



HAL
open science

Étude des expériences vécues comme grossophobes par les patients en surpoids ou obèses dans le milieu des soins, et les conséquences sur leur prise en charge médicale

Aurore Le Merle, Raphaël Payeur

► To cite this version:

Aurore Le Merle, Raphaël Payeur. Étude des expériences vécues comme grossophobes par les patients en surpoids ou obèses dans le milieu des soins, et les conséquences sur leur prise en charge médicale. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03616950

HAL Id: dumas-03616950

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03616950>

Submitted on 23 Mar 2022

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

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

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2022

**ÉTUDE DES EXPÉRIENCES VÉCUES COMME GROSSOPHOBES PAR LES PATIENTS
EN SURPOIDS OU OBÈSES DANS LE MILIEU DES SOINS, ET LES CONSÉQUENCES
SUR LEUR PRISE EN CHARGE MÉDICALE**

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par Mme Aurore LE MERLE

[Données à caractère personnel]

Et M. Raphaël PAYEUR

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 15/03/2022

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Professeur Patrick IMBERT

Membres :

Mme le Professeur Anne-Laure BOREL

Mme le Docteur Coline NICOLOTTO

Mme le Docteur Christel ODDOU (directrice de thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BETRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	Urologie
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
PR Ass. Méd	MICHY Thierry	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale

MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine

PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale

MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Patrick Imbert,

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse et de juger notre travail, recevez, Monsieur le Professeur, l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A Madame le Professeur Anne-Laure Borel,

Nous vous remercions d'apporter votre expertise pour juger notre travail. Nous vous prions de croire en notre sincère gratitude.

A Madame le Docteur Coline Nicolotto,

Nous sommes honorés de bénéficier de votre regard sur notre travail. Nous vous remercions de nous consacrer ce temps que nous savons précieux.

A Madame le Docteur Christel Oddou, notre directrice de thèse,

Merci pour ton accompagnement tout au long de ce travail. Merci pour ta confiance.

A Madame Julia Sekelly, diététicienne,

Merci d'avoir partagé notre questionnaire auprès de vos patients et de votre réseau. Nous vous sommes extrêmement reconnaissants pour votre investissement dans ce travail.

A Monsieur Jérôme JUND, statisticien,

Merci pour votre disponibilité et votre aide précieuse dans la réalisation de nos statistiques.

Un grand remerciement à toutes les personnes qui ont répondu à notre questionnaire et sans qui, ce travail n'aurait pas été possible.

Remerciements Raphaël

A tous les médecins qui m'ont accompagné et formé durant cet internat.

Tout d'abord merci à toute l'équipe des urgences d'Albertville pour leur pédagogie et leur investissement malgré des situations parfois tendues en plein cœur de la saison hivernale. Je n'oublierais jamais cette expérience de secours en montagne avec les équipes du PGHM.

Merci au Dr Pietro Lamarca pour ta bienveillance et ton sens de l'humour aiguisé, avec en bonus les joies de la cuisine italienne de la « Mamma ». Je garderai en mémoire ton investissement profond pour tes patients.

Au Dr Dominique Godet et ton sens de l'hospitalité. J'ai beaucoup apprécié échanger avec toi sur ta vision de la médecine générale.

Au Dr Cédric Devaux qui a renforcé mon envie de m'engager vers la médecine générale. Merci pour ta formation au cours de ce stage dans le Vercors.

A toute l'équipe médical de l'hôpital d'Aix les Bains, en particulier au Dr Karine Leroux, au Dr Etienne Auvray, au Dr Florence Van de Velde avec une mention spéciale au Dr Raphaël Bonnet.

Merci à l'équipe de pédiatres de l'hôpital de Voiron ainsi qu'à l'équipe d'addictologie du CSAPA. Je tiens à remercier en particulier le Pr Maurice Dematteis et le Dr Lucie Pennel pour le travail passionné que vous faites et l'envie de transmettre qui vous caractérise.

Au Dr Carole Clément dont j'ai eu le plaisir de faire la connaissance à Méaudre. Au Pr Paumier Desbrieres, pour ta formation de qualité et de m'avoir fait confiance pour mes premiers remplacements.

A toutes les équipes paramédicales qui ont croisé ma route. En particulier l'équipe de pneumologie/soins palliatifs d'Aix les Bains et l'équipe de pédiatrie de Voiron, merci pour ces nombreux fous rires.

A tous mes co-internes qui ont partagé avec moi les joies de l'internat. Tout d'abord merci à toi Lucie, qui m'a supporté en collocation pendant un an, garde toujours ton enthousiasme communicatif. A Liza et sa zen attitude. A Paul « le sanglier des Ardennes » qui un jour me battra au squash, si Diogène n'a pas raison de toi avant. A Marion et ces sorties trails, ces bons moments passés au parc ou en terrasse, ou les sorties skis avec Guillaume (qui en appellent d'autres !)

Merci à toi Aurore avec qui j'ai eu le plaisir de travailler sur cette thèse.

Merci à toutes ces rencontres Grenobloises, en particulier Léo-Paul et ton esprit bon vivant et ton pointu dévastateur.

Merci à Adélo, à ta ponctualité et ton sens de l'accueil. Merci à toi mon Geoffrey, pour ton rire et ton organisation à tout épreuve. Vous faites partie de nos plus belles rencontres. Sans vous la vie à Grenoble n'aurait pas eu la même saveur. Prenez soin de Violette et de ma filleule Albane, qui ont de la chance d'avoir des parents comme vous.

A mes amis de toujours, Adèle, Adrien, Baptiste, Gillan et John.

Un grand merci à ma famille, en particulier à Didier et Vévé, de m'avoir soutenu pendant les moments difficiles des premières années, en espérant que le record de crêpes soit un jour dépassé. A Théalie pour m'avoir guidé dans les couloirs de la faculté.

Merci à ma belle famille pour m'avoir accueilli chez vous. Vous serez toujours les bienvenus.

A mes deux sœurs adorées Myriam et Sarah, ainsi qu'à mes neveux et nièce, en particulier à mon filleul Lucien qui aura peut-être un jour l'occasion de lire ces lignes. A mon grand frère Thomas avec qui j'ai tant partagé.

Merci à vous mes parents, pour m'avoir toujours soutenu dans mon parcours et transmis vos valeurs.

En enfin merci à toi ma belle Ophélie, sans toi ce travail serait encore loin d'être terminé. Merci d'avoir été à mes côtés pendant toutes ces années, tu es mon rayon de soleil. Notre chemin est loin d'être terminé, et de belles étapes sont à venir.

Remerciements d'Aurore

A ma famille, pour votre amour et votre soutien inébranlable.

A Maman, merci d'avoir eu la patience de m'écouter et de me supporter pendant ces longues années d'études. Merci pour tes petits plats toujours réconfortants en plein concours.

A Briec, merci pour ton soutien toujours au top malgré les épreuves et la distance.

A Papa, où que tu sois, j'espère réussir à te rendre fier. Tu es chaque jour dans mes pensées.

Tu nous manques.

A Christian, Lucie, Jeremy et Julie, merci pour votre aide tout au long de l'internat, pour les nombreux déménagements et pour votre accueil. C'est bon de savoir qu'une porte nous est toujours ouverte.

A Sandrine, Manon, Laetitia, Cécilia, Mathilde et Nastasia, merci pour ces longues journées BU mais aussi et surtout pour ces weekends retrouvailles et ces soirées inoubliables (sauf quand l'alcool s'en mêlait). Hâte de pouvoir profiter des moments à venir, avec vos petites familles.

A Anaïs et Charles, Merci de m'avoir toujours accueillie pour des petits apéros, des repas, voir même des voyages à l'autre bout du monde ! Merci Anaïs pour tes conseils avisés et pour la relecture de ce travail, ainsi que pour ces longues mais indispensables conversations téléphoniques. Merci Charles pour ces études approfondies des arcs en ciel ! Vivement votre retour parmi nous !

A Marine, Claire, Sophie et Théo, merci pour ces années de scoutisme et ce voyage inoubliable au Népal. La distance a fait que nous nous sommes un peu perdus de vue mais votre amitié

n'en reste pas moins extrêmement importante à mes yeux et j'attends toujours avec impatience nos retrouvailles.

A Alicia, merci pour cette première année qui, on peut maintenant le dire, était atroce. Mais merci pour ces fous rires, ces révisions-jogging et pour ta bonne humeur !

A Caro, Evo et Lara, merci pour cette coloc de Paulin ! Merci pour vos oreilles attentives pendant ce semestre difficile et pour ces soirées tisanes-plaid !

A Marion, je remercie le hasard qui nous a fait nous rencontrer à cette première soirée grenobloise ! Merci également pour cette coloc de cagoles confinées dont je me souviendrai. Grâce à toi les journées ont été bien moins longues et bien plus joyeuses ! Je te souhaite le meilleur !

A Pauline et Nico, merci pour votre motivation légendaire, et vive le troupe !

A tous mes co internes et toutes les personnes rencontrées pendant mon internat, qui sont par la suite devenus des amis, et tout particulièrement à Mélanie, Eva, Laetitia, Thibault, Sylvain, Guillaume et Marie.

A Victor, Bernadette et Jacques, merci pour cette coloc réunionnaise atypique mais surtout inoubliable ! Merci de nous avoir aussi bien accueillis, dans une bonne humeur légendaire !

A tous les médecins rencontrés pendant mon internat, qui m'ont accompagnée et formée ; et plus particulièrement à l'équipe de Saint Bonnet : Renaud, Jean-Luc, Chantal et Sophie !
J'espère devenir un aussi bon médecin que vous l'êtes !

A Raphaël, merci pour ta bonne humeur tout au long de ce travail !

A Romain, mon ami, mon amour. Merci pour ces premières années merveilleuses à tes côtés ; premières d'une longue série, j'en fais le vœu. Tu m'es rapidement devenu indispensable et j'ai hâte d'écrire la suite de notre histoire. Je t'aime !

**ETUDE DES EXPERIENCES VECUES COMME
GROSSOPHOBES PAR LES PATIENTS EN SURPOIDS
OU OBESES DANS LE MILIEU DES SOINS, ET LES
CONSEQUENCES SUR LEUR PRISE EN CHARGE
MEDICALE**

LE MERLE Aurore, PAYEUR Raphaël

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien ou conflit d'intérêt relatif au sujet traité qui compromettrait l'intégrité des résultats.

Mots Clés : Attitude du personnel soignant, Obésité, Discrimination, Stigmatisation, Grossophobie

Key Word : Attitude of Health Personnel, Obesity, Discrimination, Stigmatization, Fat phobia

RESUME

Contexte : La prise en charge de l'obésité est un enjeu primordial de santé publique. Pourtant de plus en plus de personnes témoignent de discriminations envers leur poids, au sein du domaine médical.

Objectif : Etablir un état des lieux des expériences ressenties comme grossophobes par les patients en surpoids ou obèses dans le milieu médical et les conséquences sur leur prise en charge.

Méthode : Etude quantitative observationnelle descriptive transversale basée sur un questionnaire permettant de recueillir le ressenti des patients sur la question de la grossophobie dans le milieu médical. Les questionnaires ont été distribués en ligne via les réseaux sociaux et par des diététiciennes.

Une question facultative permettait aux répondants de décrire une situation qu'ils estimaient discriminante. Ces données ont été analysées et triangulées selon une méthode inductive.

Résultats : 104 questionnaires ont été analysés. 87% des répondants estimaient avoir déjà vécu de la grossophobie dans le milieu médical. Plus l'IMC était élevé, plus le ressenti de grossophobie augmentait.

Les principaux comportements dénoncés étaient à type de paternalisme, de dévalorisation ou de moqueries. Ils étaient responsables de colère, de tristesse et de honte et pouvaient entraîner une recrudescence de l'anxiété. Pour certains, ces préjugés ont provoqué des retards et des erreurs diagnostiques.

64% des répondants ont déjà arrêté leur suivi médical ou paramédical à cause de discrimination.

Conclusion : Selon les répondants, la grossophobie est encore trop présente dans le milieu médical et a un impact négatif sur leur prise en charge. Elle peut être responsable de rupture de suivi et d'évitement des soins. Il devient donc primordial de réduire les préjugés des soignants afin d'offrir une meilleure prise en charge à ces patients.

ABSTRACT

Context: The way obesity is dealt with is a vital challenge for public health. However, more and more patients are reporting discrimination based on their body weight from within the medical field.

Objective: To establish an inventory of fat-phobia experiences among overweight or obese patients in the medical environment and the consequences of it on their medical care.

Method: A quantitative, observational, descriptive, transverse study based on an online questionnaire which collected patients' feelings on the issue of fat-phobia in the medical environment. Questionnaires were also distributed by dieticians.

An optional question allowed respondents to describe a situation they perceived as discriminatory. These data were analysed and triangulated using an inductive method.

Results: 104 questionnaires were analysed. 87% of the respondents felt they had experienced fat-phobia in the medical environment. The higher the BMI, the greater the feeling of fat-phobia.

The main behaviours reported were paternalism, devaluation or mockery. These events caused the patients to feel anger, sadness and shame and could also lead to increased anxiety. For some, these prejudices had caused delays in diagnostics and misdiagnoses.

64% of the respondents had already stopped a medical follow-up because of these discriminations.

Conclusion: According to the respondents, fat-phobia is still too present in the medical environment and has a negative impact on their care. It can be responsible for a break in medical follow-up and avoidance of care. It is therefore essential to reduce the prejudices from caregivers in order to offer better care to these patients.

TABLE DES MATIERES

RESUME	13
ABSTRACT	14
TABLE DES MATIERES	15
INTRODUCTION	17
I. L'obésité, préoccupation majeure en santé publique	17
a. Définitions et épidémiologie du surpoids et de l'obésité.....	17
b. Conséquences de l'obésité et stratégies de lutte	18
c. Difficultés des médecins à faire face à l'obésité	19
II. Grossophobie, enjeu majeur de lutte contre l'obésité.....	21
a. Définition.....	21
b. Impacts sur la santé	22
III. Intérêt de l'étude.....	23
MATERIEL ET METHODE	25
I. Description de l'étude	25
II. Description du questionnaire	25
III. Diffusion du questionnaire	26
IV. Critères d'inclusion	26
V. Aspects éthiques et réglementaires	26
VI. Recueil des données	27
VII. Méthode d'analyses	28
RESULTATS.....	30
ANALYSE QUANTITATIVE	30
I. Caractéristiques démographiques des participants à l'étude (tableau 1).....	30
II. Discrimination générale (hors milieu médical).....	35
III. Ressenti de grossophobie médicale	39
IV. Ressenti des patients en surpoids ou obèses avant une consultation	48
ANALYSE QUALITATIVE.....	51
I. Stigmatisation	51
II. Manifestations de la stigmatisation	53
III. Conséquences de ces expériences de grossophobie.....	58
DISCUSSION	61
I. Résumé des résultats.....	61
II. Critique des résultats et limites de l'étude.....	65

III. Les forces de notre étude.....	68
IV. Perspectives.....	69
CONCLUSION	70
BIBLIOGRAPHIE.....	71
ANNEXES.....	74
Annexe 1 : Questionnaire	74
Annexe 2 : Engagement de conformité à une méthodologie de référence CNIL	80
Annexe 3 : Fiche d'information	81
Tableau 1 : caractéristique démographique de la population.....	84
Tableau 2. Comparaison des caractéristiques entre les patients ayant subis de la glossophobie médicale et les autres	85
Annexe 4 : Réponses à la question 25	86
SERMENT D'HIPPOCRATE	93

INTRODUCTION

I. L'obésité, préoccupation majeure en santé publique

a. Définitions et épidémiologie du surpoids et de l'obésité

L'obésité est définie selon l'OMS par une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle (1).

En pratique, chez l'adulte, on définit le statut pondéral d'une personne à l'aide de l'indice de masse corporelle (IMC) correspondant au rapport du poids (en kg) sur le carré de la taille (en mètre). Le surpoids étant défini par un IMC entre 25 et 30 Kg/m² et l'obésité par un IMC supérieur ou égal à 30 Kg/m². Les personnes ayant un IMC supérieur ou égal à 35Kg/m² sont considérées comme en obésité sévère et celles ayant un IMC supérieur ou égal à 40 Kg/m² en obésité morbide.

Cependant, l'IMC ne donne qu'une évaluation approximative de l'obésité car le degré d'adiposité varie d'une personne à une autre. En effet, il n'est pas rare que des sportifs de haut niveau aient un IMC > 25 avec un taux d'adiposité pourtant faible. Or, nous savons que les complications de l'obésité et les facteurs de risque cardiovasculaires sont augmentés par la répartition viscérale de la masse adipeuse.

Il n'en reste pas moins que l'IMC reste la valeur de référence, notamment dans la majorité des études.

A l'échelle mondiale, on estime que le nombre de personnes en situation d'obésité a triplé entre 1975 et 2016 et qu'actuellement 39% des adultes sont en situation de surpoids. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, environ 650 millions de personnes seraient obèses. En France, en 2017, 17% des français adultes étaient en situation d'obésité (2).

b. Conséquences de l'obésité et stratégies de lutte

L'obésité, et dans une moindre mesure, le surpoids, sont associés à un sur-risque de pathologies somatiques telles que le diabète, l'insuffisance respiratoire, les maladies cardio-vasculaires ainsi que de nombreux cancers, en particulier digestif mais également rénaux ou ovariens. (3–5).

L'obésité est également associée à un risque de souffrance psychosociale liée notamment à la stigmatisation et à la discrimination subies par les personnes en situation d'obésité.

La prévention et la prise en charge de l'obésité est donc un enjeu primordial, tant au niveau sanitaire, qu'économique et politique. C'est d'ailleurs un des enjeux du plan de santé publique « Programme National Nutrition Santé » débuté en 2001(6).

Les approches traditionnelles de lutte contre l'obésité et les troubles métaboliques sont peu efficaces. Alors que les conséquences de l'obésité, telles que les maladies cardiovasculaires ou les répercussions rénales, ont une prise en charge bien codifiée, l'obésité en tant que telle reste difficilement contrôlable.

En effet, malgré la mise en place de nombreux programmes éducatifs, de spots publicitaires, de taxes ciblées, la problématique s'amplifie. Le taux d'obésité chez l'adulte et l'enfant est en augmentation permanente, ainsi que les troubles métaboliques liés au poids comme le diabète de type 2 (7–9).

Devant ce constat d'échec, certains auteurs préconisent une plus grande pression sociale à l'égard des personnes obèses, au même titre que cela a été fait pour le tabac (10). Il est néanmoins difficile de ne pas tomber dans le piège de la discrimination, l'obésité étant en effet une maladie complexe aux origines multiples (environnementale, génétique, psychologique) et non un simple problème comportemental (11).

c. Difficultés des médecins à faire face à l'obésité

La plupart des médecins, bien qu'ayant conscience de leur rôle dans la prévention et dans la prise en charge de l'obésité, ne se sentent pas compétents pour le faire. Dans une étude concernant les soins primaires, seulement 42% des médecins interrogés se sentaient qualifiés pour traiter l'obésité (12). En effet, l'étude nationale multicentrique ECOGEN réalisée en 2014 a montré que, parmi 20186 consultations de médecine générale, seulement 137 concernaient la prise en charge de l'obésité et 106 la prise en charge du surpoids (13). Il existe donc un écart entre la prévalence des consultations « obésité » et la prévalence de l'obésité. Or, les conseils médicaux peuvent avoir un impact positif sur le comportement des personnes en surpoids. En effet, la prévalence des personnes ayant essayé de perdre du poids est plus importante chez

celles ayant reçu des conseils de la part de leur médecin que chez celles n'en n'ayant pas reçu (14).

Plusieurs études se sont intéressées aux difficultés des médecins généralistes à prendre en charge l'obésité. Une des premières limites évoquées était la difficulté à aborder la question du poids en consultation (14). En effet, il ne s'agit que rarement d'une plainte évoquée par le patient lui-même. Le surpoids et l'obésité évoluant à bas bruit, la plupart du temps, les patients ne consultent pas spécifiquement pour ce motif. La question du poids est alors souvent abordée lors de l'apparition de comorbidités ou au décours d'un bilan sanguin.

Les médecins évoquaient également un découragement face à l'absence de suivi des conseils délivrés (15). L'obésité étant une maladie évoluant silencieusement, les patients ne chercheraient pas nécessairement à changer leurs habitudes. De plus, il est d'autant plus difficile de faire accepter des conseils simples, qui entraînent des résultats modestes et pouvant tarder à venir, que les patients souhaitent plutôt des recettes rapides et « miraculeuses », favorisées par le « culte de la minceur ».

Cependant, il existe un réel manque de formation pour les médecins. Dans une étude réalisée en Haute-Vienne, bien que la plupart des médecins avaient connaissance des recommandations de prise en charge de l'obésité, seulement 13% d'entre eux recommandaient l'association de prise en charge diététique, psychologique et l'activité physique (16). Cette association est pourtant largement préconisée dans les études (17).

Un autre frein était plutôt d'ordre organisationnel. En effet, les médecins généralistes évoquaient souvent le manque d'accès aux spécialistes. De plus, les consultations de prise en charge de l'obésité sont des consultations longues, non valorisées par la sécurité sociale, à

l'exception de la prévention de l'obésité chez l'enfant. La démographie médicale diminuant, il s'agit de consultations de plus en plus difficiles à organiser (15).

II. Grossophobie, enjeu majeur de lutte contre l'obésité

a. Définition

Le terme « grossophobie » est issu du terme anglais « fat phobia ».

Il est utilisé pour la première fois en France en 1994 par l'actrice Anne Zamberlan dans son livre intitulé « *Je suis grosse et alors ? Coup de gueule contre la grossophobie.* »

Il fait son entrée dans le Robert en 2019 et est défini alors comme « *l'ensemble des attitudes et des comportements hostiles qui stigmatisent et discriminent les personnes grosses, en surpoids ou obèses* ». La grossophobie correspond à un rejet social et à la dévalorisation des personnes ne correspondant pas au standard en vigueur concernant le poids et la forme du corps. Elle est la conséquence de stéréotypes négatifs à l'encontre des personnes obèses.

Il existe deux types de grossophobie : la grossophobie implicite et explicite. La première est indirecte et liée à un manque de matériel adapté dans notre société. Par exemple, dans le milieu médical, il pourrait s'agir de lits hospitaliers inadaptés, ou de brassards à tension trop petits.

La seconde, directe, est liée au comportement humain. Il s'agit des humiliations, insultes, subies par les personnes en surpoids ou obèses.

La grossophobie s'est répandue à travers le monde au cours de ces dernières décennies au même titre que l'obésité elle-même (18). Par exemple, selon l'enquête française Santé et Itinéraire professionnel, à compétences égales, les femmes en situation d'obésité ont tendance à trouver moins de travail que les femmes non obèses (19). De même, aux États-Unis, les personnes en surpoids ou obèses rapportent plus de discriminations que les minorités ethniques rapportent du racisme, en particulier sur le marché de l'emploi (20).

Certains auteurs suggèrent que, parmi toutes les discriminations que connaît notre société, la discrimination envers les personnes obèses serait la plus délétère (21). En effet, il existe dans notre société une croyance selon laquelle, avec de la volonté et de la détermination, on peut contrôler son poids. L'obésité serait donc associée à un manque de contrôle de soi, un manque de détermination et donc à un manque de réussite. Les personnes obèses ont donc généralement une image plus négative, que les personnes porteuses de stigmates sur lesquels elles ne peuvent agir (telles que la couleur de peau, le handicap) (22). Elles sont décrites, dans la population générale comme des personnes fainéantes, incompetentes, qui manquent de volonté et de discipline (23).

b. Impacts sur la santé

Les dernières revues de la littérature scientifique montrent que la grossophobie entraîne des désordres métaboliques et une augmentation de la prise de poids.

Il a été montré que les femmes victimes de grossophobie ont plus de risque de devenir obèses ou de le rester, à cause notamment d'une augmentation du risque de troubles du comportement alimentaire (24).

La grossophobie aurait également un impact négatif sur les comportements visant à réguler la prise de poids, avec par exemple un évitement de l'activité physique (25).

Il existe également un impact sur la santé mentale. En effet, il a été décrit que les personnes victimes de grossophobie ressentait plus de troubles anxio-dépressifs, indépendamment de l'IMC et des antécédents psychiatriques, mais également une augmentation du stress, des risques suicidaires et de l'usage de drogues (26) (27).

De plus, une étude intitulée « Weight Discrimination and Risk of Mortality » de 2015, a montré un sur-risque de mortalité chez les personnes victimes de grossophobie, avec une augmentation de 60% de la mortalité toute cause à 10 ans, indépendamment de l'IMC (28).

Les effets de la grossophobie ne sont pas forcément liés à l'IMC, et concernent même les personnes sans surpoids (29).

III. Intérêt de l'étude

Actuellement, de plus en plus d'associations et de médias dénoncent une forme de grossophobie dans le milieu médical. En effet, les aprioris décrits dans la population générale sont retrouvés chez les professionnels de santé (30).

Or, la grossophobie médicale peut avoir des conséquences désastreuses pour la prise en charge des patients en surpoids.

Il existe dans la littérature de nombreuses études interrogeant les médecins, et les soignants de manière plus générale, sur leur ressenti vis-à-vis de la prise en charge des patients obèses, et finalement peu d'études interrogeant les patients en situation d'obésité.

De plus, dans un contexte de pandémie mondiale au cours de laquelle l'obésité a été pointée du doigt et stigmatisée par les médias et les professionnels de santé, il nous a paru intéressant d'interroger le ressenti des principaux intéressés.

L'objectif de notre travail était donc d'établir un état des lieux des expériences ressenties comme grossophobes par les patients en surpoids ou obèses dans le milieu médical et les conséquences sur leur prise en charge.

MATERIEL ET METHODE

I. Description de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle descriptive transversale basée sur un questionnaire en ligne et papier, permettant de recueillir le ressenti des patients sur la question de la grossophobie dans le milieu médical. Ce questionnaire était diffusé via les réseaux sociaux en version informatique et via des diététiciennes en format papier, directement à leurs patients.

II. Description du questionnaire

Il s'agissait d'un questionnaire comprenant 25 questions (annexe 1), inspiré par les données de la littérature et ayant pour but de mettre en évidence notre problématique. Il a tout d'abord été testé auprès de notre entourage afin de vérifier sa compréhension. Aucune modification n'a été apportée par la suite.

La première partie du questionnaire permettait d'étudier le profil des participants, notamment leur âge, sexe, niveau d'étude, catégorie socio professionnelle et leur IMC. La seconde explorait le ressenti des patients quant à leur santé et évaluait leur consommation de soins. La troisième permettait d'étudier le ressenti des participants sur les discriminations en lien avec leur poids, en dehors du milieu médical. Enfin, la dernière partie explorait la question de leur ressenti quant à la grossophobie dans le milieu médical.

La question 25 était une question ouverte, optionnelle, permettant au participant, s'il le souhaitait, de décrire une situation qu'il avait ressentie comme discriminante en raison de son poids.

III. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire en ligne a été diffusé sur les réseaux sociaux, pendant une durée de 7 mois. Nous avons également distribué le questionnaire en version papier auprès de diététiciennes, qui le partageaient à leurs patients pendant 1 mois.

Enfin, le questionnaire a été distribué par mail aux diététiciens nutritionnistes membres de l'Association Française des diététiciens nutritionnistes (AFDN) d'Isère et des Hautes-Alpes.

Le questionnaire en ligne était anonyme et hébergé sur la plateforme Lime Survey®. Les questionnaires papiers ont été saisis sur la plateforme Lime Survey® puis détruits.

IV. Critères d'inclusion

Les patients inclus devaient être majeurs, avec un IMC supérieur ou égal à 25.

V. Aspects éthiques et réglementaires

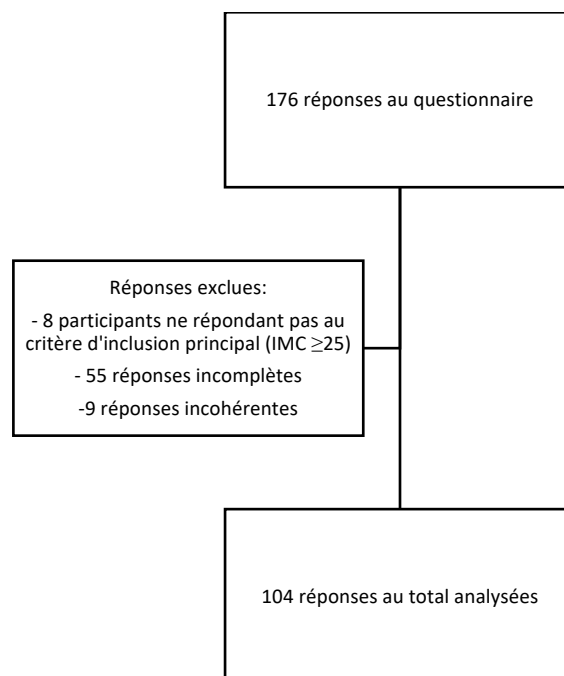
Une demande d'autorisation de recherche médicale a été effectuée auprès de la CNIL (annexe 2).

Une fiche d'informations été donnée aux participants et il leur était demandé, avant de débiter le questionnaire, de cocher une case attestant qu'ils avaient lu et compris la totalité de cette fiche (annexe 3).

VI. Recueil des données

Le recueil de données a été réalisé du 14 mai 2021 au 06 novembre 2021.

176 réponses ont été obtenues puis, dans un second temps, certains questionnaires ont été exclus car partiellement remplis ou ne répondant pas aux critères d'inclusions, ou enfin pour cause d'une trop grande incohérence dans les réponses.



VII. Méthode d'analyses

Une analyse descriptive a été effectuée sur les variables quantitatives continues (âge, IMC), ordinales (perception des discriminations) et nominales (niveau d'étude, milieu socio professionnel...).

Les données qualitatives ont été analysées sous forme de fréquence et de pourcentage. Pour plus de lisibilité, un arrondissement à l'unité a été faite pour tous les pourcentages.

Les données quantitatives ont été décrites sous forme de médiane (1^{er} interquartile ; 3^{ème} interquartile) si leurs distributions ne suivaient pas de loi normale, et de moyenne \pm écart-type si elles suivaient une loi normale.

Les variables qualitatives ont été comparées via les tests du Chi2 ou de Fischer si les conditions d'application du test de Chi2 n'étaient pas respectées. La valeur $p \leq 0,05$ a été retenue comme significative.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel IBM SPSS Statistics 28 et avec l'aide d'un statisticien du centre hospitalier Annecy Genevois.

Pour permettre une évaluation statistique, les analyses concernant les groupes IMC ont été réalisées après regroupement des catégories surpoids/obésité modéré et obésité sévère/obésité morbide.

Devant un nombre insuffisant de réponses, les analyses concernant le niveau d'étude ont nécessité un regroupement entre BTS/Etude supérieures et l'ensemble des autres catégories.

Pour une répartition plus homogène des répondants, les analyses concernant les âges ont été regroupées entre 18/30 ans, 30/40 ans, 40/50 ans et 50/75 ans.

Une question a dû être supprimée devant un trop grand nombre de réponses incohérentes (question 18).

La dernière question, qui était ouverte, a été analysée de manière indépendante par les deux investigateurs en utilisant les différentes phases de codage (ouvert, axial et sélectif) utilisées dans les analyses qualitatives. Les analyses ont ensuite été mises en commun ce qui a permis une triangulation des données.

Pour simplifier la lecture, le terme « grossophobie médicale » a été utilisé par la suite pour évoquer un vécu de grossophobie dans le domaine de la santé, que ce soit avec des médecins ou des paramédicaux.

RESULTATS

ANALYSE QUANTITATIVE

I. Caractéristiques démographiques des participants à l'étude (tableau 1)

a. Données socio démographiques

Nous avons recueilli 104 questionnaires exploitables pour la suite de notre étude.

La plupart des répondants étaient des femmes (88%). La population avait un âge médian de 35 ans et un IMC médian de 33,2.

Environ deux tiers des femmes avaient entre 18 et 40 ans. Pour les hommes, la moitié de l'effectif avaient entre 30 et 40 ans (50%). 72% des répondants avaient donc moins de 40 ans.

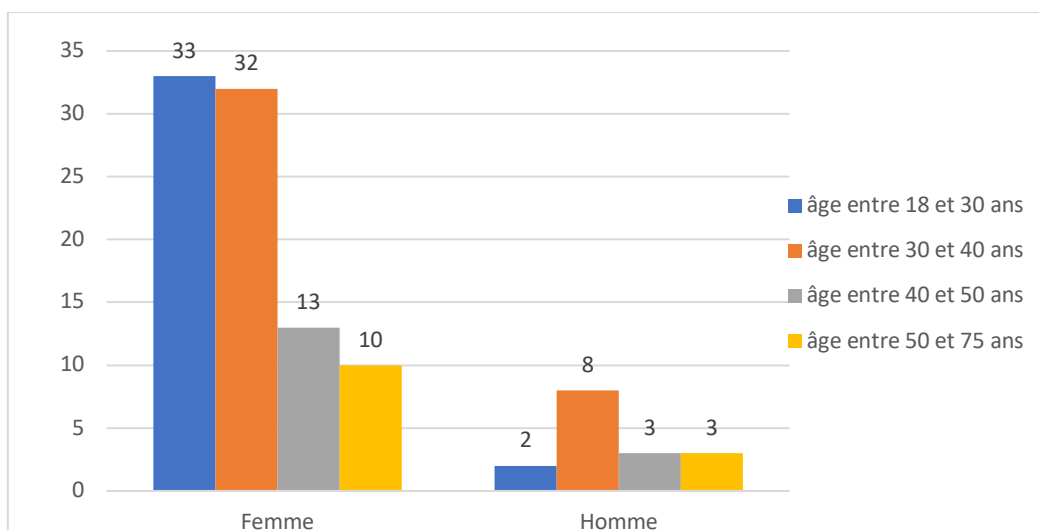


Figure 1. Répartition de l'âge en fonction du sexe

b. Niveau d'étude et catégorie socio professionnelle

La majorité des répondants (66%) avaient fait des études supérieures, 12% avaient l'équivalent d'un BTS, 9% avaient le niveau baccalauréat général, 8% un équivalent BEP ou CAP, 4% un baccalauréat professionnel, 1% l'équivalent du brevet des collèges et 1% n'avaient aucun diplôme.

En ce qui concerne la catégorie socio-professionnelle des répondants, 28% étaient cadres ou travaillaient dans les professions intellectuelles supérieures, 27% avaient des professions intermédiaires et 25% étaient employés.

c. Données anthropologiques

La répartition de la population en fonction de l'IMC était relativement homogène. Après fusion des groupes surpoids/obésité modérée et obésité sévère/obésité morbide, la répartition était respectivement de 46% et 54%. Ce regroupement a été utilisé dans la suite de l'analyse statistique comme expliqué dans la partie méthode.

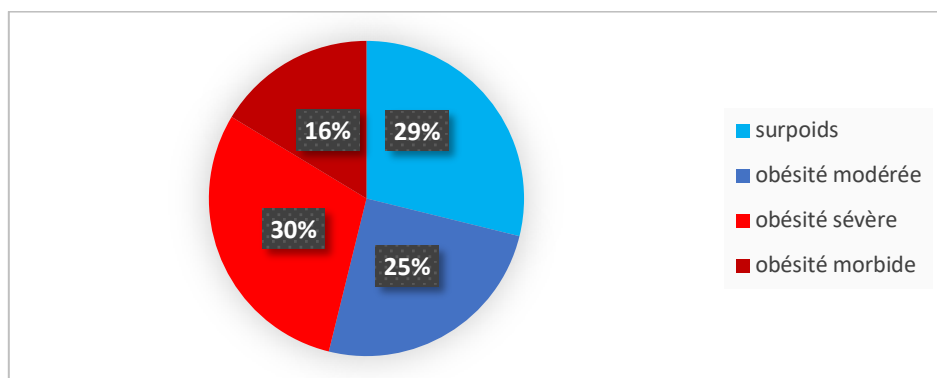


Figure 2. Répartition de la population en fonction des groupes IMC

La proportion d'hommes était plus importante dans les catégories surpoids et obésité modérée tandis que la proportion de femmes était plus importante dans la catégorie obésité sévère.

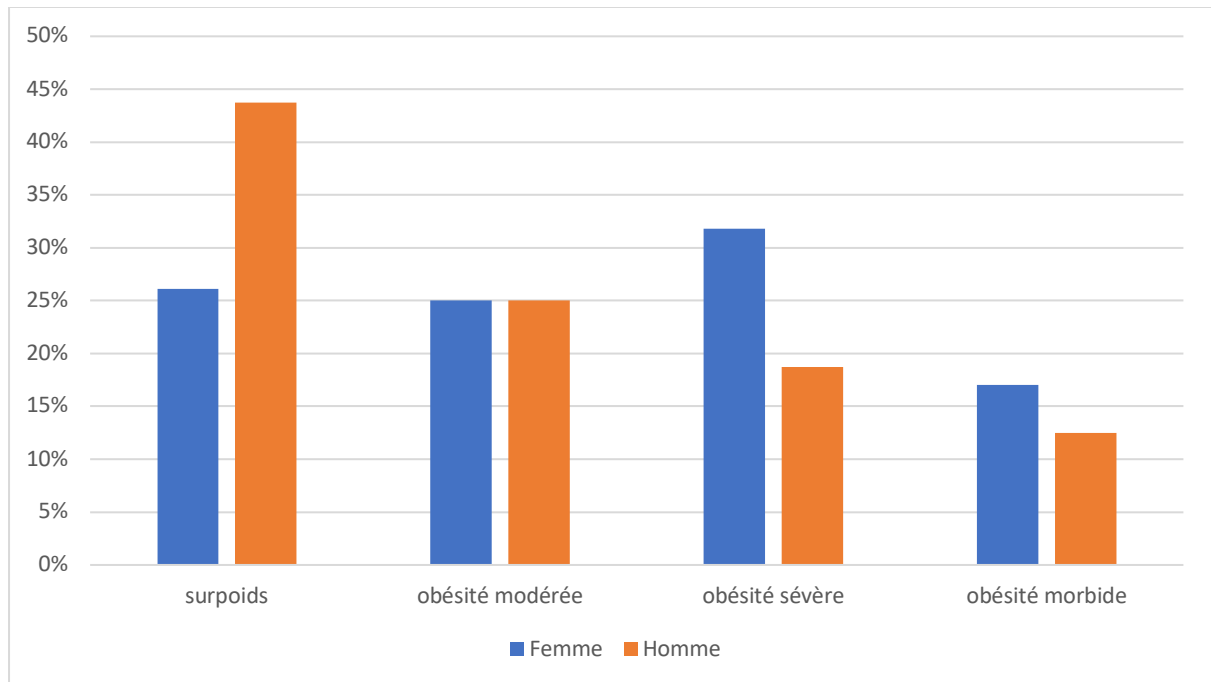


Figure 3 : Répartition des groupes IMC en fonction du sexe

d. Estimation de la consommation de soins

La grande majorité de la population d'étude avait un médecin traitant (97%) et près de la moitié (46%) avaient une pathologie chronique nécessitant un suivi régulier.

La fréquence des consultations augmentait en fonction de l'âge avec plus des deux tiers des patients entre 50 et 75 ans consultant au moins tous les 3 mois (69%) contre 40% des patients entre 18 et 30 ans.

e. État de santé perçu

Pour plus des $\frac{3}{4}$ des répondants, le poids était ressenti comme un problème de santé.

La proportion de femmes considérant le poids comme un problème était plus importante que celle des hommes. Cependant, aucun lien significatif n'a été retrouvé entre le sexe et la perception du poids comme un problème de santé ($p=0,518$).

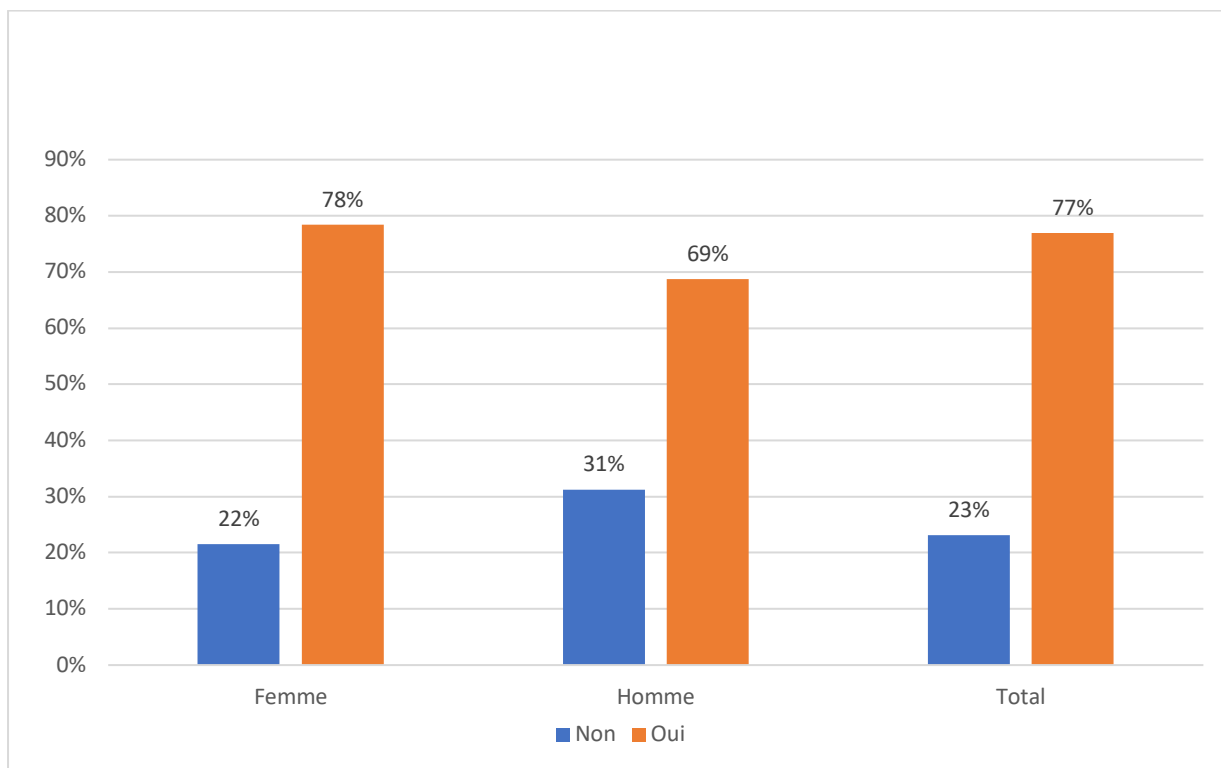


Figure 4. Poids ressenti comme un problème de santé en fonction du sexe

La perception du poids comme un problème de santé était plus importante pour les patients appartenant aux groupes IMC obésité sévère et morbide.

Cependant, aucun lien significatif n'a été retrouvé entre le fait de percevoir le poids comme un problème de santé et le groupe IMC. ($p=0,313$)

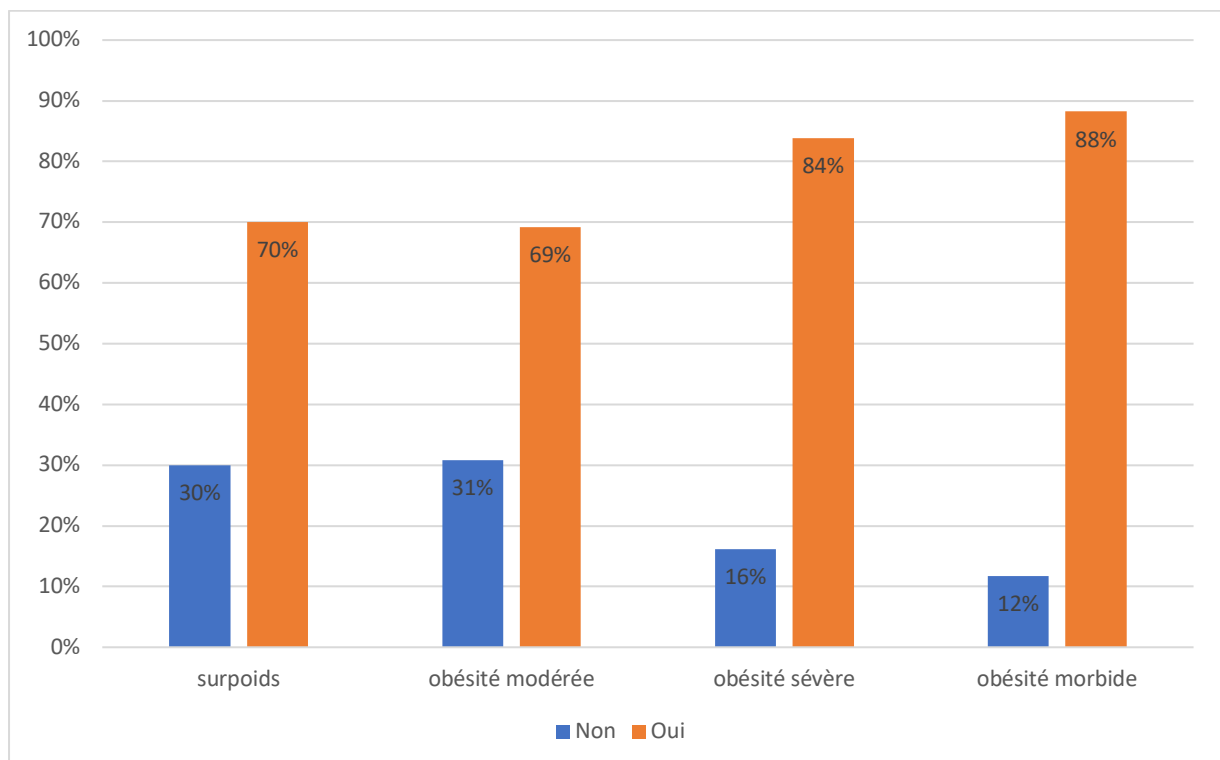


Figure 5. Poids ressenti comme un problème de santé en fonction du groupe IMC

II. Discrimination générale (hors milieu médical)

a. Ressenti de grossophobie hors milieu médical

79% des répondants estimaient avoir déjà vécu de la grossophobie en dehors du domaine de la santé.

La proportion était plus importante chez les femmes que chez les hommes bien qu'aucun lien significatif n'a été retrouvé. ($p=0,100$).

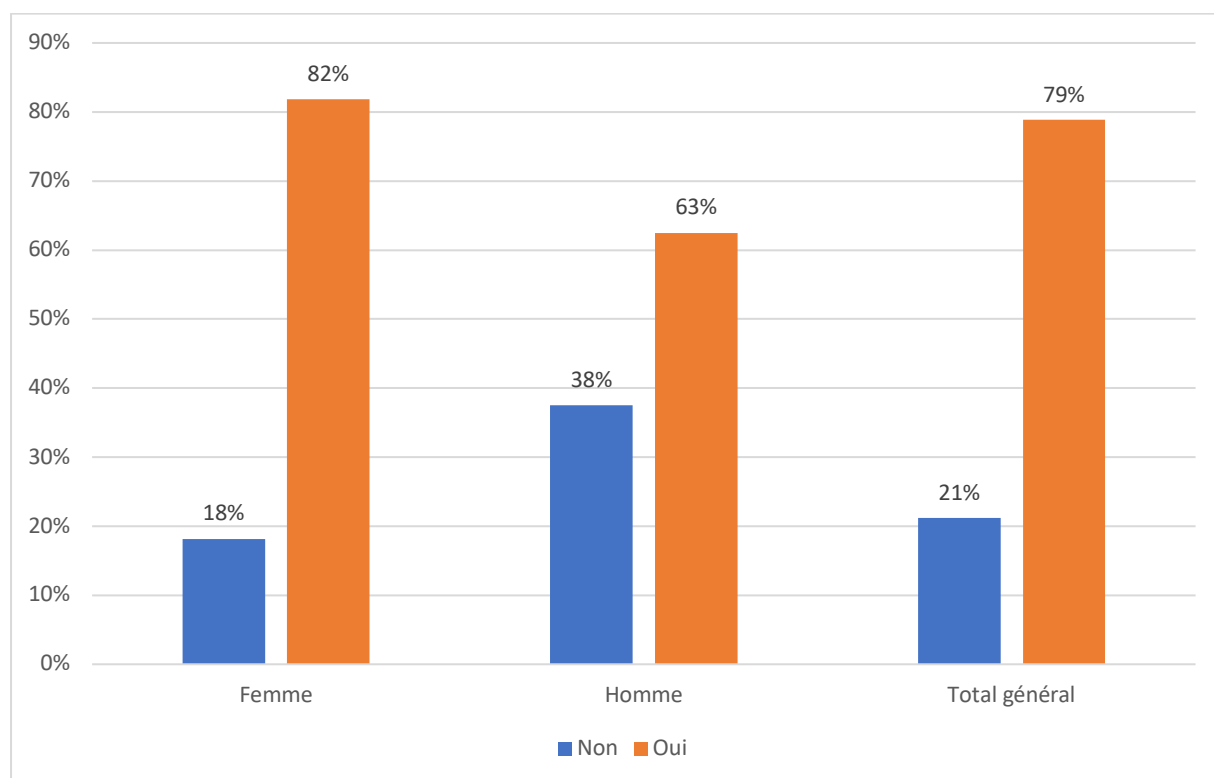


Figure 6. Ressenti de grossophobie non médicale en fonction du sexe

Un lien significatif a été retrouvé entre le niveau d'étude (BTS/études supérieures vs autres) et le ressenti de discrimination non médicale ($p=0,039$) avec un moindre ressenti de grossophobie pour les études supérieures et BTS.

Il existait également un lien significatif entre le vécu de grossophobie non médicale et le groupe IMC ($p=0,001$).

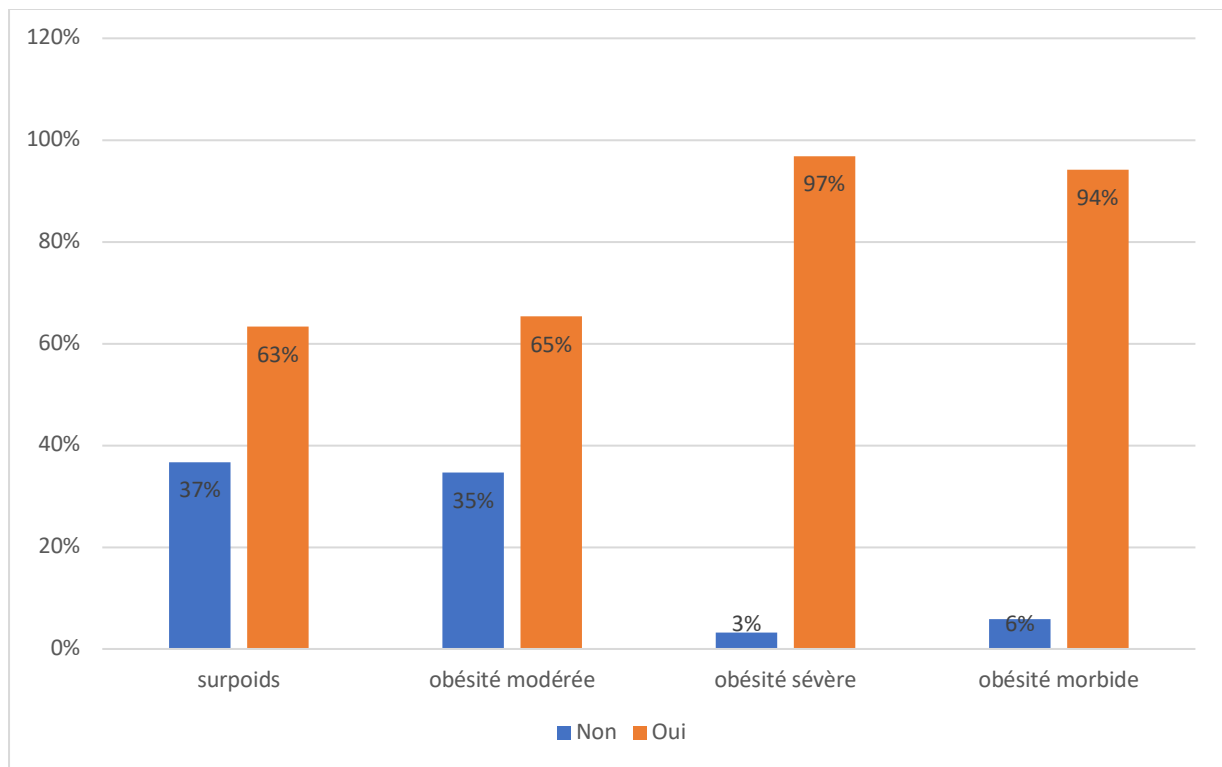


Figure 7. Ressenti de grossophobie non médicale en fonction du groupe IMC

b. Domaine des discriminations

Pour la plupart des répondants, les situations de grossophobie non médicale étaient essentiellement retrouvées dans le domaine des études, de la part d'inconnus ou au sein même de leur famille.

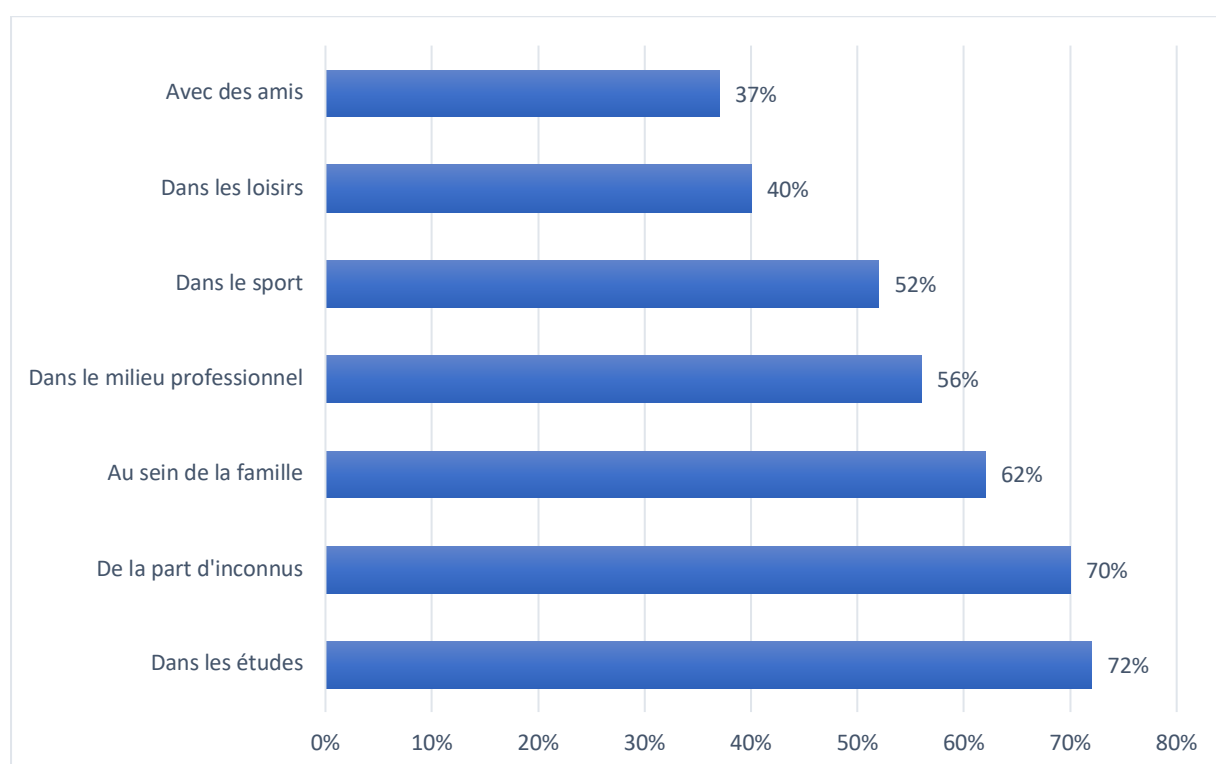


Figure 8. Secteurs de la vie courante des manifestations de grossophobie

c. Fréquence des discriminations

Il a été demandé aux personnes ayant déjà été victimes de grossophobie en dehors du milieu médical d'estimer la fréquence de ces discriminations.

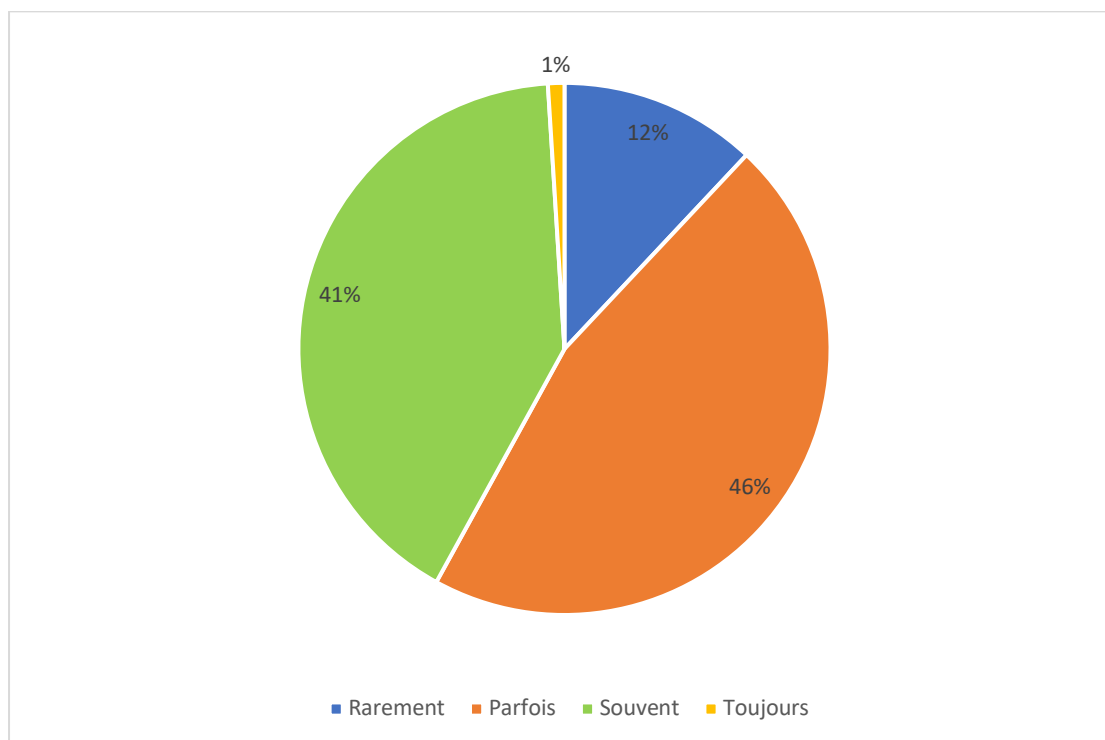


Figure 9. Fréquence des discriminations dans la vie courante

III. Ressenti de grossophobie médicale

a. Caractéristiques globales (tableau 2)

Une grande majorité des répondants avaient déjà vécu une situation de grossophobie lors de consultations médicales ou paramédicales (87%).

L'âge médian était de 35 ans chez les patients ayant subi une situation de grossophobie contre 31,5 chez les autres patients. L'IMC médian était de 34,9 chez les patients victimes de discrimination contre 30,8 chez les autres répondants.

La répartition homme/femme était relativement équilibrée dans les deux groupes (86% de femmes dans le groupe grossophobie contre 79% dans le groupe n'ayant pas vécu de grossophobie).

Dans les deux groupes, 78% des répondants avaient l'équivalent d'un BTS ou fait des études supérieures.

Les patients n'ayant pas subi de grossophobie médicale n'avaient, pour la plupart, pas de pathologie nécessitant un suivi régulier (71% versus 51%).

Bien que la proportion de femmes ayant ressenti une discrimination liée au poids soit plus élevée que celle des hommes, aucun lien significatif n'a été retrouvé entre le sexe et le vécu de grossophobie médicale ($p=0,448$).

De même, aucun lien significatif n'a été retrouvé entre le vécu de grossophobie médicale et le groupement par âge ($p=0,359$) ou le niveau d'étude ($p=1,00$).

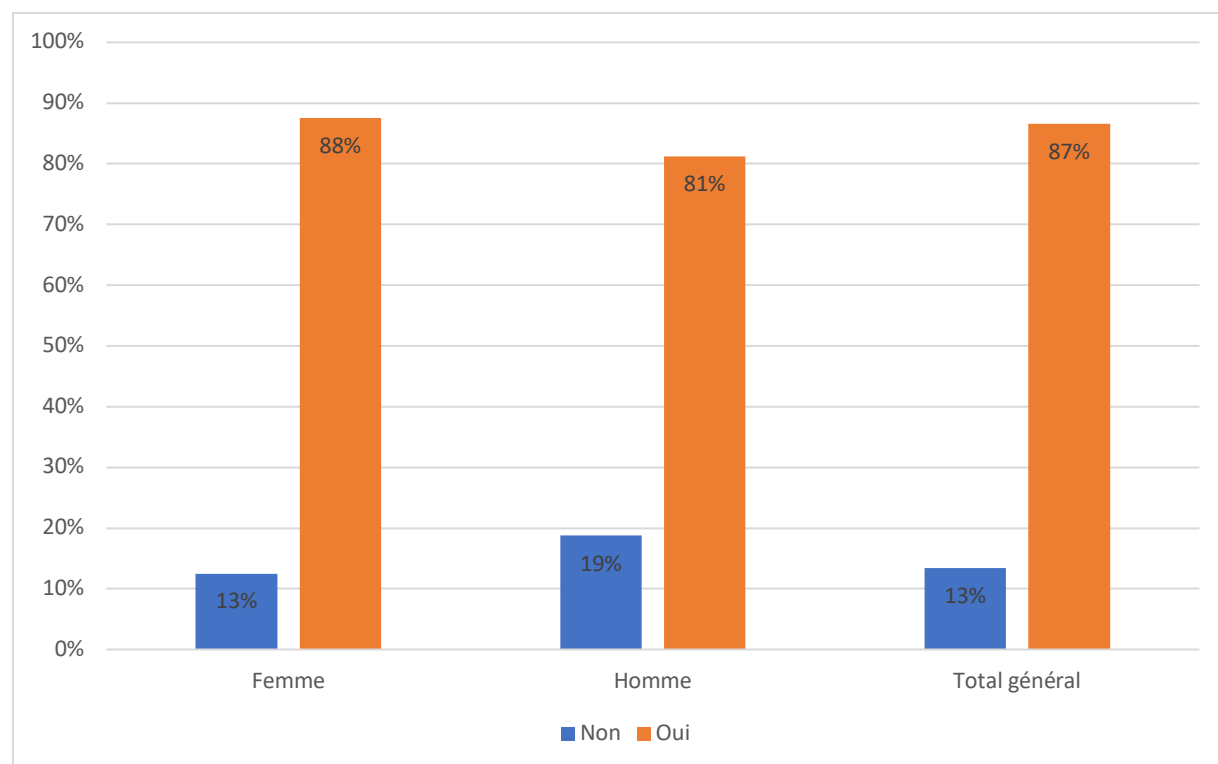


Figure 10. Ressenti de grossophobie médicale en fonction du sexe

Plus l'IMC était élevé, plus le ressenti de grossophobie médicale était important.

Il a été montré l'existence d'un lien significatif entre le vécu de grossophobie médicale et les groupes IMC ($p=0.046$).

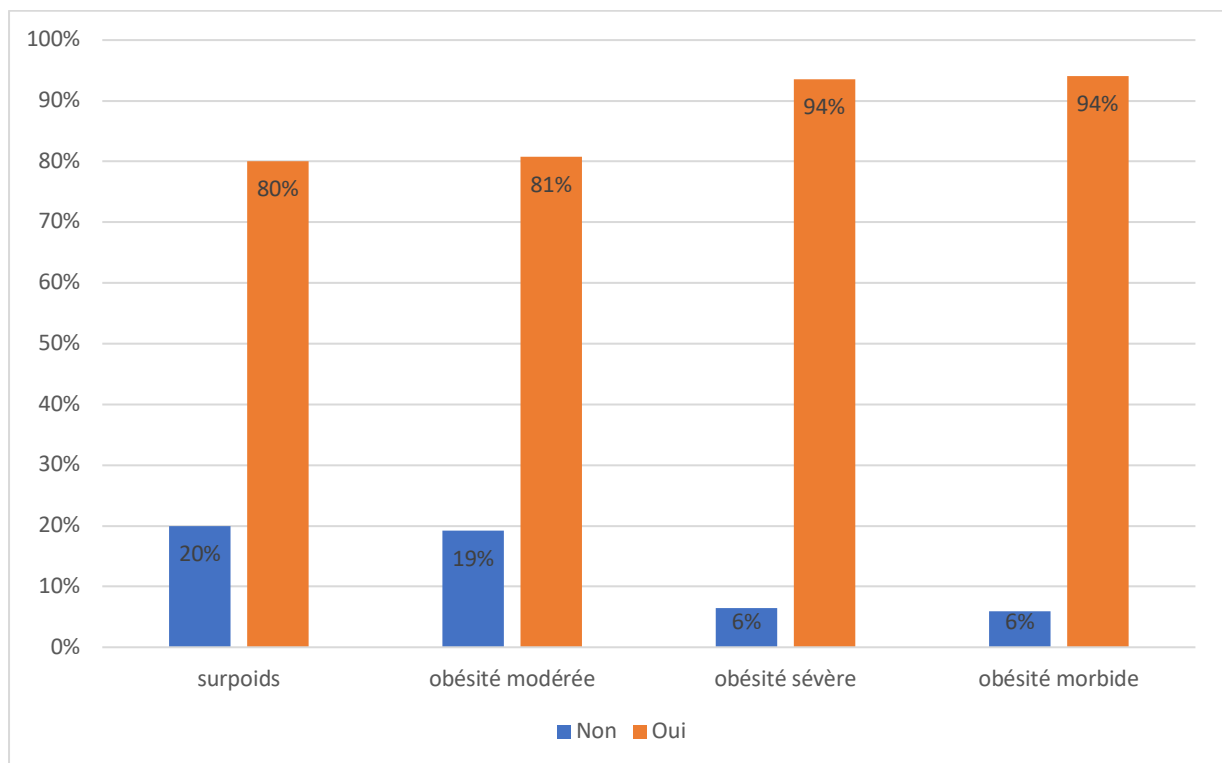


Figure 11. Grossophobie médicale en fonction du groupe IMC

b. Professionnels de santé concernés

La plupart des professionnels perçus comme grossophobes étaient des médecins, et notamment les médecins spécialistes (66%) suivi par les médecins généralistes (45%). On remarque que pour les patients de notre étude, les professionnels paramédicaux étaient bien moins concernés par la grossophobie.

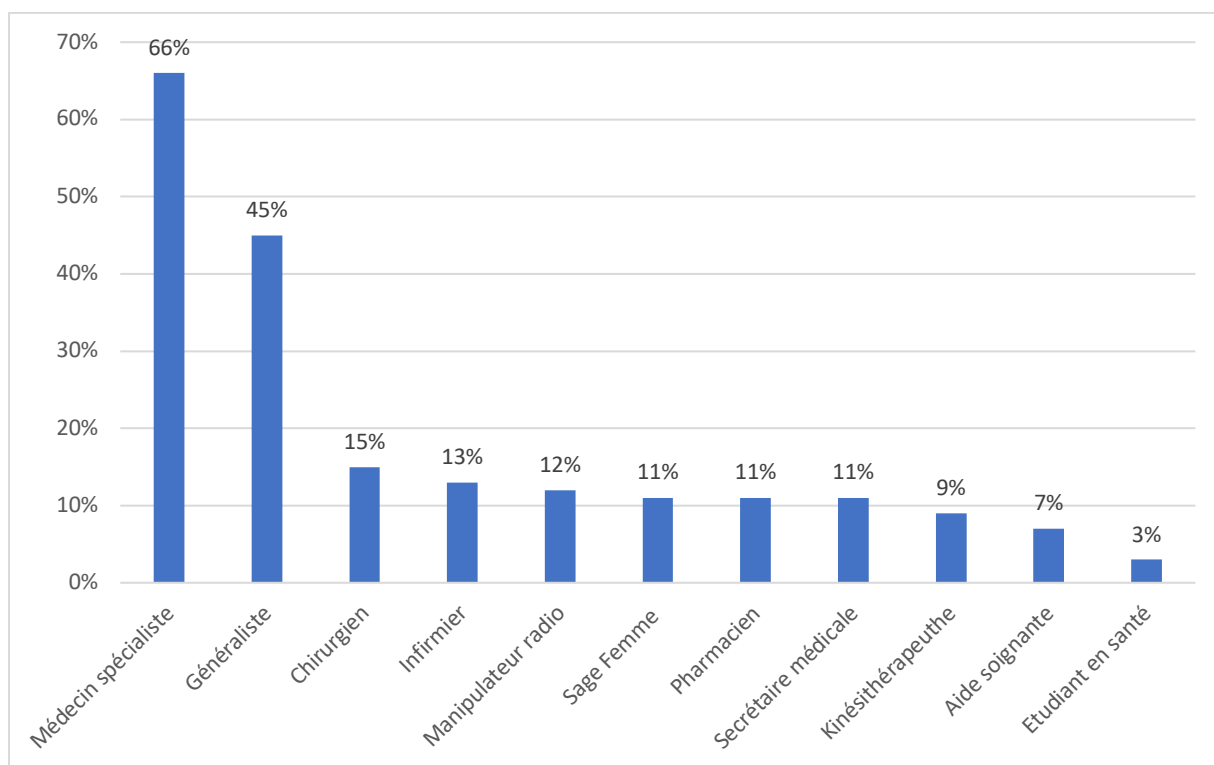


Figure 12. Vécu de grossophobie selon le professionnel

c. Fréquence

Il a été demandé aux patients ayant déjà ressenti de la grossophobie médicale d'estimer la fréquence de ces situations jugées discriminantes.

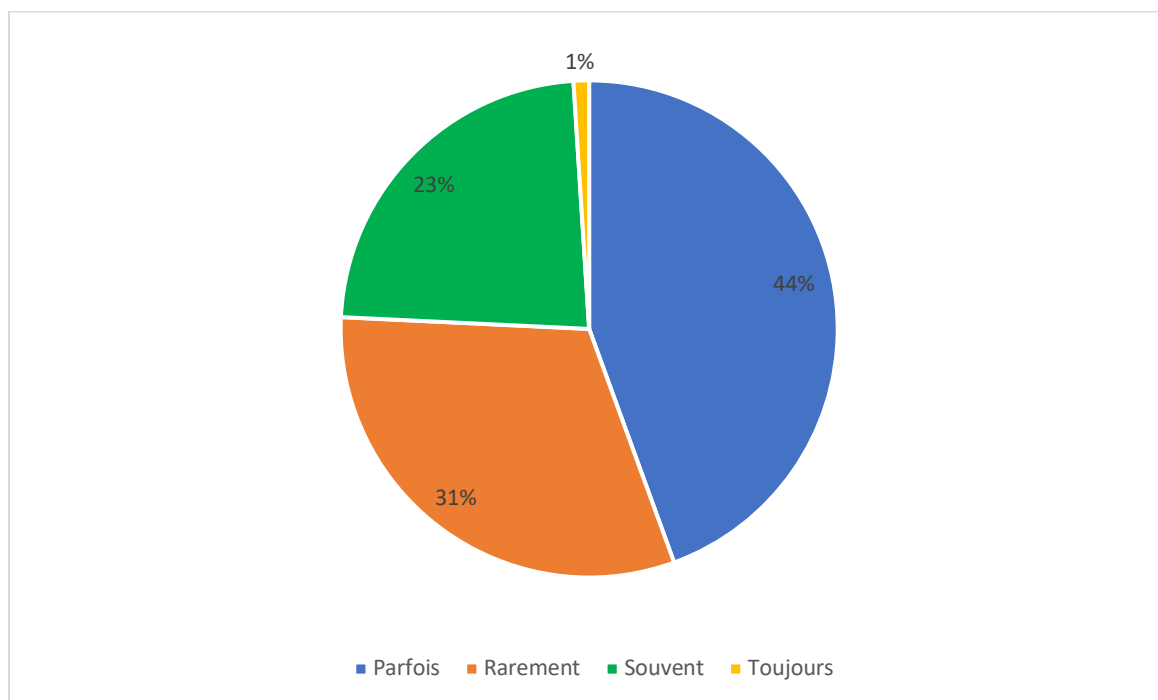


Figure 13. Fréquence des discriminations au sein du milieu médical

d. Comportements discriminatoires

Les patients décrivaient principalement des comportements de type paternalisme avec une attitude moralisatrice, mais également de la dévalorisation associée à une culpabilisation. On remarque également que près d'un tiers d'entre eux avaient déjà subi des moqueries ou ressenti du mépris à leur encontre.

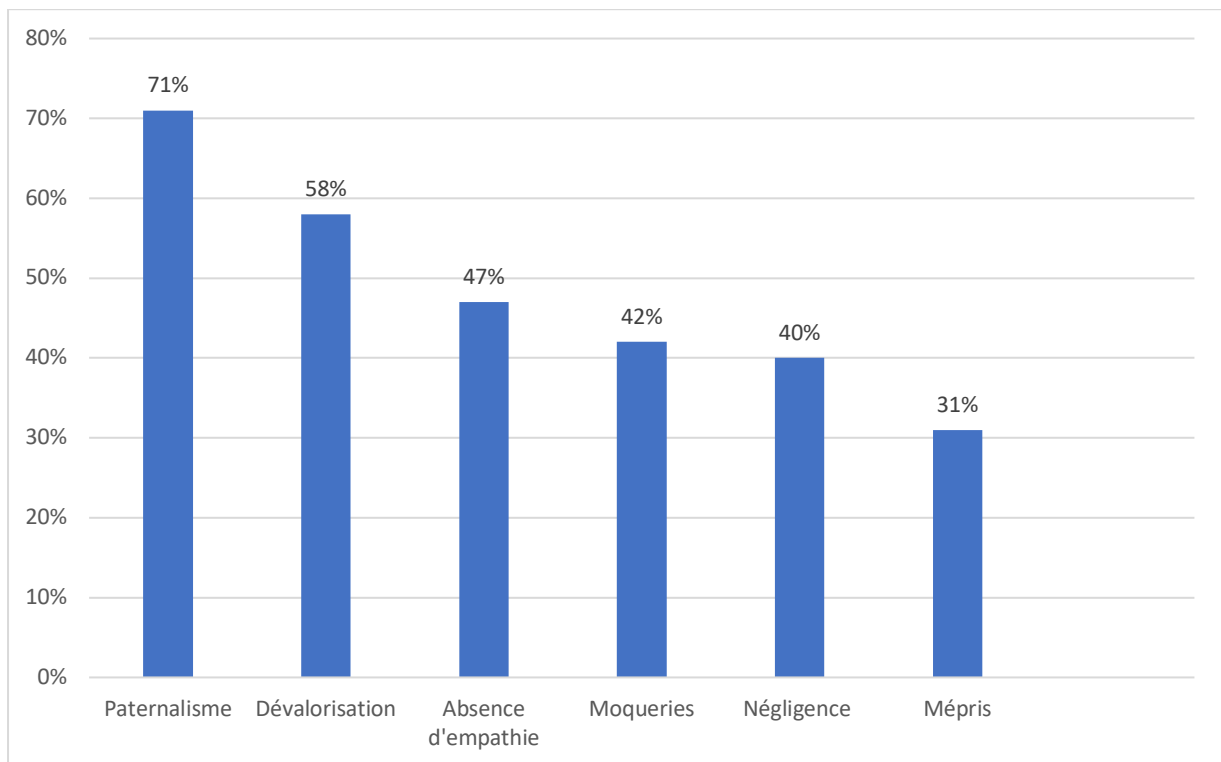


Figure 14. Caractéristiques des comportements grossophobes ressentis par les patients concernés

e. Ressenti des patients face à ces situations

Seulement 10% des patients évoquaient une réaction de combativité après avoir subi une situation vécue comme grossophobe, un désir de montrer au professionnel qu'il se trompe.

La plupart expriment une colère, une indignation face à la situation et près de la moitié ressentent de la tristesse, une honte ou de la culpabilité face à ce genre de situation.

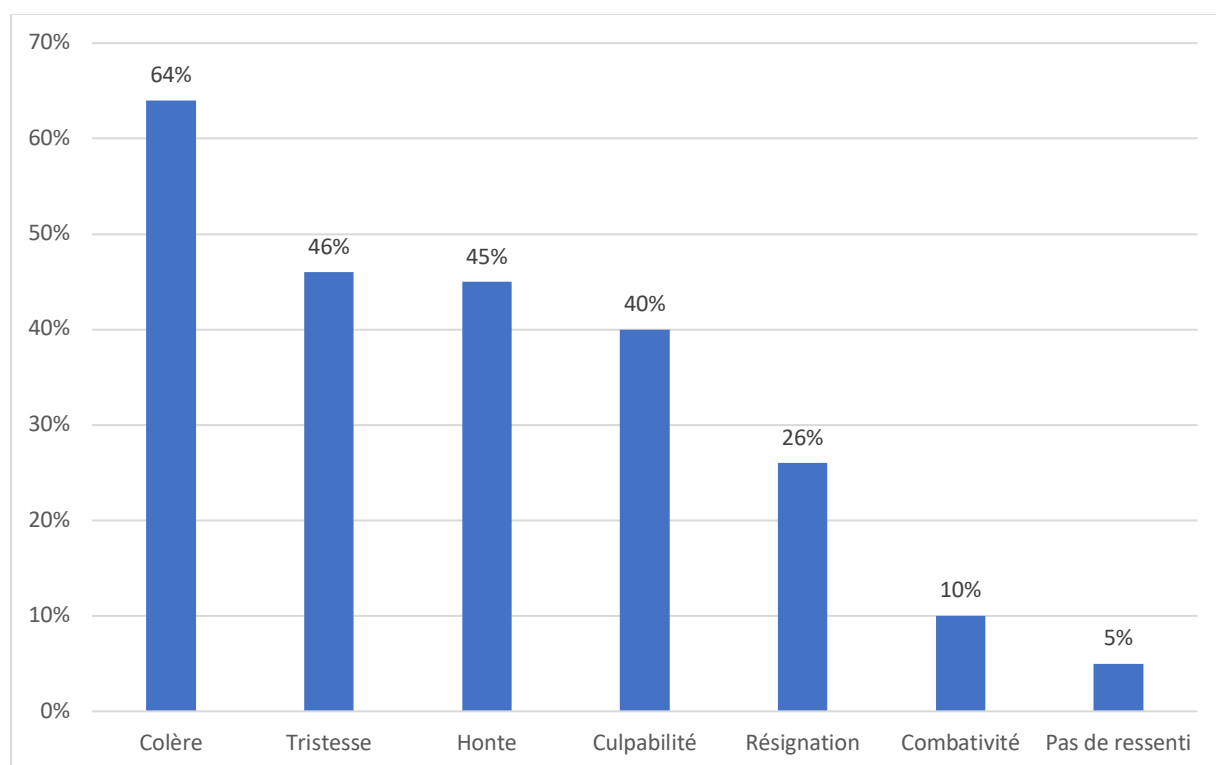


Figure 15. Réaction face à des comportements perçus comme grossophobes

f. Conséquences et impact des situations vécues comme grossophobes

Pour seulement 7% des patients, les consultations impliquant des comportements grossophobes entraînaient un effet positif, à savoir un regain de motivation concernant la perte de poids et le changement des habitudes alimentaires ou physiques.

Pour les autres, l'impact était essentiellement négatif. Les patients ressentaient une recrudescence de leurs symptômes d'anxiété/dépression et dénonçaient des erreurs ou retards de diagnostic à cause de leur poids. 55% d'entre eux décrivaient une sensation de découragement.

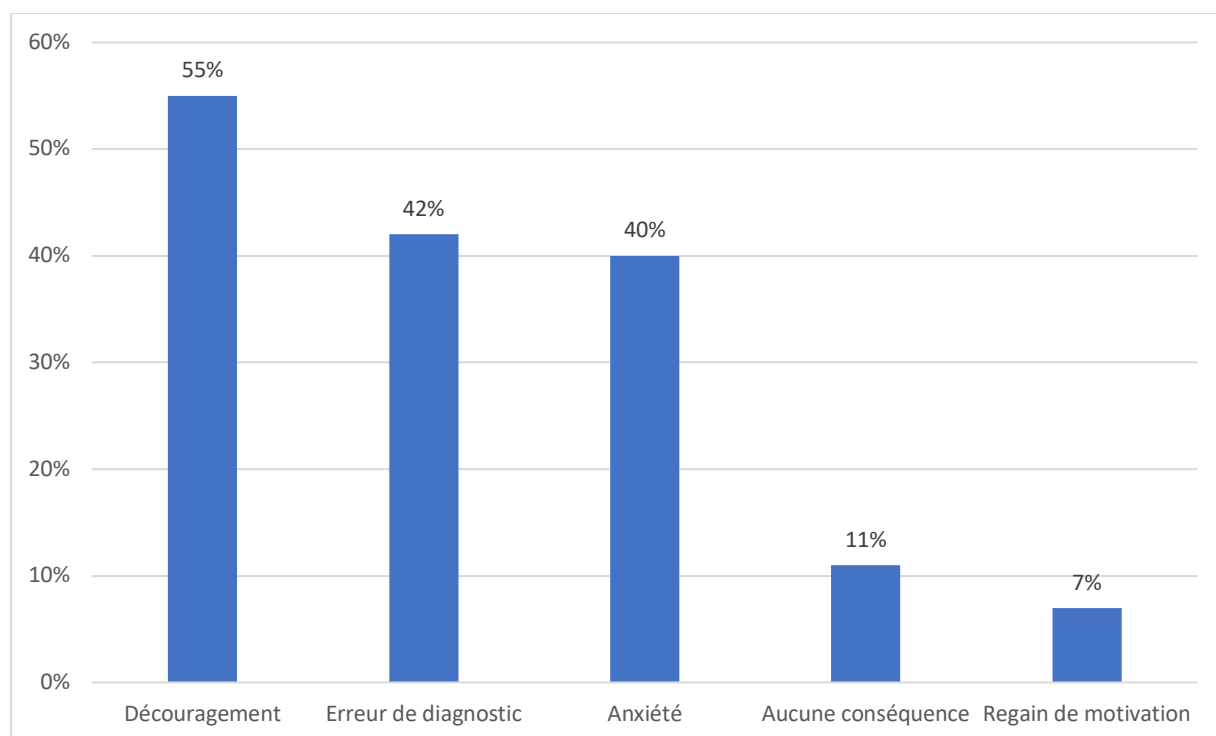


Figure 16. Conséquences selon les patients de leur vécu d'expériences grossophobes dans le milieu de la santé

Dans la majorité des cas, ces situations entraînaient une rupture du suivi médical avec soit un arrêt total du suivi, soit un changement de professionnel. Seulement 14% des patients interrogés choisissaient de poursuivre le suivi avec le même professionnel.

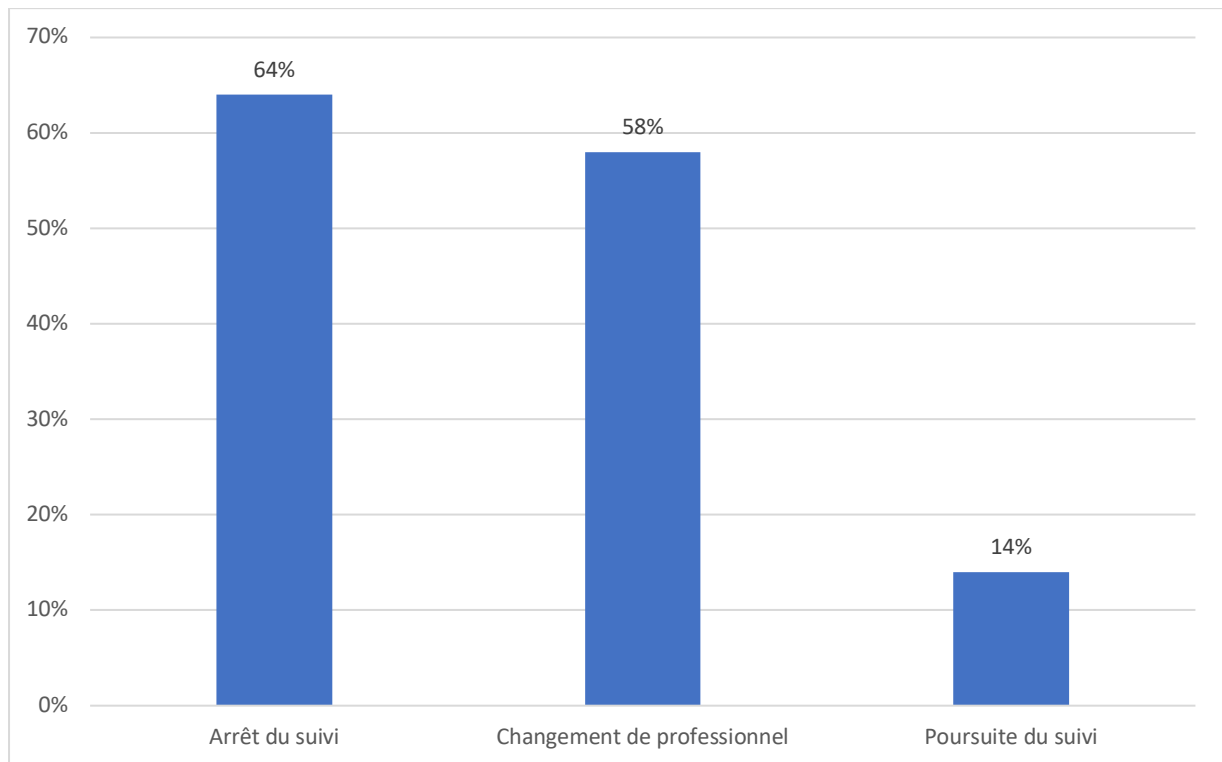


Figure 17. Impact sur le suivi médical des expériences vécues comme grossophobe

IV. Ressenti des patients en surpoids ou obèses avant une consultation

a. Un professionnel de santé inconnu

Pour la plupart des patients de notre étude, le ressenti prédominant avant de consulter un professionnel inconnu était de l'appréhension ou de la méfiance.

Seulement 8% étaient sereins avant de consulter un professionnel inconnu.

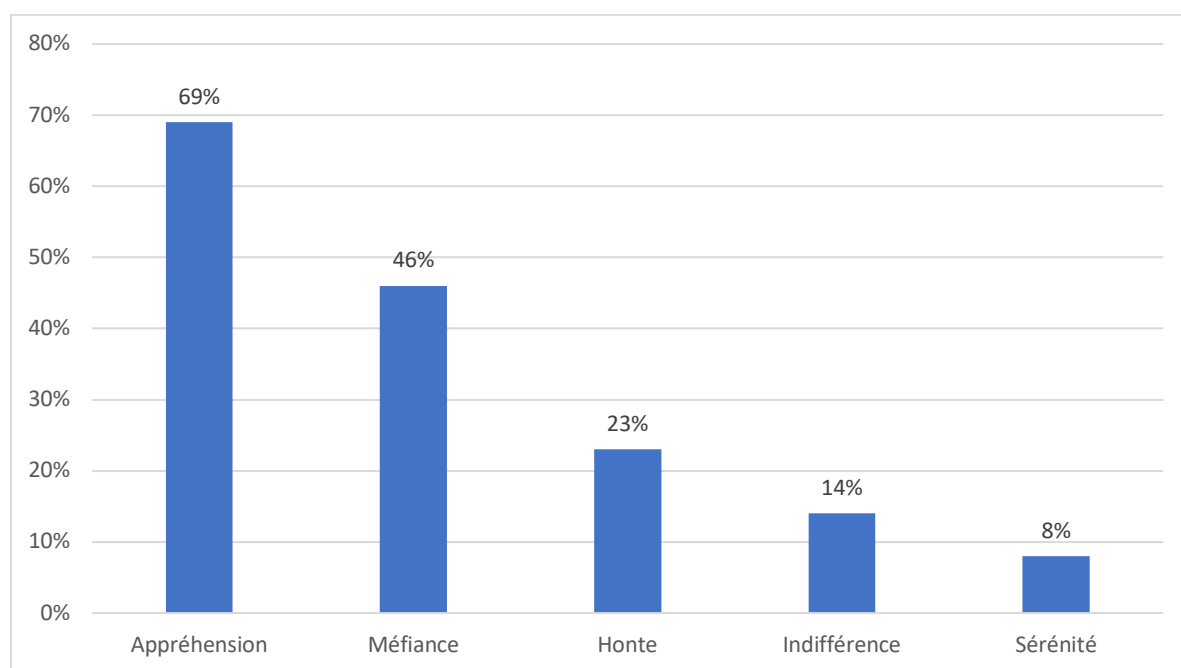


Figure 18. Ressenti des patients en surpoids ou obèse avant de consulter un professionnel de santé inconnu

Relation entre ressenti avant consultation et groupe IMC

En analysant la relation entre le ressenti avant de consulter un professionnel inconnu et le groupe IMC, un lien significatif a été retrouvé pour l'appréhension ($p=0,042$) et la honte ($p=0,006$), avec un plus fort ressenti négatif concernant les groupes IMC obésité sévère et morbide.

Aucun lien n'a été retrouvé concernant la sérénité, la méfiance et l'indifférence.

Relation entre ressenti avant consultation et vécu de grossophobie médicale :

En analysant la relation entre le ressenti avant de consulter un professionnel inconnu et le vécu de grossophobie médicale, un lien significatif a été retrouvé pour la méfiance ($p=0,010$), avec un plus fort ressenti chez les patients ayant déjà été victimes de grossophobie médicale.

Aucun lien n'a été retrouvé concernant la sérénité, l'appréhension, la honte et l'indifférence.

b. Un professionnel de santé connu

On peut observer que les patients de notre étude ressentent en majorité de la sérénité avant de consulter un professionnel connu. On note également une réelle baisse du ressenti d'appréhension, de méfiance et de honte par rapport à un professionnel inconnu.

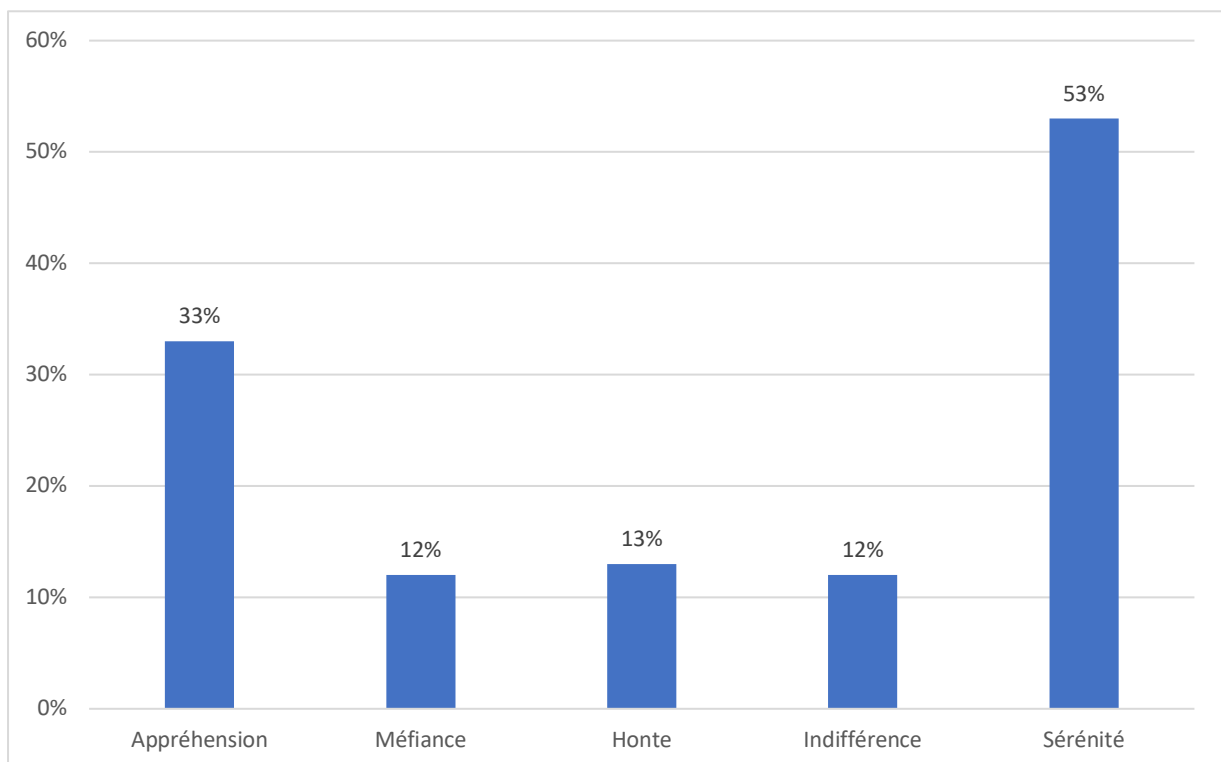


Figure 19. Ressenti des patients en surpoids ou obèses avant de consulter un professionnel de santé connu

Relation entre ressenti avant consultation et groupe IMC

En analysant la relation entre le ressenti avant de consulter un professionnel connu et le groupe IMC, un lien significatif a été retrouvé pour la sérénité ($p=0,034$), en faveur des groupes IMC surpoids et obésité modéré. Un lien significatif a également été retrouvé concernant l'appréhension ($p=0,008$) et la honte ($p=0,009$), en faveur des groupes IMC obésité sévère et morbide.

Aucun lien n'a été retrouvé concernant la méfiance et l'indifférence.

Relation entre ressenti avant consultation et vécu de grossophobie médicale :

En analysant la relation entre le ressenti avant de consulter un professionnel connu et le vécu de grossophobie médicale, un lien significatif a été retrouvé pour l'appréhension ($p=0,032$), en faveur du vécu de grossophobie médicale.

Aucun lien n'a été retrouvé concernant la sérénité, la honte, la méfiance et l'indifférence.

ANALYSE QUALITATIVE

- I. Stigmatisation
 - a. Matériel inadapté

Des patients rapportaient que lors de certaines consultations, le matériel n'était pas adapté, en particulier les brassards à tension « *le brassard de tension n'était pas adapté, le médecin a levé les yeux au ciel* », « *problème chaque fois que l'on doit prendre la tension et que le brassard n'est pas adapté* », mais également les tables d'examen « *un cardiologue ne m'a pas examiné car je ne pouvais pas monter sur la table d'auscultation* ». Ceci pouvait entraîner une inégalité de prise en charge « *bon ben on ne prendra pas la tension tant pis* » ou des situations inconfortables pour les patients « *honte lors d'opération quand on voit la difficulté des manipulations à cause du poids* »

De plus, cela les renvoie à nouveau à leur différence par rapport à la « normalité », d'un corps mince, imposée par la société.

- b. Généralisation des patients obèses, non prise en compte de l'individu

D'autres patients ont le sentiment d'être considérés à travers l'étiquette qu'on leur a assigné, à savoir « personne obèse ». Le patient n'est alors plus vu comme un individu, nécessitant une prise en charge personnalisée et adaptée, mais comme faisant partie intégrante d'un groupe d'individus, avec tous les préjugés négatifs qui le caractérise, sans prendre en compte le vécu, la singularité ou les ressources de la personne, « *les femmes comme moi ont tjs des problèmes*

à l'accouchement », « décision de mise sous médicament anti-cholestérol sans attendre les résultats de la prise de sang en cours »

Ceci est d'autant plus vrai que la personne en situation d'obésité ne peut cacher son corps, origine des stigmatisations dont elle est victime.

Les personnes rapportent également beaucoup de préjugés de la part des soignants, quant aux causes de leur surpoids et de leur obésité, à savoir un manque d'activité physique et une alimentation déséquilibrée. : *« réponse moqueuse quand j'ai expliqué faire du sport plusieurs fois par semaine » ; « elle me grondait comme si je le faisais exprès alors qu'elle ne connaît pas du tout mon dossier médical » ; « le spécialiste suppose que je mange des cochonneries et pas d'activité physique sans rien connaître de mes habitudes alimentaires ni de mon mode de vie » ; « il faudrait arrêter de manger des kinders et se remettre à faire une activité physique ma petite dame, parce que tous vos kilos en trop là ça ne va vraiment pas » « vous avez des problèmes psychologiques pour avoir tant de surpoids ? »*

c. Poids, coupable idéal

A plusieurs reprises, les répondants ont exprimé que leur poids était rapidement désigné comme responsable de leurs symptômes, sans chercher à étayer le diagnostic.

« le médecin n'a pas vraiment pris de pincette pour me faire comprendre que j'étais trop gros et que c'était à cause de ça que j'avais des douleurs » ; « tout problème est relié au poids et expliqué par le poids et donc non traité » ; « toujours les mêmes réactions (« vous êtes en surpoids, c'est tout ») » ; « Je ressentais des douleurs terribles dans le bas ventre, j'ai été consulter, on m'a immédiatement parler de mon poids, on a considéré que c'était le seul

problème » ; « le spécialiste a conclu à un problème de poids que c'était la cause des douleurs aux genoux et du fait que je ne puisse me déplacer qu'en béquille et s'en est contenté ».

Il en ressortait un sentiment de négligence, de manque d'écoute, d'abandon de la part des soignants, pouvant par la suite conduire à une rupture de soins.

II. Manifestations de la stigmatisation

a. De comportements inadaptés au paternalisme

Diverses réponses dénoncent une grossophobie explicite de la part des soignants, avec pour certains de la violence verbale, des moqueries et des humiliations. *« Une gynécologue m'a compare a une vache » ; « va falloir qu'elle perde du poids parce que la, elle va ressembler à une vache » ; « la seule façon de perdre du poids est de manger moins et d'ajouter « on n'a jamais vu de gros sortir des camps de concentration » » ; « Lors d'un IRM, le manipulateur radio a ri en disant « il va pas rentrer ou alors il va rester coincé » ; « comment voulez-vous qu'on puisse faire l'échographie vu le tas de graisse que vous avez sur le ventre »*

On note aussi un sentiment de mépris, de la condescendance de la part de certains professionnels ; *« ton très froid et dégradant car j'ai beaucoup de ventre » ; « le médecin que je connaissais pas a été très désagréable et m'a dis que j'étais trop grosse pour cet examen, qu'il faudrait peut être me bouger pour maigrir » ; « gastro entérologue qui rit et me dit que je dois maigrir et arrêter de me trouver des excuses ».*

Ces témoignages rapportent le désarroi de la part des patients et un sentiment d'impunité chez les soignants, accentuant le déséquilibre qu'il peut exister dans la relation soignant-soigné.

Certains dénoncent d'ailleurs une infantilisation, une impression de ne pas être pris au sérieux « *tu pourrais faire du sport avec ta maman* » ; « *le généraliste a commencé à me faire la morale sur mon poids et ses conséquences sans ménagement et sans même savoir que j'avais perdu 25 kg 5 ans avant que je n'ai jamais repris* » ; « *mon médecin de l'époque me disait d'arrêter de manger comme un ogre* », mais également un sentiment d'injonctions « *il m'a aussi forcé à me peser alors que je venais de lui donner mon poids à l'oral* »

Cette infantilisation ressort particulièrement dans ces témoignages : « *elle me grondait comme si je le faisais exprès* » ; « *une diététicienne m'a traité de menteuse* ».

Ces témoignages d'infantilisation ne sont pas sans rappeler le modèle paternaliste, aujourd'hui très décrié. Ce modèle opposait le médecin « tout puissant », celui qui a le savoir, le décideur, face au patient. Nous sommes actuellement dans un modèle dit « informatif ». Rappelons que selon l'article L 1111- 4 du code de la Santé Publique « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.* »

Pourtant, certaines personnes ont rapporté des situations de comportement paternalistes « *Je suis atteint de lipoedème, mon médecin généraliste m'a clairement dit que je n'étais pas malade* » ; « *J'ai vu un premier chirurgien qui m'a dit, d'un paternaliste, « Vous savez Mademoiselle, il faudrait peut être penser à perdre un petit peu de poids* » » ; mal vécues par les patients.

b. Erreurs de communication

Beaucoup de répondants relèvent une discordance entre leur attente concernant la consultation et la réponse donnée par les professionnels. Ils évoquent le fait que le poids soit toujours abordé et mis au centre de la discussion, alors même qu'ils n'en ressentent pas l'envie, avec à plusieurs reprises des motifs de consultation occultés par l'abord de la question du poids. « *Rdv chez un gynéco pour « douleurs menstruelles invalidantes ». Le gynéco m'a conseillé de la chirurgie pour la « ptose mammaire »...Je n'ai eu aucune réponses quant à mes douleurs de règles. » ; « je ressentais des douleurs terribles dans le bas ventre, j'ai été consulter on m'a immédiatement parler de mon poids, on a considéré que c'était le seul problème » ; « j'allais chez le médecin pour une angine, l'ausculte entièrement me pèse... fini par me pincer le ventre en me disant « il va falloir faire attention quand même hein »... je lui ai demandé si ma perte de poids pouvait guérir mon angine. »*

On note dans certains témoignages une incompréhension entre le soignant, qui voit le poids comme un problème de santé et joue son rôle en terme de prévention, et le patient qui ne voit pas son poids comme un problème ou du moins, qui ne consulte pas pour cela. Cette incompréhension ne peut que mettre à mal la relation de soins, basée sur la confiance, primordiale dans la prise en charge des patients.

D'autres dénoncent un manque de légitimité de certains professionnels pour aborder leur poids. « *ce médecin que je ne connaissais pas se permettait de poser des hypothèses d'absence de pratique sportive et de mauvaise alimentation sur la base de son calcul d'imc et de ma silhouette » ; « 1^{ère} consultation avec une nouvelle gynéco qui me dit que la chirurgie*

bariatrique existe et que je ferais bien de m'en préoccuper » ; ainsi qu'une absence de recherche de compréhension sur les origines de cette prise de poids, ni sur l'histoire du patient.

Certains témoignages mettent en évidence une culpabilisation des patients en surpoids ou obèses « « ah ouais ! Vous êtes quand même bieeeennn en surpoids ! », et ce avec beaucoup de mépris, aucune empathie ou aide réelle, seulement de la culpabilité, comme si c'était de ma faute si je suis comme ça » ; « vous êtes grosses c'est pour ça, la pilule n'a rien à voir là-dedans, mangez moins » ; « me dit que je dois maigrir et arrêter de trouver des excuses »

c. Manque de professionnalisme

Pour certains patients, les professionnels abordent le problème du poids de façon superficielle, donnant le sentiment de ne pas vouloir s'investir dans la prise en charge. Cela peut se traduire par des conseils superflus, laissant au patient l'impression d'être laissé seul face à ses problèmes. Pour beaucoup, le problème du poids est déjà connu et ils attendent autre chose du professionnel que les recommandations de base ; « elle n'a pas essayé de trouver une solution à ce problème, mais plutôt à me faire culpabiliser » ; « elle m'a dit avec votre obésité morbide il faut vous bougez. Je lui ai dit que je faisais du vélo d'appartement. »

« toujours les mêmes réactions... « il suffit de vous mettre au sport, il faut faire attention à votre alimentation pour régler ça » » ; « Le médecin gynécologue qui me suivait me faisait des remarques désagréables à chaque fois que je la consultais au sujet de mon poids qui augmentait régulièrement sans essayer de m'aider d'une quelconque façon ».

Ces remarques donnent un sentiment de simplification du problème et des solutions à apporter, accentuant cette image coupable qu'ont les personnes en surpoids et obèses dans la société.

Elles se basent sur des préjugés, les personnes obèses étant vues comme des personnes fainéantes, avec un manque de motivation. (31)

Il est également décrit un manque d'empathie ; *« le manque de soutien et le jugement des médecins me fait tomber peu à peu dans la dépression »* ; *« j'avoue avoir perdu depuis longtemps confiance en un corps médical qui, de ce que je constate, manque de plus en plus d'empathie et à des difficultés à sortir de sa posture de toute puissance »*.

Enfin, certains patients dénoncent une mise en avant du poids comme seule cause des symptômes, amenant à des situations où des diagnostics alternatifs ne sont pas évoqués, et dans lesquelles naît un sentiment de manque de mise en œuvre de moyens diagnostics et parfois une négation des symptômes, entraînant des retards diagnostics ou du mépris envers ces patients. Le sujet du lipoedème a été particulièrement abordé dans ce sens.

« la méconnaissance des médecins face à cette maladie vous laisse sous entendre qu'il faut juste se mettre au régime et se bouger » ; *« Des années à me plaindre de jambes lourdes, gonflées et très douloureuses (et disgracieuses esthétiquement), à expliquer à différents médecins qu'il y avait un problème. Toujours les mêmes réactions (vous êtes en surpoids, c'est tout, il suffit de vous mettre au sport,...) »*.

III. Conséquences de ces expériences de grossophobie

a. Réactions immédiates

Les patients décrivent différentes réactions face à ces situations.

Certains évoquent de la tristesse : « *J'avais envie de pleurer toutes les larmes de mon corps* » ; « *Je ne vous raconte pas comment j'ai retenu mes larmes ce jour là* » ; « *Je suis sortie en pleurant et je ne suis jamais retourné chez lui* »

D'autres de la colère, de la rancœur : « *la méconnaissance des médecins face à cette maladie vous laisse sous entendre qu'il faut juste se mettre au régime et se bouger. A cause de cela j'ai subi une sleeve [...]Ils m'ont ruiné ma vie* » ; « *c'est à cause des médecins que j'en suis là...ils n'écoutent pas* » ; « *Je vais mieux et j'ai perdu du poids mais pas grasse à ses médecins qui n'ont qu'une idée, me découpé l'estomac !* »

Certains ne savent pas comment réagir face à ces situations et restent sans voix ; « *avec ma mère sous le choc on est parti sans payer et on est jamais revenu* » ; « *j'ai été tellement choquée [...] que je n'ai pas su quoi répondre* »

D'autres n'ont pas l'intention de se laisser faire ; « *elle me demande de me déshabiller [...] puis de me peser j'ai refusé* »

Certains expriment de la lassitude face à ces situations répétées ; « *le médecin gynécologue qui me suivait me faisait des remarques désagréables à chaque fois que je la consultais* »

Enfin, d'autres ont l'impression d'être laissés-pour-compte, abandonnés du corps médical. Ils expriment un certain découragement. Comme cette patiente souffrant de lipoedème.

« D'ailleurs aucun médecin de France ne me prend vraiment au sérieux. Cette situation devient invivable sachant qu'il n'y a pas de traitement, le manque de soutien et le jugement des médecins me fait tomber peu à peu dans la dépression, je suis épuisée ».

« je la consultais au sujet de mon poids qui augmentait régulièrement sans essayer de m'aider d'une quelconque façon »

« Il s'agit de prise de poids importante et rapide...pourtant aucun ajustement de traitement »

b. Retard de diagnostic

Les patients ont l'impression que les préjugés et les stigmatisations dont font preuve les soignants peuvent conduire à des retards de diagnostic.

« J'ai fini par être diagnostiquée après 8 ans de consultations chez différents médecins généralistes et spécialistes (je suis atteinte d'un lipoedeme). »

« c'est le 4^{ème} médecin que j'ai vu qui m'a pris au sérieux. Il se trouve que j'avais deux hernies crurales »

« Une douleur abdominale très importante qui m'a conduite aux urgences...peu d'attention sur moi...ton très froid et dégradant car j'ai beaucoup de ventre, jusqu'à voir une prise de sang catastrophique...verdict sigmoïdite avec perforations...et là le personnel a réalisé »

c. Rupture de suivi

Certains répondants nous font part d'une rupture de suivi avec changement de spécialiste, d'évitement des soins de prévention primaire.

« Une diététicienne m'a traité de menteuse quand son régime ne m'a pas fait perdre de poids. Je le suivais à la lettre et avais difficile. Je ne suis plus allée chez elle. » ;

« J'ai décidé d'arrêter d'aller la voir mais je n'ai pas cherché à trouver un autre médecin car j'avais peur que ça se reproduise... Je suis restée plusieurs années sans frottis.. » ;

« Je suis sortie en pleurant et je ne suis jamais retourné chez lui »

D'autres décrivent un évitement du système de santé avec un arrêt des soins.

« A ce jour, je ne consulte le corps médical qu'en l'absence d'autre solution. Je préfère même poser des congés plutôt que d'y aller lorsque je suis malade. J'avoue avoir perdu depuis longtemps confiance en un corps médical qui, de ce que je constate, manque de plus en plus d'empathie et a des difficultés à sortir de sa posture de toute puissance ».

Or, cet abandon de soins peut être dramatique chez ces personnes à risque cardiovasculaire augmenté et nécessitant un suivi régulier.

DISCUSSION

I. Résumé des résultats

La population de l'étude était majoritairement féminine (85%), jeune (âge médian 35 ans), et la plupart avaient fait des études supérieures. On retrouve dans la littérature la même tendance concernant la prépondérance des femmes au sein des études sur la grossophobie (32).

Nous nous sommes d'abord intéressés au vécu des discriminations en dehors du milieu médical, dont 79% des répondants estimaient avoir été victimes.

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre le ressenti de grossophobie et le genre de l'individu. Ceci est très certainement lié au fait que notre échantillon était en grande majorité composé de femmes (88%) et donc, qu'aucune différence significative n'a pu être démontrée.

Il existait en revanche une différence significative entre le ressenti de discrimination en dehors du milieu médical et le groupe IMC. Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés dans la littérature (33).

Concernant les domaines de discrimination ressentie, les domaines les plus fréquents étaient le domaine scolaire, puis les discriminations de la part de personnes inconnues suivies des discriminations au sein du cercle familial. Ces résultats étaient différents de l'étude de S.Lewis (34). Ceci peut s'expliquer par la différence de population entre les deux études. En effet, notre échantillon était majoritairement composé de personnes de moins de 40 ans tandis que dans l'étude de Lewis l'âge moyen était de 45 ans. La population de notre étude était donc plus

proche en âge de l'enfance et de l'école, et aurait donc moins de recul sur les moqueries subies pendant cette période.

Nous nous sommes ensuite intéressés aux discriminations au sein du milieu médical. L'étude a montré que la grande majorité des patients interrogés avaient déjà vécu une situation de grossophobie lors de consultation chez un professionnel de santé (87%). Il a été montré qu'un lien significatif existait entre le ressenti de grossophobie médical et le groupe IMC. Cette différence significative a également été retrouvée dans d'autres études telles que l'étude de *Falkner et al* (35). Les professionnels les plus cités étaient les spécialistes et les médecins généralistes. Ces résultats sont similaires à ceux d'un autre travail de thèse sur le sujet (36).

Les comportements grossophobes de la part des soignants entraînaient, à court terme, de la colère chez 64% des répondants, de la tristesse (46%), de la honte (45%) et de la culpabilité (40%). Les attitudes dénoncées étaient de l'ordre du paternalisme, de la moquerie et du manque d'empathie pour la plupart. Ces résultats sont retrouvés dans une méta-analyse de juin 2021 évaluant l'impact de la grossophobie sur la relation soignants soignés et la qualité des soins (37). En effet, les auteurs ont montré que les professionnels de santé présentaient implicitement un biais de prise en charge lié au poids, se manifestant notamment par des propos méprisants, condescendants, ainsi que par l'attribution de l'ensemble des symptômes et des problèmes de santé du patient à son seul poids. Ces dérives ont été largement évoquées par les participants de notre étude.

Il y avait finalement très peu de réaction de combativité et de regain de motivation pour perdre du poids. Ces chiffres sont similaires à ceux retrouvés dans la littérature (36) (34). Ils nous montrent que, contrairement à ce que certains peuvent penser, la culpabilisation et la dévalorisation n'ont pas leur place dans la prise en charge de l'obésité.

A plus long terme, ces comportements entraînaient pour la plupart des patients un découragement, une recrudescence des symptômes anxio-dépressif. Ces résultats ont également été retrouvés dans la littérature (38). Par ailleurs, selon les victimes de grossophobie, le poids est souvent désigné comme le coupable idéal, ce qui entraîne des erreurs de diagnostic et des retards de prise en charge, comme l'explique par exemple Rebecca Hiles en 2018. Celle-ci raconte avoir consulté différents médecins pour dyspnée qui ont désigné le poids comme la seule cause de ces symptômes ; en réalité, elle était atteinte d'un cancer pulmonaire (39).

Les médecins généralistes semblent être moins remis en cause que les médecins spécialistes concernant la grossophobie. De plus, on constate que lorsque l'on compare le ressenti avant de consulter un professionnel connu et inconnu, les courbes d'appréhension, méfiance et honte s'inversent. Cela rejoint l'idée de légitimité évoquée par les patients et soulignée lors de l'étude qualitative. Le médecin traitant resterait donc un acteur privilégié pour aborder la question de l'obésité.

Cependant, les répondants évoquaient également un manque d'écoute de la part des médecins et un sentiment de différence de prise en charge par rapport à un patient ayant un IMC normal. Ces résultats ont également été retrouvés dans la littérature. En effet, selon une étude, les patients en surpoids et obèses seraient trois fois plus nombreux que la population générale à estimer ne pas avoir reçu des soins appropriés, avec la sensation que les médecins préféreraient ne pas les soigner (40).

Effectivement, certains auteurs suggèrent que les médecins prennent moins de temps et font moins d'éducation thérapeutique pour leurs patients obèses (41). Ils seraient également moins enclins à faire des examens gynécologiques pour les patientes obèses (42).

On constate en effet que dans notre étude que seulement 53% des patients en surpoids ou obèses sont sereins avant de consulter un professionnel avec lequel ils ont un suivi, ce qui laisse penser qu'un travail reste à fournir afin que ces patients se sentent à l'aise et en confiance avant une consultation. Dans ce contexte, la relation médecin-patient peut être mise en péril. Or, aujourd'hui, nous connaissons l'importance de cette dernière dans l'adhésion du patient à sa prise en charge (15).

On peut aisément comprendre qu'un vécu de situation de grossophobie dans le milieu des soins puisse entraîner un évitement du système de santé, une méfiance envers les médecins ainsi qu'une mauvaise compliance. Ceci a d'ailleurs largement été souligné par les répondants de notre étude. Ces données font écho aux témoignages qui fleurissent sur les réseaux sociaux et dans les médias (43) (44). De plus, ceci est corroboré par d'autres études qui mettent en évidence un lien direct entre grossophobie médicale et évitement du milieu de soins. En effet, les patients, de peur d'être stigmatisés, ne consultent qu'en cas d'extrême nécessité. Par exemple, certaines études montrent que les femmes en situation d'obésité effectuent moins les mammographies de dépistage que les femmes ayant un IMC inférieur à 25 (45). De plus, il semblerait que les femmes obèses soient plus réticentes à faire des examens gynécologiques de peur du jugement lors de l'exposition de leur corps (46,47). D'autres études révèlent qu'il existe plus de retards ou d'annulations des rendez-vous médicaux chez les personnes victimes de grossophobie au sein du milieu médical (48). Or, comme évoqué dans l'introduction, les patients obèses sont plus à risque de développer des maladies cardiovasculaires mais aussi différents cancers. Un suivi médical régulier reste donc primordial.

II. Critique des résultats et limites de l'étude

La première limite de cette étude est la faible taille de l'échantillon. Cela a induit un manque de puissance statistique et a nécessité de regrouper plusieurs sous-groupes afin de permettre l'analyse quantitative.

On peut également critiquer sa non-représentativité de la population de personnes en surpoids et obèses. En effet, les prévalences de surpoids et d'obésité en 2015, étaient de 54% chez les hommes et 44% chez les femmes (1). Or, dans cette étude, 85% des répondants étaient des femmes et 15% des hommes. Cependant, cette répartition homme-femme se retrouve dans beaucoup d'études sur le sujet, comme c'est le cas par exemple dans l'étude de *Falkner et al* de 1999 (35). Ceci est probablement lié au fait que les femmes sont plus souvent victimes de grossophobie (32). En effet, dans la société occidentale, le culte du corps mince, grandement relayé dans les médias et publicités, concerne essentiellement les femmes (31).

De la même manière, les femmes ressentent plus de grossophobie dans le domaine médical que les hommes. Le corps médical étant influencé par la société, ses représentations et ses préjugés ; les femmes sont très certainement plus concernées par le problème.

L'âge médian étant peu élevé (35 ans), il en résulte probablement un faible vécu médical de la population d'étude. Cela entraîne un biais de sélection, en particulier lors des questions concernant les professionnels concernés par la grossophobie médicale. En effet, on peut imaginer que beaucoup de répondants au questionnaire ont rencontré peu de professionnels de santé hormis leur médecin traitant. Toutefois, la majorité des répondants étant des femmes

jeunes, leur suivi est essentiellement gynécologique. Ceci peut expliquer que les médecins spécialistes soient les premiers concernés par la grossophobie dans cette étude.

De plus, dans cette étude, les cadres supérieurs et les employés représentent la majorité des répondants, tandis que les personnes sans emplois et les ouvriers sont peu représentés. Ces chiffres ne correspondent pas à l'étude épidémiologique ObEpi 2012 qui montrait que l'obésité touchait surtout les milieux défavorisés avec une prévalence de 17% chez les ouvriers et 16% chez les employés contre 9% chez les cadres supérieurs (49). Cette différence est très certainement liée au moyen de recrutement. En effet, la diffusion par les réseaux sociaux a eu essentiellement lieu via les réseaux personnels des auteurs. La diffusion s'est également faite via des diététiciennes, professionnelles de santé non pris en charge par la sécurité sociale et non remboursées par la plupart des mutuelles. On peut donc facilement supposer que les personnes issues de milieux plus défavorisés n'ont pas eu accès à cette recherche.

Ainsi, le lien retrouvé entre la catégorie socio-professionnelle et la discrimination non médicale peut être remis en question devant la répartition inégale des participants et le faible taux de participation.

Le choix du mode de recrutement via les réseaux sociaux avait pour objectif de recruter un maximum de personnes et surtout de cibler une variété de population plus importante. Mais il existe très probablement un biais de volontariat, les personnes ayant choisi de répondre à ce questionnaire étant sûrement déjà sensibilisées à la question ou avaient déjà un vécu de grossophobie.

Ce mode de recrutement entraîne donc des biais (de sélection, de volontariat). Cependant, comme le décrit *Rhodes et al* (50), on peut s'attendre à plus d'honnêteté en utilisant l'interface internet que lors des entretiens face à face ou par téléphone, et ainsi éviter le biais de

désirabilité.

Le questionnaire en lui-même est également critiquable. Une question entière (la question 18) a été supprimée devant le trop grand nombre de réponses incohérentes. De plus, certains questionnaires ont dû être modifiés lorsque la réponse du participant allait à l'encontre du reste de son questionnaire. Lorsque les réponses étaient trop incohérentes les unes par rapport aux autres, le questionnaire entier était supprimé comme expliqué dans la partie méthodologique.

La question 25 qui était une question ouverte, facultative, a été analysée par triangulation des données afin de limiter au maximum les biais de subjectivité et d'interprétation. Cependant, il n'est pas impossible que la vision des auteurs ait influencé l'interprétation des résultats. De plus, le recueil des données ayant été réalisé au moyen d'un questionnaire en ligne, les auteurs n'avaient pas accès au langage corporel des répondants. Néanmoins, on peut supposer que grâce à l'anonymat apporté par ce questionnaire en ligne, les participants se sont sentis plus libres dans leur réponse, sans peur du jugement.

III. Les forces de notre étude

Il s'agit d'une étude originale, innovante et d'actualité. En effet, la grossophobie et plus précisément la grossophobie médicale sont, dernièrement, très régulièrement abordées dans les médias et sur les réseaux sociaux. Lors du premier confinement en mars 2020, les injonctions à faire du sport et à perdre du poids ont fleuri sur les réseaux sociaux. De plus, les personnes en surpoids et obèses, considérées comme à risque de forme grave de covid 19, ont été largement montrées du doigt. C'est dans ce climat que les associations telles que le GROS ou le Gras Politique ont dénoncé une grossophobie ambiante.

Cette étude est également en lien avec le PNNS4 dont l'objectif 14 est de « *promouvoir la variété des corps afin de limiter la discrimination* ». (6)

Ce travail a interrogé les personnes en surpoids ce qui n'est pas le cas de toutes les études sur le sujet. Par exemple, un travail de thèse précédent s'est essentiellement intéressé aux patients obèses et surtout aux patients en obésité morbide, dans un contexte hospitalier (36). Cette étude permet donc d'interroger les personnes en surpoids ou en obésité modérée et de comparer leur ressenti à celui des personnes en obésité sévère ou morbide.

Enfin, le fait d'avoir utilisé deux méthodes d'analyse différentes, en utilisant une méthode qualitative et quantitative, permet d'avoir une compréhension plus complète du ressenti des patients. Les résultats retrouvés par les deux analyses se complètent et renforcent la cohérence de l'étude.

Enfin, l'analyse qualitative a respecté les critères qualités de la grille COREQ afin de renforcer la validité externe de l'étude.

IV. Perspectives

La grossophobie compromet le processus de soins et entraîne une inégalité de prise en charge entre les patients. La lutte contre la grossophobie médicale apparaît donc comme indispensable pour une meilleure prise en charge des patients en situation de surpoids et d'obésité. En effet, pour beaucoup de patients, les situations de grossophobies médicales entraînent une errance médicale, voir un évitement du milieu de soins.

Il a été montré dans des études que les préjugés concernant les origines du surpoids sont bien ancrés dans la conscience des soignants, celui-ci étant la plupart du temps considéré comme la conséquence d'un choix de vie et non pas une maladie (31,32,33). Ces préjugés influencent les perceptions, le jugement, le comportement et la prise de décision des professionnels de santé et ont un impact sur les soins prodigués (51). Une meilleure formation des soignants aux multiples causes de l'obésité pourrait être une solution.

De même, permettre aux patients de s'exprimer en facilitant la diffusion de leurs témoignages pourrait en être une autre. En effet, certaines études récentes semblent démontrer qu'une meilleure sensibilisation aux impacts de la grossophobie peuvent permettre une diminution de la stigmatisation de la part des soignants (52).

L'approche paternaliste et l'asymétrie de la relation soignant/soigné semble également être une source de grossophobie médicale. Une approche centrée patient avec des consultations se basant sur l'éducation thérapeutique et l'entretien motivationnel seraient à privilégier afin de renforcer l'alliance thérapeutique.

CONCLUSION

THÈSE SOUTENUE PAR : Aurore LE MERLE *et* Raphaël PAYEUR

TITRE :

ETUDE DES EXPERIENCES VECUES COMME GROSSOPHOBES PAR LES PATIENTS EN SURPOIDS OU OBESES DANS LE MILIEU DES SOINS, ET LES CONSEQUENCES SUR LEUR PRISE EN CHARGE MEDICALE.

CONCLUSION :

Le médecin, lors du serment d'Hippocrate, s'engage à respecter « toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions ». Pourtant, de plus en plus d'associations de militants dénoncent une forme de grossophobie de la part du personnel soignant.

L'objectif de cette étude observationnelle était d'établir un état des lieux des expériences vécues comme grossophobes par les patients en surpoids ou obèses dans le milieu médical et les conséquences sur leur prise en charge. Un questionnaire de 25 questions a été diffusé via les réseaux sociaux et via des diététiciennes à leurs patients, entre mai 2021 et novembre 2021. 104 questionnaires ont pu être analysés.

Au total, 87% des répondants estimaient avoir déjà vécu une situation de grossophobie dans le domaine de la santé, surtout de la part de médecins spécialistes ou généralistes. Plus l'IMC était élevé, plus ce sentiment de discrimination était présent. Cette discrimination s'exprimait essentiellement par du paternalisme, de la dévalorisation, de l'absence d'empathie ou du mépris. Elle provoquait chez les patients de la colère, de la honte ou de la culpabilité et pouvait entraîner du découragement ou des symptômes anxio-dépressifs chez ces derniers. Pour certains, cette grossophobie pouvait être à l'origine d'erreurs médicales ou de retards de diagnostic. Pour d'autres, ces expériences ont entraîné des ruptures de suivi voir des arrêts de soins.

Pour la majorité des patients de cette étude, la rencontre avec un nouveau professionnel de santé était source d'appréhension, de méfiance et de honte. Seulement la moitié d'entre eux se sentaient sereins avant de consulter un professionnel de santé connu. Cette appréhension latente est un obstacle évident d'une relation thérapeutique de qualité entre soignants et soignés et peut être un frein à un suivi médical régulier.

Au terme de cette étude, il apparaît nécessaire de mieux former les soignants aux causes multiples de l'obésité, ainsi que de les sensibiliser à cette grossophobie ancrée dans notre système de soins actuel. Cela permettrait de limiter les expériences vécues comme grossophobes par les patients, et permettre ainsi, une meilleure adhésion aux soins et une lutte plus efficace contre l'obésité.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le :

LE DOYEN DE L'UFR DE MÉDECINE



Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DU JURY

Pr. Patrick IMBERT

BIBLIOGRAPHIE.

1. Obésité et surpoids [Internet]. [cité 10 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Obésité · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 30 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/obesite/>
3. Hinnouho G-M, Czernichow S, Dugravot A, Nabi H, Brunner EJ, Kivimaki M, et al. Metabolically healthy obesity and the risk of cardiovascular disease and type 2 diabetes: the Whitehall II cohort study. *Eur Heart J*. 1 mars 2015;36(9):551-9.
4. Avgerinos KI, Spyrou N, Mantzoros CS, Dalamaga M. Obesity and cancer risk: Emerging biological mechanisms and perspectives. *Metabolism*. mars 2019;92:121-35.
5. Khan SS, Ning H, Wilkins JT, Allen N, Carnethon M, Berry JD, et al. Association of Body Mass Index With Lifetime Risk of Cardiovascular Disease and Compression of Morbidity. *JAMA Cardiol*. 1 avr 2018;3(4):280-7.
6. Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme National Nutrition Santé 2019-2023. 2019.
7. GBD 2015 Obesity Collaborators, Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB, Sur P, Estep K, et al. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med*. 6 juill 2017;377(1):13-27.
8. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 16 déc 2017;390(10113):2627-42.
9. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19·2 million participants. *Lancet*. 2 avr 2016;387(10026):1377-96.
10. Callahan D. Obesity: chasing an elusive epidemic. *Hastings Cent Rep*. févr 2013;43(1):34-40.
11. Sanguignol F. L'obésité : une maladie chronique multifactorielle. *Kinésithérapie, la Revue*. 1 avr 2008;8(76):14-6.
12. Thuan J-F, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *Int J Obes (Lond)*. sept 2005;29(9):1100-6.
13. DERY (Yohana). Obésité et surpoids : description de la prise en charge globale en médecine générale : étude nationale ECOGEN. 2016.
14. 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.
15. Lehr-Drylewicz et al. La prise en charge du surpoids en médecine générale : Mission impossible ? *Exercer* 2010 ; 94 : 132-7
16. Fayemendy P, Jesus P, Pouchard L, Desport JC. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne dans la prise en charge de l'obésité et pistes d'amélioration possibles. *Cah Nutr Diet* 2015;50(3):131—41.
17. Haute autorité de santé. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge en premier recours. Paris: HAS; 2011.
18. Brewis AA, Wutich A, Falletta-Cowden A, Rodriguez-Soto I. Body Norms and Fat Stigma in Global Perspective. *Current Anthropology*. 1 avr 2011;52(2):269-76.

19. Obésité et marché du travail : les impacts de la corpulence sur l'emploi et le salaire – Économie et Statistique n° 486-487 - 2016 | Insee [Internet]. [cité 30 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2110919?sommaire=2110927>
20. Puhl RM, Andreyeva T, Brownell KD. Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *Int J Obes*. juin 2008;32(6):992-1000.
21. Sarlio-Lähteenkorva S, Stunkard A, Rissanen A. Psychosocial factors and quality of life in obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord*. nov 1995;19 Suppl 6:S1-5.
22. Friedman KE, Reichmann SK, Costanzo PR, Zelli A, Ashmore JA, Musante GJ. Weight stigmatization and ideological beliefs: relation to psychological functioning in obese adults. *Obes Res*. mai 2005;13(5):907-16.
23. Puhl RM, Himmelstein MS, Pearl RL. Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *Am Psychol*. mars 2020;75(2):274-89.
24. Sutin AR, Terracciano A. Perceived weight discrimination and obesity. *PLoS One*. 2013;8(7):e70048.
25. Puhl RM, Luedicke J. Weight-based victimization among adolescents in the school setting: emotional reactions and coping behaviors. *J Youth Adolesc*. janv 2012;41(1):27-40.
26. Hatzenbuehler ML, Keyes KM, Hasin DS. Associations between perceived weight discrimination and the prevalence of psychiatric disorders in the general population. *Obesity (Silver Spring)*. nov 2009;17(11):2033-9.
27. Wu Y-K, Berry DC. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *J Adv Nurs*. mai 2018;74(5):1030-42.
28. Sutin AR, Stephan Y, Terracciano A. Weight Discrimination and Risk of Mortality. *Psychol Sci*. nov 2015;26(11):1803-11.
29. Tomiyama, A., Carr, D., Granberg, E. et al. How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health. *BMC Med* 16, 123 (2018).
30. Taping C, Benner L, Hackbusch M, Schüller S, Tran D, Ottawa GB, et al. Influence of Body Mass Index and Gender on Stigmatization of Obesity. *Obes Surg*. déc 2020;30(12):4926-34.
31. Puhl RM, Heuer CA. The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*. mai 2009;17(5):941-64.
32. Fikkan J, Rothblum E. Is Fat a Feminist Issue? Exploring the Gendered Nature of Weight Bias. *Sex Roles*. 1 mai 2012;66:575-92.
33. Carr D, Friedman MA. Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *J Health Soc Behav*. sept 2005;46(3):244-59.
34. Lewis S, Thomas SL, Blood RW, Castle DJ, Hyde J, Komesaroff PA. How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Soc Sci Med*. nov 2011;73(9):1349-56.
35. Falkner NH, French SA, Jeffery RW, Neumark-Sztainer D, Sherwood NE, Morton N. Mistreatment due to weight: prevalence and sources of perceived mistreatment in women and men. *Obes Res*. nov 1999;7(6):572-6.
36. Auguste M. Impact des discriminations perçues par les patients obèses sur leur prise en charge médicale et leur accès aux soins [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2018.
37. Lawrence BJ, Kerr D, Pollard CM, Theophilus M, Alexander E, Haywood D, et al. Weight bias among health care professionals: A systematic review and meta-analysis. *Obesity (Silver Spring)*. nov 2021;29(11):1802-12.

38. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, Ryn M van. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*. 2015;16(4):319-26.
39. Dusenbery M. Doctors Told Her She Was Just Fat. She Actually Had Cancer. [Internet]. *Cosmopolitan*. 2018 [cité 29 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.cosmopolitan.com/health-fitness/a19608429/medical-fatshaming/>
40. Carr D, Friedman MA. Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *J Health Soc Behav*. sept 2005;46(3):244-59.
41. Hebl MR, Xu J, Mason MF. Weighing the care: patients' perceptions of physician care as a function of gender and weight. *Int J Obes Relat Metab Disord*. févr 2003;27(2):269-75.
42. Adams CH, Smith NJ, Wilbur DC, Grady KE. The relationship of obesity to the frequency of pelvic examinations: do physician and patient attitudes make a difference? *Women Health*. 1993;20(2):45-57.
43. GRAND FORMAT. « Je ne me soigne plus à cause des médecins » : des patientes dénoncent la « grossophobie médicale » [Internet]. *Franceinfo*. 2018 [cité 17 juin 2021]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/societe/grand-format-je-ne-me-soigne-plus-a-cause-des-medecins-des-patientes-dennoncent-la-grossophobie-medicale_2551559.html
44. Grossophobie médicale : «C'est une angoisse à chaque fois que je dois consulter» - *Libération* [Internet]. [cité 23 juin 2020]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/france/2016/01/08/grossophobie-medicale-c-est-une-angoisse-a-chaque-fois-que-je-dois-consulter_1424927
45. Fontaine KR, Faith MS, Allison DB, Cheskin LJ. Body weight and health care among women in the general population. *Arch Fam Med*. août 1998;7(4):381-4.
46. Amy NK, Aalborg A, Lyons P, Keranen L. Barriers to routine gynecological cancer screening for White and African-American obese women. *Int J Obes (Lond)*. janv 2006;30(1):147-55.
47. Cohen SS, Palmieri RT, Nyante SJ, Koralek DO, Kim S, Bradshaw P, et al. Obesity and screening for breast, cervical, and colorectal cancer in women: a review. *Cancer*. 1 mai 2008;112(9):1892-904.
48. Alberga AS, Edache IY, Forhan M, Russell-Mayhew S. Weight bias and health care utilization: a scoping review. *Prim Health Care Res Dev*. 22 juill 2019;20:e116.
49. obepi_2012.pdf [Internet]. [cité 11 janv 2022]. Disponible sur: https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2012/10/obepi_2012.pdf
50. Rhodes SD, Bowie DA, Hergenrather KC. Collecting behavioural data using the world wide web: considerations for researchers. *J Epidemiol Community Health*. janv 2003;57(1):68-73.
51. 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*. avr 2015;16(4):319-26.
52. Nestorowicz S, Saks N. Addressing Bias Toward Overweight Patients: a Training Program for First-Year Medical Students. *Med Sci Educ*. juin 2021;31(3):1115-23.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

- J'atteste avoir lu et compris la fiche d'information et accepte la politique de ce questionnaire

Veillez préciser ici votre âge :

Veillez préciser ici votre sexe :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Homme
- Femme

Quel est votre niveau d'étude ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Aucun diplôme
- Brevet des Collèges
- Bac général
- Bac professionnel
- BEP/CAP
- BTS
- Etudes supérieures

Veillez sélectionner la situation socioprofessionnelle dans laquelle vous vous trouvez :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Commerçant, artisan, chef d'entreprise
- Cadre, profession intellectuelle supérieure (*profession libérale, cadre de la fonction publique, professeur, profession scientifique, profession de l'information, des arts et des spectacles, cadre administratif et commercial d'entreprise, ingénieur et cadre technique d'entreprise*)
- Profession intermédiaire (*Professeur des écoles et assimilé, Profession intermédiaire de la santé et du travail social, Profession intermédiaire administrative de la fonction publique, Profession intermédiaire administrative et commerciale des entreprises, Contremaître, agent de maîtrise, Technicien*)
- Ouvrier

- Employé (*Employé civil et agent de service de la fonction publique, policier et militaire, Employé administratif d'entreprise, Employé de commerce, Personnel des services directs aux particuliers*)
- Agriculteur, exploitant
- Retraité
- Sans emploi
- Etudiant, lycéen ou en cours de formation professionnelle

Quelle est votre taille (*en mètre*) ?

Quel est votre poids (*en Kilogramme*) ?

Avez-vous une pathologie nécessitant un suivi médical régulier ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

En moyenne, sur une année, à quelle fréquence consultez-vous un professionnel de santé ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Plus d'une fois par mois
- Une fois par mois
- Une fois tous les 3 mois
- Une à deux fois par an
- Moins d'une fois par an

Avez-vous un médecin traitant ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Selon vous, votre poids représente-t-il un problème de santé ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Estimez-vous avoir déjà vécu des situations de discrimination en lien avec votre poids, en dehors du monde médical ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Si oui, dans quel domaine ? (*plusieurs réponses possibles*)

Cochez la ou les réponses

- Ecole (primaire, collège, lycée, études supérieures)
- Sport
- Loisirs
- Famille
- Amis
- Travail
- De la part d'une personne inconnue

Si oui, à quelle fréquence ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Dans le milieu médical, estimez-vous avoir déjà été victime de grossophobie ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Toujours par rapport à votre poids, avez-vous déjà été confronté à ces types de comportements de la part de professionnels de santé ? (*plusieurs réponses possibles*)

Cochez la ou les réponses

- Paternalisme / Leçon de morale
- Dévalorisation / culpabilisation
- Mépris
- Absence d'empathie / Indifférence
- Négligence / Manque d'écoute
- Paroles déplacées/ Moqueries
- Aucun
- Autre :

Par quel professionnel ? (plusieurs réponses possibles)

Cochez la ou les réponses

- Médecin généraliste
- Médecin spécialiste
- Chirurgien
- Infirmier
- Kinésithérapeute
- Sage-femme
- Aide soignante
- Pharmacien
- Ambulancier
- Manipulateur radio
- Etudiant en santé
- Secrétaire médical / Personnel administratif
- Aucun
- Autre :

Que ressentez-vous sur le moment, face à ce type de situation ? (plusieurs réponses possibles)

Cochez la ou les réponses

- Tristesse
- Culpabilité, « il (elle) a raison, tout est de ma faute »
- Colère/Indignation, « de quel droit se permet il (elle) de faire ça ? »
- Honte/ dévalorisation, « je suis vraiment trop nul(le) »
- Résignation « il a raison, il faut que je fasse des efforts »
- Combativité « je vais lui montrer qu'il(elle) a tort »
- Rien, ça me m'atteint pas
- Je n'ai jamais été confronté à ce type de comportement
- Autre :

Si vous avez déjà été confronté à de la grossophobie dans le milieu de soins, en faites-vous part au professionnel de santé en question ? (Plusieurs réponses)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Oui, s'il s'agit d'un professionnel que je connais.
- Oui, s'il s'agit d'un professionnel que je ne connais pas et que je consulte de manière ponctuelle.
- Non, s'il s'agit d'un professionnel que je connais.
- Non, s'il s'agit d'un professionnel que je ne connais pas et que je consulte de manière ponctuelle.

Quelles ont été les conséquences immédiates selon vous de ces attitudes que vous avez jugé discriminatoires ? (plusieurs réponses possibles)

Cochez la ou les réponses

- Retard ou erreur de diagnostic, symptômes décrits reliés à tort au poids
- Découragement, envie de baisser les bras
- Symptômes d'anxiété et de dépression
- Electrochoc, regain de motivation pour perdre du poids
- Je n'ai jamais ressenti de discrimination de la part de professionnel médical ou paramédical, je ne me sens pas concerné par ces situations
- Aucune
- Autre:

A quelle fréquence estimez-vous être victime de grossophobie dans le milieu médical ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Quels ont été les impacts de ces discriminations vis-à-vis de votre suivi médical ? (plusieurs réponses possibles)

Cochez la ou les réponses

- Changement de professionnel de santé
- Arrêt du suivi médical
- Poursuite du suivi médical
- Je n'ai jamais eu à faire face à de la grossophobie dans le milieu médical
- Autre:

Avez-vous déjà arrêté un suivi médical ou renoncé à des soins suite à une situation vécue comme grossophobe ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
- Au moins une fois
- Régulièrement
- Je n'ai jamais eu à faire face à de la grossophobie dans le milieu médical

Que ressentez-vous avant d'aller consulter un professionnel de santé que vous rencontrez pour la première fois ?

Cochez la ou les réponses

- Sérénité
- Appréhension

- Honte, perte d'estime
- Méfiance
- Indifférence
- Autre:

Que ressentez-vous avant d'aller consulter un professionnel de santé qui vous suit régulièrement ?

Cochez la ou les réponses

- Sérénité
- Appréhension
- Honte, perte d'estime
- Méfiance
- Indifférence
- Autre :

Racontez-nous une situation marquante de discrimination envers votre poids dans le cadre médical ? (*question optionnelle*)

Veillez écrire votre réponse ici :

Annexe 3 : Fiche d'information

Madame, Monsieur,

Vous vous apprêtez à participer à une étude non interventionnelle en médecine générale, dans le cadre de la réalisation d'un projet de thèse de médecine, portant sur l'étude de la grossophobie dans le milieu médical.

Cette lettre d'information a pour but de vous expliquer les objectifs et le déroulement de cette étude, et de nous assurer que vous n'y êtes pas opposés.

Nous vous invitons à prendre connaissance de ces informations et à prendre le temps de réfléchir. N'hésitez pas à contacter le responsable de l'étude pour toute information complémentaire.

Intitulé de l'étude : Etude des expériences ressenties comme grossophobes par les patients en surpoids ou obèses dans le milieu de soins, et les conséquences sur leur prise en charge médicale.

Etude Sous La Direction de : Dr Oddou, investigateur principal

Responsable : Faculté de médecine de Grenoble

Buts de l'étude : Faire un état des lieux des expériences ressenties comme grossophobes par les patients en surpoids ou obèses dans le milieu médical et les conséquences sur leur prise en charge.

Engagement du participant :

L'équipe de recherche a développé un questionnaire en ligne permettant de recueillir le ressenti des patients sur la question de la grossophobie dans le milieu médical. Le questionnaire est diffusé via une plateforme hébergée par le serveur de la faculté de médecine de Grenoble.

Engagement de l'investigateur principal :

En tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Les données recueillies seront extraites de façon dé-identifiée et utilisées à des fins de recherche et de communication scientifique.

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades) les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez par contact mail christel.oddou@univ-grenoble-alpes.fr ou oddouchristel@gmail.com.

Liberté du participant :

Votre consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence.

Information du participant :

Vous avez la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche. Cette étude ne comporte pas de risques particuliers prévisibles.

Confidentialité des informations :

Dans le cadre de cette étude à laquelle nous vous proposons de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre. Vos données seront utilisées uniquement pour répondre aux objectifs de la recherche. Le traitement de vos données sera réalisé par l'équipe PAYEUR Raphael et LE MERLE Aurore. Aucune donnée directement identifiante ne sera recueillie.

Les données personnelles transmises au responsable sont pseudonymisées, c'est-à-dire codées. Ces données indirectement identifiantes peuvent être adressées:

- Au responsable scientifique de la recherche
- Aux personnes chargées de la collecte, du contrôle qualité, du traitement et de l'analyse des données
- Aux personnes chargées des affaires réglementaires et de l'enregistrement de la recherche auprès des autorités compétentes

En tout état de cause, toutes les parties impliquées dans cette recherche sont tenues de respecter la confidentialité de vos données personnelles. Le promoteur conservera vos données jusqu'à la signature du rapport final de la recherche. Elles feront ensuite l'objet d'un archivage pour une durée de vingt ans.

Législation:

Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) du 14 avril 2016 applicable depuis le 25 mai 2018:

- Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ainsi que du droit de demander la limitation du traitement
- Vous disposez aussi d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées -vous disposez d'un droit à l'effacement des données et à l'oubli. Néanmoins, conformément aux articles 17.3.c et 17.3.d du RGPD, ce droit ne s'applique pas dans la mesure où le traitement des données est nécessaire à des fins statistiques et pouvant rendre impossible ou compromettre gravement la réalisation des objectifs du dit traitement. Le cas échéant, pour ne pas mettre en péril les résultats de l'étude, nous conserverons donc vos données.
- Vous disposez d'un droit de réclamation auprès d'une autorité de contrôle (en France: la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés)

Le délégué à la protection des données (le DPO) de l'Université Grenoble Alpes a été sollicité pour la mise en conformité de l'étude selon la norme CNIL MR-004.

Dans le cas où vous souhaiteriez retirer votre consentement, conformément à l'article L.1122-1-1 du code de la santé publique, les données recueillies préalablement au retrait de votre consentement pourront ne pas être effacées et pourront continuer à être traitées dans les conditions prévues par la recherche.

Nous vous remercions par avance pour votre participation, et nous sommes joignables par mail pour répondre à vos éventuelles questions.

Les investigateurs

PAYEUR Raphaël raphael.payeur@etu.univ-grenoble-alpes.fr

LE MERLE Aurore aurore.le-merle@etu.univ-grenoble-alpes.fr

L'investigateur principal

Dr ODDOU Christel christel.oddou@univ-grenoble-alpes.fr

NOTE D'INFORMATION SUR LA NON OPPOSITION

Dans le cadre de l'étude sur les expériences ressenties comme grossophobes par les patients en surpoids ou obèses dans le milieu de soins, et les conséquences sur leur prise en charge médicale.

Après avoir pris connaissance des informations sur l'étude, après en avoir discuté et obtenu réponse à toutes mes questions, je consens librement et volontairement à y participer. Je comprends que ma participation n'est pas obligatoire et que je peux me retirer à tout moment de cette étude sans avoir à me justifier ni encourir aucune responsabilité.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi. Au cours de cette étude, j'accepte que soient recueillies des données me concernant à des fins d'analyse statistique et de recherche. Je comprends que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif des investigateurs concernés. J'ai été informé(e) que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication, que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle et que seules les données dé-identifiées seront enregistrées et communiquées dans le cadre de l'analyse statistique. J'accepte que ces données puissent être conservées dans une base de données et faire l'objet d'un traitement informatisé non nominatif par les autorités de santé. J'ai bien noté que, conformément aux dispositions de la loi « informatique et libertés », le droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement de ces données, s'exerce à tout moment auprès des médecins investigateurs par contact à aurore.le-merle@etu.univ-grenoble-alpes.fr ou raphael.payeur@etu.univ-grenoble-alpes.fr.

Un « Formulaire d'opposition à l'utilisation de mes données à des fins de recherche et statistique médicale » est disponible à ma demande si je souhaite m'opposer à l'utilisation de l'ensemble de mes données.

Signature électronique sur le formulaire électronique par une case à cocher en cas d'accord.

Tableau 1 : caractéristique démographique de la population

	Population totale (n=104)
Age	35 (29 ; 43)
Sexe (n (%)) :	
Homme	16 (15%)
Femme	88 (85%)
IMC	33,2 (29,4 ; 38,2)
Niveau d'étude (n (%)) :	
Aucun diplôme	1 (1%)
Brevet des collèges	1 (1%)
Bac général	9 (9%)
Bac professionnel	4 (4%)
BEP/CAP	8 (8%)
BTS	12 (12%)
Études supérieures	69 (66%)
Catégorie socio professionnelle (n (%))	
Commerçant, artisan, chef d'entreprise	3 (3%)
Cadre, profession intellectuelle supérieure	29 (28%)
Profession intermédiaire	28 (27%)
Ouvrier	2 (2%)
Employé	26 (25%)
Agriculteur, exploitant	0 (0%)
Retraité	2 (2%)
Sans emploi	8 (8%)
Étudiant, lycéen ou en formation	6 (6 %)
Médecin traitant déclaré (n (%))	
Oui	101 (97%)
Non	3 (3%)
Pathologie nécessitant un suivi régulier (n(%))	
Oui	48 (46%)
Non	56 (54%)

Tableau 2. Comparaison des caractéristiques entre les patients ayant subis de la grossophobie médicale et les autres

	Grossophobie médicale	
	Oui (n=90 ; 87%)	Non (n=14 ; 13%)
Age	35 (29 ; 43)	31,5 (28 ; 41)
Sexe (n (%)) :		
Homme	13(14%)	3 (21%)
Femme	77(86%)	11(79%)
IMC	34,9(29,7 ; 38,6)	30,8(28,6 ; 32,9)
Niveau d'étude (n (%)) :		
Aucun diplôme	1 (1%)	
Brevet des collèges	1 (1%)	3 (21%)
Bac général	6 (7%)	
Bac professionnel	4 (4%)	
BEP/CAP	8 (9%)	3 (21%)
BTS	9 (10%)	8 (57%)
Études supérieures	61 (68%)	
Catégorie socio professionnelle (n (%))		
Commerçant, artisan, chef d'entreprise	3 (3%)	
Cadre, profession intellectuelle supérieure	24 (27%)	5 (36%)
Profession intermédiaire	23 (26%)	5 (36%)
Ouvrier	1 (1%)	1 (7%)
Employé	24 (27%)	2 (14%)
Agriculteur, exploitant		
Retraité	2 (2%)	
Sans emploi	8 (9%)	
Étudiant, lycéen ou en formation	5 (6%)	1 (7%)
Médecin traitant déclaré (n (%))		
Oui	87 (97%)	14 (100%)
Non	3 (3%)	
Pathologie nécessitant un suivi régulier (n(%))		
Oui	44 (49%)	4 (29%)
Non	46 (51%)	10 (71%)

Annexe 4 : Réponses à la question 25

1. Le médecin qui me demande de me peser, qui me dit que je suis obèse comme si je ne le savait pas déjà. Et qui me dit qu'il va falloir faire quelque chose, que je me bouge, comme si c'était si facile ! Et ce avec beaucoup de mépris, aucune empathie ou aide réelle, seulement de la culpabilité, comme si c'était ma faute si je suis comme ça.
2. "On sent pas trop bien y a trop de matière autour"
3. À l'introduction d'une pilule oestroprogestative, à l'âge de 18 ans, le bilan avant pilule montrait un cholestérol total normal. Le bilan à 3 mois montrait une élévation du cholestérol total, conclusion de ma gynécologue "vous êtes grosses c'est pour ça, la pilule n'a rien à voir là-dedans, mangez moins"
4. Une douleur abdominale très importante qui m'a conduite aux urgencespeu d'attention sur moi ...ton très froid et dégradant car j'ai beaucoup de ventre jusqu'à voir une prise de sang catastrophique ..verdict sigmoïdite avec perforations ...et là le personnel a réalisé
5. Lors d'une échographie pour une douleur au niveau du pubis le médecin que je ne connaissais pas a été très désagréable et m'a dit que j'étais trop grosse pour cet examen, qu'il faudrait peut-être me bouger pour maigrir
6. Au cours de mes échographies pendant la grossesse la sage-femme se plaignait de ne rien voir car la paroi était épaisse. De même que le rendez-vous anesthésiste : les femmes comme moi ont toujours des problèmes à l'accouchement.
7. Rdv chez un gynéco pour "douleurs menstruelles invalidantes". Le gynéco m'a conseillé de la chirurgie pour la "ptose" mammaire "car là ça va mais dans quelques années ça sera des gants. Il m'a aussi forcé à me peser alors que je venais de lui donner mon poids à l'oral. Il y avait une différence d'un kilo. Réponse "vous voyez, il y a un problème avec votre poids. Vous devez perdre au moins 10 kilos". Je n'ai eu aucune réponses quant à mes douleurs de règles. Je suis sortie en pleurant et je ne suis jamais retourné chez lui
8. Je l'ai déjà raconté un peu plus tôt dans le questionnaire. Mais je peux aussi raconter la fois où j'ai été consulté un médecin généraliste qui n'était pas le mien. A l'époque je faisais environ 100kg pour 177cm. J'avais des douleurs dans le dos. Le médecin n'a pas vraiment pris de pincette pour me faire comprendre que j'étais trop gros et que c'était à cause de ça que j'avais des douleurs (bien que j'en étais conscient) la façon dont elle a tenu ces propos m'a marqué. Elle n'a pas essayé de trouver une solution à ce problème, mais plutôt à me faire culpabiliser. Bon clairement cela ne m'a pas affecté car j'étais conscient de mon problème et que je savais pertinemment que c'était dû à mon manque d'activité physique et à mon laisser aller sur la nourriture. Mais je pense que ces types de remarques peuvent atteindre certaine personne. Bonne chance pour votre thèse et j'espère que j'ai pu contribuer un petit peu à votre étude, Bien cordialement

9. Décision de mise sous médicament anti-cholestérol sans attendre les résultats de la prise de sang en cours
10. Une gynécologue qui me dit "tu pourrais faire du sport avec ta maman" et un généraliste (médecin traitant) "vous devriez vous mettre au sport"
11. Aucune discrimination
12. Kinésithérapeute qui me dit que je dois maigrir car toute la cellulite aussi ça crée des problèmes de dos. Gastro-entérologue qui rit et me dit que je dois maigrir et arrêter de me trouver des excuses. Diagnostic minimisé.
13. Les réponses proposées et lesquelles j'ai cochées ne reflètent peut-être pas réellement ce que j'ai vécu. Je me permets donc de faire ici une réponse longue. Je n'ai jamais vraiment eu de problème lié à la grossophobie dans le monde médical parce que je pense être suivi par de bons médecins mais ce qu'il en reste c'est ce sentiment de culpabilité, de se dire « faut que je me bouge, mais je ne le fais pas,.. » Certains médecins ont tendance à dire « c'est peut être lié au poids » un peu trop rapidement. D'un autre côté, le surpoids n'est pas une bonne chose, donc est-ce que le problème de fond n'est pas le ressenti des patients? Le médecin doit prendre en compte le poids dans son diagnostic, il faudrait peut être qu'il utilise plus le conditionnel lorsque le poids est évoqué dans les causes du problème. Ma réponse est longue parce que je pense que la question est complexe. Dans mon expérience, il n'y a jamais eu de blocage lié au poids, mais je connais un de mes collègues à qui un médecin a déjà répondu « perdez du poids et après on verra »
14. C'est la secrétaire qui m'a soulé alors qu'elle 'avait rien a dire et le gynéco avait été justement très cool
15. Consultation pneumologue ou on m'a dit: mais vous allez faire comment pour avoir un enfant
16. Gynéco qui sort son petit tableau de calcul d'IMC et me dit "ah ouais!!vous etes quand même bieeen en surpoids!"
17. Après un emménagement dans une nouvelle ville, je cherchais un gynecologue. Après une première consultation auprès d'une spécialiste qui a beaucoup jugé ma situation (rien à voir avec la grossophobie en l'occurrence), je me rends chez un second spécialiste. Au moment de monter sur la balance, je lui indique qu'il y a probablement un soucis car sa balance indique 10kg de moins que la mienne.sa réponse : "à ce niveau là, on n'est plus à quelques kilos près".
18. Après avoir perdu 35 kg... "va falloir faire un effort" c'est pas encore ça... Il faut vous motiver.... Et avaler 1 stéthoscope... Elle veut voir....? :/ en qq secondes elle a mis à terre 3 ans d'efforts très intenses et souvent difficiles... Jeune remplaçante de mon médecin généraliste elle ne me verra jamais plus.

19. Honte lors d'opération quand on voit la difficulté des manipulations à cause du poids. Remarque du style : vous avez des problèmes psychologiques pour avoir tant de surpoids ? Vous avez déjà consulté ? Problème chaque fois que l'on doit prendre la tension et que le brassard n'est pas adapté
20. Lors d'une consultation chez le docteur de la médecine du travail, elle me demande de me déshabiller et me regarde de travers puis de me peser j'ai refusé et elle m'a dit avec votre obésité morbide il faut vous bougez. Je lui ai dit que je faisais du vélo d'appartement. Ça réponse surtout pas vous allez étouffer.
21. Une gynécologue m a compare a une vache
22. Ma prise de poids est due dans un premier temps par la mise sous Levothyrox puis qq années plus tard par la mise sous luthenyl. Il s'agit de prise de poids importante et rapide ... pourtant aucun ajustement de traitement. Tout pb est relié au poids et expliqué par le poids et donc non traité. C'est pourtant à cause des médecins que j'en suis là... ils n'écoutent pas
23. Chez un allergologue que je voyais tous les 6 mois. Je faisais de l'asthme d'effort en plus de mes allergies et un jour il m'a dit à moi et ma mère : va falloir qu'elle perde du poids parce que là elle va ressembler à une vache... avec ma mère sous le choc on est parti sans payer et on est jamais revenu. Je suis restée quelques temps sans praticien et ensuite j'en ai retrouvé un exceptionnellement gentil...
24. Je consultais pour la 1ère fois un généraliste pour une grosse fatigue et des douleurs lombaires. Je suis une ancienne obèse et avant même de m'examiner le généraliste à commencer à me faire la morale sur mon poids et ses conséquences sans ménagement et sans même savoir que j'avais perdu 25kg 5 ans avant que je n'ai jamais repris !
25. Une médecin anesthésiste qui dans le cadre de mon suivie de grossesse pour une éventuelle péridurale, me demande a 7ou8 mois de grossesse combien de poids j'ai pris, je lui répons 2kg seulement , et me répons heureusement vu déjà le poids que vous faites.
26. Je souffre d'un lipoedeme depuis l'adolescence. Une maladie chronique qui favorise le stockage de graisse et de lymphe dans les membres (haut des bras et jambes pour ma part) impossible à perdre même avec un régime strict et du sport intense. Mon médecin ne m'a d'abord pas cru jusqu'au diagnostic par un angiologue. Il m'a ensuite ri au nez et dit « c'est sûr que toi t'aura jamais les jambes à Naomi Campbell, y'a un surpoids évident ». Alors que le lipoedeme est une pathologie, l'imc ne peut pas être jugé comme une personne n'ayant pas cette pathologie. D'ailleurs aucun médecin en France ne me prend vraiment au sérieux. Cette situation devient invivable sachant qu'il n'y a pas de traitement, le manque de soutien et le jugement des médecins me fait tomber peu à peu dans la dépression, je suis épuisée.
27. Je suis tombée et eu un problème de genoux, IRM et scanner n'ont rien montré. Le spécialiste a conclu à un problème de poids et que c'était la cause des douleurs aux

genoux et du fait que je ne puisse me déplacer qu'en béquille et s'en est contenté.
Aujourd'hui j'ai découvert le lipoedeme qui résume exactement toutes mes douleurs

28. Le jour où j'ai demandé à l'ORL qui m'avait opéré de la thyroïde s'il était possible d'augmenter un peu le taux de thyroxine, il m'a répondu que la seule façon de perdre du poids est de manger moins et d'ajouter « on n'a jamais vu de gros sortir des camps de concentration » j'ai été tellement choquée (pour moi et aussi et surtout pour les malheureux qui n'en sont jamais revenus) que je n'ai pas su quoi répondre. Et je ne suis jamais retourné le voir.
29. Des années à me plaindre de jambes lourdes, gonflées et très douloureuses (et disgracieuses esthétiquement), à expliquer à différents médecins qu'il y avait un problème. Toujours les mêmes réactions («vous êtes en surpoids, c'est tout », « il suffit de vous mettre au sport », « il faut faire attention à votre alimentation pour régler ça », « Peut-être qu'il faut accepter que vous faites mal les choses »). J'ai fini par être diagnostiquée après 8 ans de consultations chez différents médecins généralistes et spécialistes (je suis atteinte d'un lipoedeme).
30. Je suis atteinte de lipoedeme (maladie des jambes poteaux) mon médecin généraliste m'a clairement dit que je n'étais pas malade. Que c'était ma morphologie et que je devais perdre du poids et faire du sport. Et même remarque d'une angiologue, qui m'a dit que j'étais juste grosse
31. Des professionnels de santé (médecin généraliste, gyneco, médecin du travail, angiologue) m'ont demandé de perdre du poids alors que j'ai une maladie appelé le lipoedème et que la perte de poids est difficile voire impossible
32. Exemple : mon médecin traitant qui me dit que je ne dois pas prendre de poids dans le cadre d'une première grossesse. Le sous-entendu était flagrant. Ce n'est pas une remarque que l'on ferait à quelqu'un de mince
33. Problème de genou lié à un accident. Réponse moqueuse quand j'ai expliqué faire du sport plusieurs fois par semaine. Aucun traitement proposé.
34. je ressentais des douleurs terribles dans le bas ventre, j'ai été consulter on m'a immédiatement parler de mon poids, on a considéré que c'était le seul problème et c'est le 4ème médecin que j'ai vu qui m'a pris au sérieux. Il se trouve que j'avais deux hernies crurales. J'ai vu un premier chirurgien qui m'a dit, d'un paternaliste, « Vous savez Mademoiselle, il faudrait peut-être penser à perdre un petit peu de poids »...j'avais 17 ans j'avais envie de pleurer toutes les larmes de mon corps. J'ai finalement opéré (par un autre chirurgie qui lui s'est abstenu de tout commentaire) et j'allais beaucoup mieux après. Mais j'ai quand même dû me battre pour qu'on investigue et ça n'est de loin pas la premier fois que ça m'est arrivé

35. Mon médecin traitant m'a demandé de monter sur la balance quand je lui ai annoncé le poids il m'a dit oh là là vous avez dépassé le seuil vous faites partie des obèses! Je ne vous raconte pas comment j'ai retenu mes larmes ce jour-là !!!!
36. Je souffre de lipœdème. Maladie des jambes qui ne se soignent pas même avec sport et régime. La méconnaissance des médecins face à cette maladie vous laisse sous-entendre qu'il faut juste se mettre au régime et se bouger. A cause de cela j'ai subi une sleeve et toujours des jambes disproportionnées et douloureuses. Ils ont ruiné ma vie
37. Je consultais pour obtenir un certificat médical pour renouveler mon abonnement à la salle de musculation. Je n'avais pas vu mon médecin depuis un an. Lorsque je suis arrivée et au expliqué le motif de la consultation il m'a été répondu qu'il serait important que je mange moins, et que prendre un abonnement n'était pas la solution, qu'il fallait y aller. J'ai trouvé cela non seulement déplacé mais aussi cruel. Ce médecin qui ne me connaissait pas se permettait de poser des hypothèses d'absence de pratique sportive et de mauvaise alimentation sur la base de son calcul d'imc et de ma silhouette. A ce jour, je ne consulte le corps médical qu'en absence d'autre solution. Je préfère même poser des congés plutôt que d'y aller lorsque je suis malade. J'avoue avoir perdu depuis longtemps confiance en un corps médical qui, de ce que je constate, manque de plus en plus d'empathie et a des difficultés à sortir de sa posture de toute puissance.
38. Un chirurgien a changé le type et le nombre d'opération que je devais subir suite à une prise de poids de 4kg (en fin de journée et sans tenir compte de mon cycle menstruel), m'a traité de façon condescendante et m'a dit d'envisager la chirurgie gastrique (alors que je ne rentre pas dans les conditions). Cette personne était un ex gros et à projeté ses problèmes sur moi. Il n'a pas voulu m'écouter. Lors de ma grossesse mon 1er gynécologue m'a interdit de prendre plus de 5kg sur les 9 mois... Alors qu'il est impossible d'avoir la moindre influence la dessus. Je ne mangeais pas mal pourtant. J'ai changé de gynécologue et ai pris 15kg sur les derniers mois. Mon bébé pesait 4,395 et mon placenta 800 gr, donc rien que ça me faisait dépasser les soi-disant 5kg du 1er gynécologue. Une diététicienne m'a traité de menteuse quand son régime ne m'a pas fait perdre de poids. Je le suivais à la lettre et avais difficile. Je ne suis plus allée chez elle.
39. Le brassard de tension n'était pas adapté le médecin m'a regardé a levé les yeux au ciel a soufflé et m'a dit " bon ben on ne prendra pas votre tension tant pis "....
40. Lors d'un rendez-vous classique de médecine générale l'annonce de mon état d'obésité morbide sans aucune explication du mot « morbide » fut un choc encore vivace aujourd'hui
41. J'ai rempli ce questionnaire car je suis une ancienne obèse (1.62 pour 135Kg), j'ai eu un Bypass il y a 4 ans et j'ai perdu 80 Kg. Aujourd'hui je pèse entre 58 et 60kg. J'ai changé de médecin plusieurs fois au cours de mon parcours de santé, j'avais du diabète, de l'hypertension et je suis asthmatique depuis l'âge de 3 ans. Mon surpoids est arrivé après l'arrêt du sport de haut niveau. j'ai pris 30 kg puis je suis devenue maman et pour ma première grossesse j'ai pris 35kg et perdu 10 après ma grossesse. Mon médecin traitant de l'époque me disait d'arrêter de manger comme un ogre et que

je perdrais du poids. J'ai fait des régimes (beaucoup), DUNCAN, WW, j'ai vu des nutritionnistes, des diététiciens et je perdais pas beaucoup (2 ou 5kg), ils me disaient que je manquais de volonté. Puis un jour, on m'a dit que je ne verrais peut-être jamais mes petits-enfants et que je pouvais mourir n'importe quand. Ma seule solution après des recherches a été le bypass, ma perte est énorme, et aujourd'hui je suis contente de ne plus avoir de poids en trop mais je n'aime pas mon corps. Je dois subir des opérations pour remodeler mon corps mais je pense que je dois aussi faire un gros travail mental avec un spécialiste pour m'aider à m'apprécier avec mon nouveau corps. J'ai beaucoup de mal avec les regards des autres, ils sont toujours aussi méchants en voyant mon corps de maintenant. La peau qui tombe sur mon ventre, mes jambes mais aussi les bras qui ressemblent à des chauves-souris quand ils bougent. Les moqueries sont toujours présentes que l'on ait perdu du poids ou non. Les gens trouveront toujours une façon de se moquer d'autres qui sont différents d'eux (gros, minces, grands, petits, ...). J'espère avoir pu vous aider dans vos recherches et je vous remercie nous laissez vous expliquer nos ressentis et de les prendre en compte pour comprendre notre mal être.

42. Une infirmière chef qui me faisait le bilan de ma nuit de test pour les apnées et elle m'a annoncé froidement que j'aurai un appareil, que j'aurai pu faire bien avant une crise cardiaque ou un AVC avec les apnées que je faisais et que je ne m'en soit pas rendu compte non plus... Appareillé sûrement à vie si je reste avec ce poids, elle me grondait comme si je faisais exprès alors qu'elle ne connaît pas du tout mon dossier médical et pourquoi j'en suis là. Le médecin pneumologue est arrivée en retard mais n'a rien dit ou fait pour arrêter ses propos. Je suis sortie 5min après (à leur demande, bilan et expédition 5min au total) alors que je pleurais je ne comprenais pas ce qui arrivait et je me voyais avec une bouteille d'oxygène, j'étais tellement perdu à l'accueil de l'hôpital pour aller prendre un rdv avec la pneumologue, que la dame de l'accueil est venu me voir pour savoir ce qui se passé et c'est elle qui m'a en partie rassuré - mais je suis partie d'en l'idée que je pouvais mourir sur ma prochaine nuit car je n'aurais pas l'appareil... J'ai vu le médecin 1 an après quasiment, et elle me demande de refaire une nuit test à l'hôpital j'ai refusé, elle a pris des grands airs et commençait à vouloir me culpabilisé - alors je l'ai remis en place, je lui ai dit que je ne faisais pas exprès d'être malade depuis 20 ans, que j'ai croisé beaucoup de médecin qui ne savent pas ce qu'il faut faire dans mon cas et on fait des erreurs qui m'ont amené à un poids de 135kg suite à ma leucémie, ménopause (là où c'est partie en vrille quand ils ont arrêté mon traitement hormonal, et 3 gynéco différents n'ont absolument pas voulu me remettre sous traitement, jusqu'à ce que je crois Dr [REDACTED]) et que l'infirmière qui fait les bilans je n'attendrais pas son retour - ensuite elle s'est calmée et m'a avoué qu'elle n'était pas commode - mais ce n'est pas mon problème, elle est infirmière et doit avoir de la compassion pour les patients et pas du mépris. Je vais mieux et j'ai perdu du poids mais pas grâce à ces médecins qui n'ont qu'une idée, me découpé l'estomac ! Preuve que non ce n'est pas une obligation, mais beaucoup de travail personnel.
43. Une gynécologue que je consultais pour la première fois et à qui j'explique que je ne veux plus de l'implant contraceptif car je viens de prendre 5kg en 2 mois avec la pilule en test per os m'a dit " en effet il faudra dégonfler". Je ne m'y attendais pas. Je ne m'attendais pas à un jugement
44. J'allais chez le médecin pour une angine, elle l'ausculte entièrement me pèse, m'assois sur le lit, prend ma tension (qui est normale) fini par me pincer le ventre en me disant

"il va falloir faire attention quand même hein!" J'avais 15 ans et j'étais en très léger surpoids. J'étais en colère et je lui ai demandé si ma perte de poids pouvait guérir mon angine

45. Lors d'une échographie de datation pour une grossesse la femme qui me suivait m'a dit comment voulez-vous qu'on puisse faire l'échographie vu le tas de graisse que vous avez sur le ventre
46. Le médecin gynécologue qui me suivait me faisait des remarques désagréables à chaque fois que je la consultais au sujet de mon poids qui augmentait régulièrement sans essayer de m'aider d'une quelconque façon... Au bout de plusieurs années, comme j'avais pris beaucoup de poids en quelques mois, j'ai décidé d'arrêter d'aller la voir mais je n'ai pas cherché à trouver un autre médecin car j'avais peur que cela se reproduise... Je suis restée plusieurs années sans frottis... Puis une amie souffrant de problème de poids et qui avait vécu la même chose mais avait trouvé un autre médecin beaucoup plus "compréhensif" m'a donné ses coordonnées... À la première consultation j'ai parlé de mon expérience dès le début en précisant que je ne souhaitais absolument pas revivre une telle situation et tout se passe bien avec ce médecin...
47. Lors des échographies pendant ma première grossesse, la sage-femme avait du mal à prendre des mesures, et remettait la faute sur mon poids (peut être justifiée mais pas de manière respectueuses) alors que j'étais déjà impatiente d'avoir des infos sur mon bébé et fébrile de savoir que tout allait bien et le sexe e mon futur enfant. J'ai changé de Sage-femme lors de la deuxième grossesse (j'avais un peu plus de poids que pour la précédente) et il n'y a pas eu de soucis...
48. un cardiologue qui ne m'a pas examinée car je ne pouvais pas monter sur la table d'auscultation mais qui m'a demander de régler la visite (60€)
49. 1ere Consultation avec une nouvelle gyneco qui me dit que la chirurgie bariatrique existe et que je ferais bien de m en préoccuper
50. Lors d'une échographie abdominale pour suspicion d appendicite, réponse du radiologue : "j'y vois rien, il y a trop de graisse! " Sur un ton dédaigneux.
51. Suivi gynécologique post-grossesse avec un médecin que je vois pour la première fois, et où je demande la pilule. Le médecin me dit que ce n'est pas adapté car je vais forcément l'oublier et je risquerais de me retrouver enceinte (1ere remarque déplacée et infantilisante). Il rajoute : en même temps il faudrait arrêter de manger des kinders, et se remettre à faire une activité physique ma petite dame, parce que tous vos kilos en trop la ça ne va vraiment pas. (Avec un ton très méprisant. situation de grossophobie ou le spécialiste suppose que je mange des cochonneries et pas d'activité physique sans rien connaître de mes habitudes alimentaires ni de mon mode de vie)
52. Lors d'un IRM, le manipulateur radio a ri en disant "il va pas rentrer ou alors il va rester coincé"

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ **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(e) 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.

”