201 | Lors d'un expertise du a mon accident de travail le médecin m'a clairement fait comprendre que si j'avais moins de poids j'aurais moins mal au dos ! Il m'a dit a votre âge ( a l'époque plus jeune ) il est temps de vous reprendre !   |
| 202 | Une fois un médecin m'a dit que je devais perdre du poids alors que je consultais pour un rhume.   |
| 203 | <p>Lors d'une échographie à l'hôpital nord enceinte de 8 mois il y a 11 ans ... elle m'a fais une leçon de morale comme quoi a cause de ma graisse niveau ventre on voyais pas le bébé et que c'est honteux et égoïste de tomber enceinte alors que je suis en obésité que mon bébé serait sans doute obèse ( pas du tout même le contraire )</p> <p>Et que au lieu de prendre 10 kilo j'aurais du prendre 0 que je pouvais allez voir ailleurs car elle dans ses conditions elle pouvait pas faire l'examen !</p> |
| 205 | Il faut perdre du poids, c'est gros et moche (1 mois après mon accouchement).  |
| 207 | La cicatrisation ne se fera jamais correctement (césarienne haute) résultat ma cicatrice est un  |

|     |   |
|-----|---|
|     | trait tout fin.   |
| 208 | Une consultation ne concernant pas mon poids (dermatologue) où le médecin m'a recommandé un régime et un confrère nutritionniste.   |
| 209 | <p>Les médecins partent du principe que surpoids = la personne mange trop, ne fait pas assez de sport. Dans mon cas, j'ai été longtemps sous un traitement antidépresseurs qui me faisait prendre beaucoup de poids, et les médecins ont toujours nié cet effet du traitement (surprise, quand je l'ai arrêté, la prise de poids s'est aussi arrêtée net). Du coup au lieu de me proposer d'autres médicaments, on m'a posé des questions comme "vous mangez beaucoup de gâteaux non ?" c'est blessant, c'est stigmatisant, stop.</p> <p>De la même manière pendant mes troubles de thyroïde, les médecins ont voulu absolument tout mettre sur mon alimentation, soit disant je mangeais trop gras, trop de pain blanc, trop de riz blanc (je suis végétarienne, je mange beaucoup de légumes etc) alors qu'au final mon traitement était mal dosé (surprise, encore une fois). Dans les deux cas ma prise de poids était directement lié à de la négligence médicale....</p> <p>Si le patient-e vient vous parler de son poids, posez-vous la question d'une pathologie sous-jacente (thyroïde, traitement médical, etc) avant de proposer des histoires de régime. Si votre patient-e est gros-se je peux vous assurer qu'il est déjà passé par tous les régimes possibles et imaginables. S'il y a vraiment une question de rapport à l'alimentation, les orienter vers un psychiatre non-grossophobe pour travailler le rapport au corps et à la nourriture.</p> |
| 210 | J'ai vécu de nombreuses violences de la part d'un médecin généraliste au cours de mon enfance, sous prétexte qu'il le faisait en tant qu'ami de la famille mes parents ne l'ont jamais confronté. Plusieurs médecins m'ont reproché mon surpoids lorsque je venais parler de sinusite, alors que les deux n'avaient aucune corrélation, ma sinusite étant allergique.   |
| 211 | Je ne supporte plus qu'on me dise de manger équilibré. Ça fait 50 ans que je fais des régimes avec effet yoyo   |
| 212 | Le médecin me demande de moins manger   |
| 213 | C'était un médecin spécialiste, qui remettait systématiquement mes symptômes sur le dos de l'obésité, sans pour autant chercher d'autre cause, ni de proposer des solutions pour m'aider à sortir de l'obésité.   |
| 214 | Condescendance, méchanceté gratuite, propos non professionnels et non respectueux   |
| 215 | "il faudrait perdre du poids", "c'est déjà heureux que vous êtes stable, la plupart des obèses n'arrêtent pas de prendre du poids", "vous êtes dans les conditions pour une opération de type bypass ou autre", "on ne peut rien faire, c'est à cause de votre poids"... mieux, une diététicienne qui n'osait pas me regarder... et ce ne sont que qq exemple   |
| 216 | E fameux "vous devriez perdre du poids" alors que je venais de perdre 5 kg en 2 mois...   |
| 217 | Tout symptôme exprimé est relié au surpoids, conseil de maigrir rapidement si je ne veux pas mourir beaucoup plus vite  |
| 219 | Chaque problème médicaux est toujours à cause du poids.   |
| 220 | Gyneco trop grosse  |
| 221 | Vous ne comptez pas faire d'enfants avec votre état ? Je ne vous donne ni pillule, ni aucun contraceptifs ( vous utiliserez des préservatifs vu votre état c'est largement suffisant)! PS je suis obèse morbide sans diabète, sans cholestérol, sans hypertension, rythme cardiaque à 56/58 au repos...juste épiléptique c'est tout.  |

|     |   |
|-----|---|
| 222 | Gynécologue qui s'est permise de juger mon obésité pendant ma grossesse.  |
| 224 | Insultes, jugements, violence obstétricale, ne cherche pas d'autres causes que le poids   |
| 225 | Je viens de faire une phlébite, et 1ere raison invoqué par l'Angiologue et mon medecin traitant : mon surpoid. Sachant que ça fait 10ans que je fais le même poid, que je suis sous antidépresseur, que j'ai eut un cushing...  |
| 226 | Pendant mes 2 grossesses. Beaucoup de jugement sur le fait qu'on ne devrait pas faire d'enfant quand on est en surpoids. Puis après leurs naissances, beaucoup de réfléchir sur la surveillance que je devais avoir pour ne pas qu'ils deviennent comme moi.  |
| 227 | Enceinte et pesant + de 100kg je faisais obligatoirement du diabète gestationel .. Pas du tout.   |
| 228 | Un médecin m'a dit qu'à Auschwitz il n'y avait pas de gros. ( médecin du sport, il a pour faire renouveler mon aptitudes pour la plongée...) bizarrement je n'ai plus pris ma licence...<br>Une gyneco m'a fait pleurer en me disant que j'étais inconsciente et que si j'avais des règles douloureuses c'était parce que j'étais grosse sans même m'osculter. J'ai changé de gyneco elle m'a expliqué gentiment que j'avais un SPM sévère. Et m'a prescrit un ttt...<br>Mon ancien médecin généraliste soufflait des que je rentrais dans son cabinet. J'ai changé et là on me dirige enfin vers des bons spécialistes. Suspicion +++ de la maladie d'erlhes danlos...<br>Un parcours médical chaotique bourré de préjugés sur la personne obèse. Mais étant déçu que celle ci n'ai pas de cholestérol ni de diabète..   |
| 229 | Venue aux urgences à cause d'une violente crise de sciatique, le médecin m'a dit que c'était bien fait pour moi quand on voyait ma jambe et que de toutes façons je ne marcherais plus. Un radiologue a crié au milieu de la salle d'attente en me regardant de haut en bas qu'il n'allait quand même pas casser son scanner pour moi. Je n'en demandais pas tant, juste qu'il me dise gentiment que sa machine n'était pas adaptée, j'aurais compris. On m'a jeté d'un centre de don du sang car nous n'avons pas de brassard pour des bras comme vous. (Idem pour les pompiers qui ne peuvent pas prendre votre tension mais eux au moins sont gentils.). Rdv d'anesthésie pour mon accouchement. Je rentre et le médecin me dit « tiens, c'est la journée des grosses ». Impossible de leur faire admettre que je n'ai ni cholestérol ni diabète et oui je fais du sport. Limite ils sont déçus ! J'en ai des dizaines et des dizaines comme ça. Je ne stresse pas de l'acte médical mais des remarques désobligeantes qu'on se prend à chaque fois. Sans compter le matériel non adapté (en commençant par une blouse à la bonne taille). |
| 230 | Vous allez mourir si vous continuez comme ça, la boîte en bois n est pas loin madame , vous pesez un ane mort ...   |
| 231 | Dans le cadre du visite du travail, une médecin m'a clairement dit, après m'avoir fait monter sur la balance "c'est trop, vous devez maigrir". C'est très violent et ça m'a énormément blessé   |
| 232 | Propos. Péjoratifs  |
| 233 | Suite à une embolie pulmonaire le chef de service avec qui j'avais rendez-vous m'a clairement dit lorsque je lui ai posé une question sur les anticoagulants que lorsqu'on est gros on les prend à vie sans poser question  |
| 234 | « Il faut se reprendre en main »  |
| 235 | Air de dégoût de la part du médecin, propos moralisateurs, injurieux, humiliations  |
| 236 | Par exemple des remarques comme quoi j'étais (en gros) feignante et qu'il suffisait de se bouger pour aller mieux. Ou encore quand j'allais consulter pour une grosse bronchite (je suis asthmatique depuis l'enfance donc en hiver ça m'arrive souvent) et qu'on m'a dit que je n'avais  |

|     |  |
|-----|--|
|     | qu'à perdre du poids, comme si c'était un remède miracle.  |
| 238 | Si on va chez le médecin pour des douleurs de dos il met tout sur les kg en trop   |
| 239 | Une gynécologue un jour a été extrêmement indélicate en m'auscultant. Mon obésité rendait l'examen compliqué et envisager une grossesse serait plus que dangereux etc ...  |
| 240 | Rhume tension allergie entorse liés uniquement au poids du coup aucun traitement adapté à part régime  |
| 244 | agacement, culpabilisation, propos humiliants...   |
| 248 | Discours culpabilisant   |
| 250 | En allant chez un pneumologue, la première chose qu'il m'est dite, c'était de penser à faire une sleeve ce qui éviterait bien des problèmes de santé.  |
| 251 | Vous venez me voir car vous êtes grosse donc manger moins de ce fait je suis à peine assise que je suis partie et je ne lui ai pas payé la consultation pour 1 minute  |
| 252 | Réflexion dans un service spécialisé Obésité au ch Ste Marguerite en 2004 mise à 600 calories jour 15j - 3kg perdus seulement on vient à 5 ou 6 médecins et internes on me vide la chambre et on me dit que dans 'es camps de concentration il n'y avait pas de gros donc je mange en cachette ce qui est faux bien sûr... Même réflexion pour ma fille qui consulte un médecin en urgence car crise d'angoisse un dimanche veille d'examen ce médecin lui dit qu'elle est trop grosse et qu'il faut qu'elle fasse quelque chose...<br>Lors d'une opération l'anesthésiste ne parvenant pas à me piquer m'a jeté l'aiguille sur le ventre en disant en dormez moi Ça on verra plus tard.... Des radiologues ne parvenant pas à vous faire d'écho car trop de gras vous appuyés sur vos douleurs déjà vive avec insistance en râlant qu'avec tout ce gras on voit rien..... |
| 253 | La seule réponse de mon ancien médecin était que je devais moins manger et bouger plus, ce que j'ai essayé en vain, mais aucun réconfort de cet ancien médecin   |
| 254 | Chez un endocrinologue qui m'a dit que j'étais grosse  |
| 255 | Pour soigner certaines pathologies ils disent oui mais vous êtes en surpoids il faudrait perdre du poids etc.  |
| 256 | Un gynéco qui m'a fait une écho et qui s'est exclamé, "c'est horrible "en regardant les images!<br>Et il ne parle pas de mon bébé.   |
| 257 | J'ai été blessée quand on a fait ma césarienne à la verticale, au motif que je n'avais pas un physique à mettre un maillot de bain deux pièces.<br>J'ai été blessée quand on m'a dit que j'étais mal foutue.<br>J'ai été blessée quand on m'a demandé de perdre vingt kilos pour pouvoir me passer de la table d'opération à mon lit.<br>J'ai été blessée quand on m'a demandé de perdre vingt kilos avant de soigner ma micose plantaire.<br>Etc, etc,  |
| 258 | Je venais consulter pour une angine, l'appareil pour la tension ne tenait pas, : "Avec toute cette graisse, c'est pour ça qu'il ne tient pas !" J'étais furieuse !   |
| 259 | Allusion à l'importance du fessier   |
| 260 | Oh vous avez grossi!! (vous buvez)??   |
| 261 | Mon médecin m'a donné un traitement anti-tenseur inutile alors qu'elle n'a pas su prendre ma tension avec un tensiomètre trop petit. Elle refusait de prendre un appareil adapté pour ne pas   |

|     |   |
|-----|---|
|     | perdre de temps et m'a accusé d'avoir "encore grossi". ça s'est terminé chez le cardiologue.  |
| 262 | Plus jeune j'avais un médecin qui liait tous mes problèmes de santé à mon poids. Lorsqu'il s'agissait de problème de cheville ou genoux, ça ne me choquait pas, mais quand j'ai eu des maux de têtes dus à un rhumatisme cervical précoce, la je n'ai pas compris.<br>De plus a chaque fois que je le voyais il me parlait de régime  |
| 264 | Toute façon si vous faites rien pour votre poids ça ira jamais.<br>C'est a cause de votre surpoids que vous êtes malade.<br>Si vous arrivez pas à avoir d'enfant c'est parce que vous êtes grosse.  |
| 265 | T'as un peu grossi, faut faire attention, faut arrêter de manger  |
| 268 | Une gynécologue m'a dit que j'avais trop grossi (+10kg avec l'implant) et qu'il ne fallait pas que j'espère tomber enceinte avant d'avoir perdu minimum 20kg parce que j'allais encore grossir avec la grossesse et que ce serai moche.   |
| 271 | Vous demande de faire plus attention,<br>Nous remet en question quand nous disons ce qu'on mange, ne nous croit pas. .  |
| 272 | Moqueries stigmatisation  |
| 273 | Si vous voulez vous soignez vous avez cas perdre du poids ! Et arrêtez de grignote sa vous feras du bien  |
| 275 | Plusieurs médecins en parlent comme si en plus d'être gros, on était neuneu : "vous savez que vous êtes obèses ?" Ah ben non, tiens, merci de me l'indiquer.  |
| 276 | Facile de mettre différents problèmes de santé sur l'obésité. Ex : mal au dos, dépression....   |
| 278 | un médecin radiologiste chez qui je faisais une radio et une échographie du genou l'écho à durée 2 mn pour m'entendre dire que je n'avais rien et qu'il fallait que je perde 70 KGS d'une façon un peu agressive. Effectivement j'ai du poids à perdre encore mais il ne connaissait pas mon passé ni ce que je faisais pour perdre du poids. Tout ce que je demandais c'était de savoir si j'avais quelque chose au genou et si il y avait une façon de me soulager. |
| 280 | Gynécologue   |
| 281 | Il m'a dit "c'est normal, c'est parce que vous êtes obèse !"  |
| 282 | Problème de genoux  |
| 283 | un peu d'effort, manque de volonté...   |
| 286 | Chirurgiens qui refusent de vous opérer du ventre d un.pied   |
| 287 | Mon médecin expliquait tout ce qui m'arrivait par mon surpoids sans chercher d'autres raisons.<br>Et en 10 ans plusieurs gynécologues qui m'ont fait des remarques insultantes ou humiliantes sur mon corps mon poids, ce qui m'a vallu un mauvais suivi  |
| 288 | Traite de feignante et de manque de motivation  |
| 289 | Mon gynécologue a qui j'ai montré une photo de moi au maximum de mon poids 10 ans avant et juste avant ma grossesse pour me justifier qu'il y avait 40 kilos d'écart...   |
| 291 | On m a dit de faire du sport au lieu de me donner un traitement. Je vais chez le médecin uniquement quand la douleur est très haute   |
| 292 | Remarques déplacé du style tu veux perdre du poids, va courrir..  |
| 295 | Faudrait perdre votre poids parce que vous etez trop grosse et que vous allez mourrir .   |
| 297 | Quand j'étais enceinte de mon fils la sage femme a eu la bonne idée de me dire il ne faut pas prendre plus de 3 kilos sinon votre bébé sera malade et tous sera de votre faute  |
| 298 | Plusieurs fois, c'est toujours la 1ere chose que l'on me reproche. Une gynéco que j'ai consulté   |

|     |   |
|-----|---|
|     | <p>pour infertilité à l'âge de 26 ans qui m'a dit en me voyant , sans meme ouvrir mon dossier, "revenez me voir quand vous serez moins grosse".</p> <p>Un anesthésiste que je consultais en vue d'une petite chirurgie, m'a dit dès que je suis entrée dans son bureau , " vous savez madame qu'il existe une opération pour faire maigrir les gens comme vous..."</p> <p>Et tant d'autres réflexions qui m'ont fait souffrir toute ma vie...</p> |
| 302 | Un cardiologue ma dit que je fait pas d'effort pour perdre du poids il faudrait que j'arrête de manger  |

**Annexe 5 : Réponses libres à la question 11 : « Quels sont ces mots selon vous ? (Pensez-vous que les médecins devraient éviter certains mots pour parler du surpoids ?) »**

|    |  |
|----|--|
| 5  | Trop gros  |
| 7  | Se mettre au regime...   |
| 8  | croyez vous qu'il est temps de faire quelques choses, mettez vous au régime, ...   |
| 9  | Obeses   |
| 11 | Grosse, le fait de culpabiliser, ils ne disent pas que l'obésité est une maladie mais plus une mauvaise gestion alimentaire !  |
| 13 | FAITE UN REGIME  |
| 14 | Au contraire, il faut appeler un chat, un chat. Ce n'est pas insultant de dire à qq'un qu'il est trop gros si c'est le cas (base IMC). Cela ne sert à rien de vouloir rendre les choses moins cruelles en parlant de formes généreuses, de rondeurs... |
| 17 | Avec votre poids , il faut vous restreindre...   |
| 18 | Régime et mauvaise alimentation  |
| 19 | Gros   |
| 21 | grosse   |
| 26 | Grosse   |
| 31 | Grosse, bourrelets,  |
| 37 | Surtout la façon de le dire.   |
| 39 | Ils ont les connaissances médicales que nous n'avons pas, mais il faut aimer les gens pour être médecin, tous les gens. Ne pas les juger, les respecter, être bienveillant.  |
| 40 | Gros   |
| 43 | Operation  |
| 44 | Obesite morbide crise cardiaque tensuon diabète artere bouché  |
| 46 | Kg et régime   |
| 48 | Tt se qui peut nous culpabiliser c est une maladie comme une autre   |
| 49 | Vous avez temps de kilos à perdre. Les hommes doivent aimes les femmes rondes  |
| 51 | on n est plus à 5 kilos pres ...   |

|     |  |
|-----|--|
| 52  | Grosse   |
| 59  | gros grosse  |
| 60  | Vous les gros par exemple  |
| 65  | Liée tout au surpoids  |
| 73  | Il n'y a pas que les mots, il y a aussi la manière dont le regard du médecin vous aborde   |
| 79  | Responsabilité, excuses, feignantise   |
| 82  | Votre état   |
| 87  | c est votre faute , faudrai arreter de grignoter devant la tv vous n etes pas une enfant...  |
| 89  | Volonté  |
| 92  | justement bien faire la distinction entre le poids et la maladie de l'obésité et les comorbidités  |
| 93  | Ils devraient surtout nous traiter comme tout le monde , et ne pas voir que la personne obese, mais d'anord comme une patiente abec sa raison de consulter   |
| 96  | Trop manger  |
| 99  | IMC, gros  |
| 104 | Gros obèse   |
| 113 | C'est plus leur attitude, ils devraient demander la permission avant de parler du poids, et aussi arreter de resumer une personne à son poids  |
| 115 | Nous conseiller d'arrêter de consommer certains aliments en ignorant qu'on ne les consomme déjà pas. Ne pas poser la question avant leur évite d'avoir a trouver une autre explication et recherche  |
| 117 | Grosse, impossible, cause perdue, aucune volonté et les stéréotypes  |
| 121 | il faut appeler un chat un chat  |
| 123 | Grosse   |
| 131 | "Manque de volonte" peut être  |
| 132 | Grasse, régime, malade   |
| 133 | Vous pourriez faire des efforts mangez moins...  |
| 135 | Obésité morbide  |
| 136 | Parler au couple du bien fait de la perte de poids   |
| 138 | Camionneur jaunecpour décrire une jeune femme de 30 ans qui refusait de s'habiller en noir malgré son surpoids par exemple.  |
| 140 | pas forcément des mots, juste ne pas juger les personnes   |
| 145 | Obésité et d'autant plus obésité morbide. Nos corps ne sont pas des pathologies. Utilisez le terme gros.se. IMC aussi car ça ne veut RIEN dire. Et qu'on arrête de nous peser ou commenter notre poids si nous n'avons rien demandé. On vient pas là pour se faire peser.  |
| 147 | obésité : terme grossophobe. Régime : ca ne fonctionne pas. Lire les livres de Zermati pour plus d'informations  |
| 148 | Le terme "obésité morbide" n'a absolument rien de scientifique,il existe que pour nous rappeler la gravité supposée de notre état (c'est d'ailleurs pour cela que ce terme a été inventé, historiquement). Le terme surpoids ou obésité est largement suffisant. Parle d'IMC n'est également pas pertinent. Une simple equation taille/poids est insuffisante pour déterminer si une personne est en surpoids ou non(ou alors les culturistes sont tous obèses). Pour la même taille, le "poids optimal"(si l'on admet qu'une telle chose existe) ne sera pas du |

|     |  |
|-----|--|
|     | tout le même selon la morphologie des personnes. L'IMC n'est pas un instrument pertinent et il est inquiétant de voir encore de nos jours des médecins s'y référer.  |
| 150 | IMC, obésité, etc. Simplement ne pas aborder la perte de poids si on n'en fait pas la demande.   |
| 152 | Ça dépend de la sensibilité de chacun. Je pense qu'il faut surtout éviter certains tons (infantilisant, jugement, dégoût,...)  |
| 155 | Ce n'est pas tant les mots que la façon dont les choses sont dites et envisagées. En majorité les médecins infantilisent les gros, ne prennent pas en compte la partie psychologique du truc et réduisent tout ça à une alimentation déséquilibrée et un manque d'exercice et de volonté.  |
| 158 | Poids lourds . morbidité . Si on veut on peut .  |
| 161 | Grosse, pas d'effort, notre faute  |
| 166 | Ce sont pas des mots mais peut être avoir un certain tact ou de l'empathie quand ma prise de poids n'est pas expliquée médicalement  |
| 170 | Grosses,   |
| 175 | Des mots encourageants et très bons  |
| 177 | je sais pas  |
| 178 | Grosse   |
| 179 | Reprenez-vous en main, réagissez   |
| 180 | Éviter non mais être plus professionnel et écouter le patient  |
| 184 | Vous vous gonfrez  |
| 186 | Gras. Déformation structurale du squelette. Hérité.  |
| 191 | Avec votre poids   |
| 193 | Qu'est-ce que t'a fait pour être comme ça  |
| 201 | Trop gros, manger moins, faire du sport, bouger vous   |
| 203 | Votre surpoids est mieux adapté  |
| 205 | Gros, moche, flasque   |
| 207 | Pas tant les mots que les idées reçues.  |
| 208 | Morbide  |
| 209 | Arrêtez de partir du principe que les personnes mangent trop systématiquement. Les mots "obésité", "obésité morbide" sous-entendent que la personne va mourir dans la seconde alors que non. Ne prenez pas vos patients pour des imbéciles non plus, beaucoup font des recherches de leur côté et on le sait quand vous essayez de mettre des pincettes pour ne pas dire certaines choses. |
| 210 | Tout jugement sur l'échelle du surpoids, tout euphémisme pour en parler. Je préfère parler de surpoids que "d'être bien enveloppé"   |
| 214 | Ce ne sont pas les mots le problème, mais la manière de le dire  |
| 215 | ce ne sont pas les mots en eux-mêmes qui blessent, c'est le mépris derrière certaines tournures  |
| 216 | Gras, grosse ect   |
| 217 | Ce qui culpabilise. Votre faute, faire des efforts, y mêler la famille (pensez à vos enfants)  |
| 218 | Il est important que les patients soient conscients de leur état, sans que cela soit insultant bien sûr  |
| 220 | Vous êtes obésité morbide  |

|     |   |
|-----|---|
| 222 | Grosse ;  |
| 225 | Je pense qu'ils devraient avoir des cours de psychologie pour parler, écouter les personnes en surpoids et ne pas les agresser.   |
| 226 | Question de volonté, il faut y mettre du votre  |
| 228 | Régime, manger moins  |
| 231 | Je trouve que parler de l'IMC est une mauvaise chose. Elle ne fait que de nous faire culpabiliser   |
| 232 | Faire attention à la façon dont les mots sont prononcés   |
| 233 | Gros régimes alimentaires   |
| 235 | Manque de volonté, « quand on veut, on peut », maigrir c'est facile   |
| 236 | Tous termes à connotation négative et tournure de phrase qui culpabilisent les patients.  |
| 237 | Grosse , que je mange mal xest pour sa que je suis grosse   |
| 238 | Régime , trop gros , maladie à cause du poids   |
| 241 | Enrobée.  |
| 251 | Vous avez qu'à manger moins bouger plus faites des efforts  |
| 252 | Camps de concentration. Tout ce tas de graisse. En dormez moi Ça. Mais voyons madame arrêtez de mentir  |
| 256 | Vous devriez faire attention, il faut perdre du poids, faites du sport  |
| 257 | Mal foutue, avachie, fainéante...   |
| 258 | Graisse !!!   |
| 260 | Gros  |
| 261 | jêtre juste correcte  |
| 262 | Régime. Ce n'est pas tant les mots. Les médecins devraient en rendre compte qu'une personne ne devient pas obèse par gourmandise, mais qu'elle a un souci soit d'ordre médical ou psychologique. Ils pourraient adresser leur patient à des spécialistes au lieu de leur prescrire un régime. |
| 265 | Gros  |
| 271 | Régime, c'est surtout "le regard qu'il porte sur nous",   |
| 272 | Grosse. Obèse.  |
| 276 | Il va falloir...vous prendre en main C'est à vous de savoir ce que vous voulez. Il faut bouger  |
| 278 | obèse le mot le plus moche de la langue française   |
| 285 | Trop gros   |
| 286 | Vous êtes énorme vous ne cicatriserez pas vous mourrez sur ma table   |
| 287 | Grosse, grasse  |
| 288 | Tout ceux qui culpabilisent   |
| 289 | Les mots liés à la grossophobie...  |
| 295 | Gros ,mort , moche ,  |
| 298 | C'est souvent plus l'attitude du médecin que les mots qui sont blessants  |

## BIBLIOGRAPHIE

1. WHO. Obésité [Internet]. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/health-systems-governance>
2. HAS. Recommandation\_obesite\_adulte [Internet]. [cité 5 juill 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation\\_obesite\\_adulte.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_obesite_adulte.pdf)
3. Ziegler O, Bertin E, Jouret B, Calvar R, Sanguignol F, Avignon A, et al. Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. Obésité [Internet]. 1 déc 2014 [cité 8 nov 2020];9(4):302-28. Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s11690-014-0466-1>
4. WHO. Obésité et surpoids [Internet]. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
5. Santé publique France. Etude ESTEBAN 2014-2016 – Chapitre corpulence : stabilisation du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adulte [Internet]. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/liste-des-actualites/etude-esteban-2014-2016-chapitre-corpulence-stabilisation-du-surpoids-et-de-l-obesite-chez-l-enfant-et-l-adulte>
6. SRAE. Obésité adulte [Internet]. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.sraenutrition.fr/projets/obesite-adulte/>
7. LINUT. Les conséquences et les complications de l'obésité | m.linut.fr [Internet]. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: <http://m.linut.fr/les-consequences-et-les-complications-de-lobesite>
8. Scheen AJ. Obésité et COVID-19 : le choc fatal entre deux pandémies. *Medecine Mal Metaboliques* [Internet]. sept 2020 [cité 22 sept 2021];14(5):437-44. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7260549/>
9. Di Angelantonio E, Bhupathiraju S, Wormser D, Gao P, Kaptoge S, et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet Lond Engl*. 20 août 2016;388(10046):776-86.
10. Trésor-eco-n°176sept2016.pdf [Internet]. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/90846524-d27e-4d18-a4fe-e871c146beba/files/1f8ca101-0cdb-4ccb-95ec-0a01434e1f34>

11. Czernichow S, Bain SC, Capehorn M, Bøgelund M, Madsen ME, Yssing C, et al. Costs of the COVID-19 pandemic associated with obesity in Europe: A health-care cost model. *Clin Obes.* avr 2021;11(2):e12442.
12. Rapport du Pr A. Basdevant. Plan d'action : Obésité-Etablissements de soins. Avril 2009
13. Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, et al. Overweight and Obesity: Knowledge, Attitudes, and Practices of General Practitioners in France. *Obes Res* [Internet]. 2005 [cité 1 nov 2020];13(4):787-95. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1038/oby.2005.89>
14. Thuan J-F, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *Int J Obes* 2005. sept 2005;29(9):1100-6.
15. Terre L, Hunter C, Poston WSC, Haddock CK, Stewart SA. Treatment of obesity in the primary care setting: are we there yet? *Eat Disord.* avr 2007;15(2):135-43.
16. Tan D, Zwar NA, Dennis SM, Vagholkar S. Weight management in general practice: what do patients want? *Med J Aust.* 17 juill 2006;185(2):73-5.
17. Potter MB, Vu JD, Croughan-Minihane M. Weight management: what patients want from their primary care physicians. *J Fam Pract.* juin 2001;50(6):513-8.
18. Contiero Yvars Alizee. Ressentis et attentes des patients concernant la prise en charge de leur surpoids/obésité par le médecin généraliste : étude qualitative [thèse d'exercice]. [France] Université de Montpellier. 2018 p89
19. Nakrachi Anissa. Abord de l'obésité en médecine générale : représentations, vécu et attentes de patients obèses en métropole lilloise. [thèse d'exercice]. [France] Université de Lille. 2017 p64
20. Schwartz MB, Chambliss HO, Brownell KD, Blair SN, Billington C. Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obes Res.* sept 2003;11(9):1033-9.
21. Giordana J-Y, Angermeyer MC, éditeurs. Stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2010.
22. Goffman. traduit de l'anglais par Alain Kihm *Stigmaté. Les usages sociaux des handicaps*, 1963 , Éditions de Minuit, coll. « Le Sens Commun », 1975.
23. [nature-ending-stigma-of-obesity-fr.pdf](http://afd.nature.com/afdn.org/fileadmin/pdf/nature-ending-stigma-of-obesity-fr.pdf) [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <http://afd.nature.com/afdn.org/fileadmin/pdf/nature-ending-stigma-of-obesity-fr.pdf>

24. Sawbridge DT, Fitzgerald R. « Lazy, slothful and indolent »: medical and social perceptions of obesity in Europe to the eighteenth century. *Vesalius Acta Int Hist Med*. déc 2009;15(2):59-70.
25. Wikipédia. Grossophobie. [Internet]. 2021 [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Grossophobie&oldid=185880429>
26. Eva Perez-Bello, Daria Marx. « Gros » n'est pas un gros mot - chronique d'une discrimination ordinaire. Libro. 2018.
27. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. avr 2015;16(4):319-26.
28. Greiner KA, Born W, Hall S, Hou Q, Kimminau KS, Ahluwalia JS. Discussing Weight with Obese Primary Care Patients: Physician and Patient Perceptions. *J Gen Intern Med* [Internet]. mai 2008 [cité 12 août 2021];23(5):581-7. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2324159/>
29. Galuska DA, Will JC, Serdula MK, Ford ES. Are health care professionals advising obese patients to lose weight? *JAMA*. 27 oct 1999;282(16):1576-8.
30. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addict Abingdon Engl*. mars 1993;88(3):315-35.
31. Wery Diane. L'intervention brève en soins de santé primaires : une revue systématique de littérature [thèse d'exercice]. [France] Université de Lyon. 2009 p95. Disponible sur: [https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/10/THESE\\_WERY\\_Diane.pdf](https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/10/THESE_WERY_Diane.pdf)
32. Velicer W, Prochaska J, Fava J, Norman G, Redding C. Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeost Health Dis*. 1 juill 1998;38:216-33.
- 33....Aveyard P, Lewis A, Tearne S, Hood K, Christian-Brown A, Adab P, et al. Screening and brief intervention for obesity in primary care: a parallel, two-arm, randomised trial. *Lancet Lond Engl*. 19 nov 2016;388(10059):2492-500.
34. Vallis M, Piccinini-Vallis H, Sharma AM, Freedhoff Y. Modified 5 As. *Can Fam Physician* [Internet]. janv 2013 [cité 8 nov 2020];59(1):27-31. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3555649/>
35. Promosanté. Fiche méthode des 5A [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <https://promosante.be/wp-content/uploads/2019/05/fiche-m%C3%A9thode-des-5A.pdf>

36. Leedham-Green K, Wylie A, Ageridou A, Knight A, Smyrnakis E. Brief intervention for obesity in primary care: how does student learning translate to the clinical context? MedEdPublish [Internet]. 21 janv 2019 [cité 27 sept 2021];8. Disponible sur: <https://www.mededpublish.org/manuscripts/2165>
37. Centre spécialisé de l'obésité (CSO) Ouest Atlantique [Internet]. CHU de Nantes. [cité 6 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.chu-nantes.fr/centre-specialise-de-l-obesite>
38. Outil de calcul de Khi carré (Chi carré ; Chi deux ou  $X^2$ ) [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: [https://www.aly-abbara.com/utilitaires/statistiques/khi\\_carre.html](https://www.aly-abbara.com/utilitaires/statistiques/khi_carre.html)
39. Audet M, Baillot A, Vibarel-Rebot N. Obésité féminine et activité physique : mieux comprendre les enjeux liés à la stigmatisation. Sante Publique (Bucur) [Internet]. 22 juin 2016 [cité 7 juill 2021];S1(HS):127-34. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-HS-page-127.html>
40. Pol T de S. Obésité, normes et inégalités sociales. J Psychol [Internet]. 4 oct 2013 [cité 7 juill 2021];n° 311(8):19-22. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2013-8-page-19.htm>
41. Puhl RM, Brownell KD. Confronting and Coping with Weight Stigma: An Investigation of Overweight and Obese Adults. Obesity [Internet]. 2006 [cité 7 juill 2021];14(10):1802-15. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1038/oby.2006.208>
42. Mulherin K, Miller YD, Barlow FK, Diedrichs PC, Thompson R. Weight stigma in maternity care: women's experiences and care providers' attitudes. BMC Pregnancy Childbirth. 22 janv 2013;13:19.
43. Silverwood V, Blagojevic-Bucknall M, Jinks C, Jordan JL, Protheroe J, Jordan KP. Current evidence on risk factors for knee osteoarthritis in older adults: a systematic review and meta-analysis. Osteoarthritis Cartilage. avr 2015;23(4):507-15.
44. Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Viikari-Juntura E. The association between obesity and low back pain: a meta-analysis. Am J Epidemiol. 15 janv 2010;171(2):135-54.
45. Budd GM, Mariotti M, Graff D, Falkenstein K. Health care professionals' attitudes about obesity: an integrative review. Appl Nurs Res ANR. août 2011;24(3):127-37.
46. Phelan SM, Dovidio JF, Puhl RM, Burgess DJ, Nelson DB, Yeazel MW, et al. Implicit and explicit weight bias in a national sample of 4,732 medical students: the medical student CHANGES study. Obes Silver Spring Md. avr 2014;22(4):1201-8.

47. Persky S, Eccleston CP. Medical student bias and care recommendations for an obese versus non-obese virtual patient. *Int J Obes* 2005. mai 2011;35(5):728-35.
- 48...Wadden TA, Didie E. What's in a name? Patients' preferred terms for describing obesity. *Obes Res.* sept 2003;11(9):1140-6.
49. Tanas R, Bernasconi S, Marsella M, Corsello G. What's the name? Weight stigma and the battle against obesity. *Ital J Pediatr.* 13 mai 2020;46(1):60.
50. Sherson EA, Yakes Jimenez E, Katalanos N. A review of the use of the 5 A's model for weight loss counselling: differences between physician practice and patient demand. *Fam Pract* [Internet]. 1 août 2014 [cité 1 nov 2020];31(4):389-98. Disponible sur: <https://academic.oup.com/fampra/article/31/4/389/710905>
51. Prod'homme L, Riglet C, Godart N, Huas C. Montez sur la balance ! Vécu de l'abord du poids en consultation de médecine générale. *Sante Publique (Bucur)* [Internet]. 23 mai 2019 [cité 11 nov 2020];Vol. 31(1):7-17. Disponible sur: <https://www.cairn.info/journal-sante-publique-2019-1-page-7.htm>
52. Améli . Rosp médecin traitant de l'adulte [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-adulte>

Vu, le Président du Jury,  
Professeur David JACOBI

Vu, le Directeur de Thèse,  
Docteur Hugues-André TERRIEN

Vu, le Doyen de la Faculté,

**Nom : FRIEDEMANN**

**Prénom : Laura**

**Titre de thèse : Attentes des adultes en surpoids ou obèses concernant l'abord du poids par le médecin généraliste. Proposition d'un modèle d'intervention brève**

**Thèse de Médecine générale – NANTES – 2021**

---

### RESUME

**Contexte :** En France, la prévalence de l'obésité chez les adultes représente 17 %. Pathologie métabolique chronique, elle provoque une diminution de l'espérance de vie et un coût social élevé. Pourtant elle reste insuffisamment prise en charge par les médecins généralistes. L'abord du poids peut être mal vécu par les patients qui peuvent se sentir stigmatisés. Nous nous sommes intéressés aux attentes des personnes obèses ou en surpoids envers leur médecin traitant. Nous avons également évalué l'acceptabilité d'un modèle d'abord du poids utilisable en médecine générale, le modèle des 5 A (ask, assess, advise, assist, arrange).

**Méthode :** Nous avons réalisé une étude quantitative, descriptive, à l'aide de questionnaires anonymes diffusés de février à mars 2021. La diffusion a été réalisée hors cadre médical : par des associations ou groupes de réseaux sociaux de personnes obèses. Toute personne obèse ou en surpoids, adulte (entre 18-74 ans) et habitant en France pouvait y répondre.

**Résultats :** 302 questionnaires ont été remplis, par 287 femmes et 15 hommes. Âgés en majorité entre 31 à 55 ans (59,9%). L'IMC moyen était de 37,9. 55,3 % (IC à 95 % [49,5 %; 61 %]) souhaitait un abord du poids par le MT. 65,8% considéraient avoir subi de la discrimination de la part de soignants. 58,6 % pensaient que les médecins devraient éviter certains termes comme « gros, grosse », « obèse », « obésité morbide », « IMC ». Concernant le modèle des 5 A : 56,3 % ( IC 95% [50,5 %; 62 %]) souhaitaient que le MT demande l'accord avant d'évoquer le poids. 64,2 % ( IC 95 % [0,584 ; 0,699 ]) étaient en faveur d'une consultation dédiée au poids. 69,5 % (IC 95 % [0,638 ; 0,753 ]) souhaitaient des conseils. 60,3 % (IC 95 % [ 0,545 ; 0,66]) souhaitaient des objectifs. 56,6 % (IC 95 %[0,509 ; 0,624 ] souhaitaient un suivi régulier. 78,8 % (IC 95 % [0,73 ; 0,846 ]) souhaitaient être orientés vers un spécialiste.

**Conclusion :** Les personnes obèses/en surpoids, recrutées hors cadre médical, se déclarant majoritairement victimes de stigmatisation médicale semblent attendre de leur MT qu'il aborde le poids. Le modèle des 5 A est en accord avec les attentes des personnes interrogées.

---

### MOTS-CLES

obesity, overweight, patient expectation, general practice, stereotyping/ stigmatization, early medical intervention, obesity management, therapeutic alliance