



**HAL**  
open science

## Consulter quand on est gros-se : la place du poids

Sarah Ledig

► **To cite this version:**

Sarah Ledig. Consulter quand on est gros-se : la place du poids. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04440017

**HAL Id: dumas-04440017**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04440017v1>**

Submitted on 5 Feb 2024

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

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



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

## **AVERTISSEMENT**

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

**UNIVERSITÉ DE PARIS**

Faculté de Santé

**UFR de Médecine**

**Année 2022**

**N°**

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le : 21/04/2022

Par

**Sarah LEDIG**

**Consulter quand on est gros-se : la place du poids**

Dirigée par Mme la Docteure Laelia Benoit

JURY

Mme la Professeure Caroline Dubertret

Présidente

Mme la Docteure Laelia Benoit

Directrice

M le Professeur Franck Baylé

Membre du jury

*You know, Bessel, I know how important it is for you to be a good therapist, so when you make stupid comments like that, I usually thank you profusely. [...] But after two years I trust you enough to tell you that those comments make me feel terrible.*

*Kathy*

*Overweight is overlooked, and that's the way I need to be.*

*Anonymous*

## Remerciements

---

**À Mme la Professeure Caroline Dubertret, Professeure des Universités, Praticienne Hospitalière, professeure de psychiatrie, présidente du jury.**

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse et de juger notre travail. Aussi, veuillez recevoir, Madame, l'expression de notre respectueuse reconnaissance

**À M. le Professeur Franck Baylé, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, professeur de psychiatrie, membre du jury.**

Nous vous sommes reconnaissantes pour l'enthousiasme avec lequel vous avez répondu à notre invitation. Nous espérons sincèrement que notre travail sera à la hauteur.

**À Mme la Docteure Laelia Benoit, Pédopsychiatre, Chercheuse à l'Inserm et à Yale University, Directrice de thèse, membre du jury.**

Mille mercis d'avoir cru en mon projet loufoque, d'avoir suivi mes changements de problématisation avec indulgence, et de m'avoir encouragée jusqu'au bout du bout. Tu es un parangon de patience.

**À tous-tes les participant-es à cette étude,**

C'est grâce à vous que je peux livrer ce travail aujourd'hui. Votre soutien a été indispensable à la concrétisation de ce projet. J'espère avoir fidèlement restitué vos expériences.

**À MM. Alexandre Michel et Ludovic Cacheux, et à toutes les graines de qualitatifistes rencontrées au Grounded Lab,**

Vos bons conseils m'ont accompagnée tout au long de mon cheminement, de la problématisation à la finalisation de cette étude. Je vous suis reconnaissante de m'avoir épaulée dans mes moments de doute.

**À tout le comité de relecture de l'éclair,**

Votre engagement à mes côtés dans les derniers instants a été extrêmement appréciable. Merci d'avoir contribué à la chasse aux coquilles.

**À tous-tes les camarades rencontré-es en ligne ou AFK,**

Je vous remercie pour vos bons conseils et votre bienveillance concernant mes formulations parfois maladroitement. Votre aide m'a été très précieuse.

***À Gabrielle Deydier,***

Tout est parti d'un cadeau d'anniversaire.

Nous sommes en 2018. Je fête mon 26e anniversaire avec mes ami-es dans un bar à jeu. On m'offre On ne naît pas grosse. A peine rentrée de l'après-midi jeux, je le lis, je le relis, je le dévore. J'entre les références bibliographiques dans ma barre de recherche. J'annote le livre dans les marges. Ce n'est plus un livre que j'ai, mais un nuage jonché d'un arc-en-ciel de post-its. Et je me dis « Voilà ! C'est à ça que je vais consacrer ma thèse ! » Gabrielle, si un jour vous me lisez, sachez que tout est parti des vous. Merci.

***Aux collègues et aux chef-fes du CETD de Saint Antoine et du Pôle Précarité du GHU***

J'ai découvert grâce à vous les mondes extraordinaires des équipes mobiles. Je crois bien que je suis devenue accro ! Merci de m'avoir transmis ce goût pour la médecine tout-terrain. Et merci à vous tous-tes d'avoir enduré avec bienveillance ma thèse-ite chronique. Vous avez tellement entendu parler de cette thèse qu'elle vous sort probablement par les yeux. Préparez-vous à la mémoire-ite aiguë !

***À la Dream Team Stadir,***

Anaïs (Mme Ca Houle), Livia (Et z'est parti!!!!), Catherine (Catherine? Catherine?) et Quentin Nocturino. J'ai passé mon meilleur semestre à vos côtés. Notre équipe de folie me manque terriblement. Mais comme le poète a dit « Dès lors que la tristesse vous envahit, sondez de nouveau votre coeur et vous verrez qu'en vérité vous pleurez sur ce qui autrefois vous a rendu heureux ». Alors... on switch ?

***À mes ami-es niçois,***

Gabriel et Céline, Grégoire, Serena, Rémy, et tous les autres, vous avez rendu mes années dans le 06 inoubliables. A quand la prochaine pêche aux oursins ?

***À mes plus vieux-illes ami-es,***

Sarah, Kaouthar, Hodan, Alizée, Yasmine, Assia, Sarah-belle, Noha, Wissam et tous-tes les autres. Quelle chance pour moi d'avoir grandi à vos côtés ! Je n'aurais pu rêver de mieux. Nos souvenirs seront à jamais la maison de mon enfance.

***À mes ami-es dévoué-es par pluie et par beau temps,***

Satchel, Eloïse, Lise, Chloé, Léa, et tous-tes les Psy Cultivés, avec une mention spéciale pour Tolo, notre psy honoraire. Regardez comme on a grandi (vieilli ?) en quatre ans !

Iris, Léa, Ezra, et tout le Brain Massage. Que d'aventures bigarrées pour nous ! Je suis joie d'avoir croisé vos chemins.

***À Eléonore,***

Vous avez été un roc pour moi ces dernières années. Merci du fond du cœur pour votre bienveillance et votre écoute. Ce travail a été rendu possible grâce à votre soutien indéfectible. A mon tour d'aider les autres à réécrire leur manuel de la vie.

***À Elysa, Impératrice de France, Corgissonne de mon coeur,***

Merci pour ton soutien et ta patience, surtout dans les derniers moments de rédaction. Merci aussi pour les kilotonnes de nuggets. J'ai hâte de passer le reste de ma vie avec toi.

***To my sweet family,***

You are always with me. Oceans cannot keep us apart.

***To my favourite brother,***

You have been the best accomplice in nonsense so far and that's why I will always love you. I will never not trauma-laugh at weird ish with you, between Jussieu, la Sorbonne et le Panthéon.

***To my dearest mother,***

Your unconditional love made all the difference. I would not be where I am today if it were not for your support. As Gibran put it, you are the bow from which we as living arrows are sent forth.

## Résumé :

**Introduction :** La Haute Autorité de Santé a publié des recommandations en 2011 sur le repérage et le traitement du surpoids et de l'obésité de l'adulte en soins de premier recours, où le calcul de l'indice de masse corporelle est au centre de la prise en charge. En 2017, Gras Politique a publié en ligne un document d'aide à la consultation de santé pour les personnes grosses. Un des axes de critique concerne l'abord systématique du poids en consultation, quel que soit le motif de recours aux soins. L'objectif de cette étude était d'explorer les facteurs qui pouvaient influencer le vécu des consultations médicales par les personnes grosses, aussi bien dans les consultations qu'en-dehors. **Matériels et Méthodes :** Dix-huit personnes grosses âgées de 20 à 49 ans ont participé chacune à un entretien individuel semi structuré. Les données ont été analysées en théorie ancrée. **Résultats :** Deux axes se sont dégagés : d'une part, les personnes grosses savaient qu'elles étaient grosse et que cela les rendait visibles, ce qui semblait être le point de départ des discriminations qu'elles pouvaient subir, mais dans l'ensemble elles vivaient plutôt bien leurs corps et dans leurs corps ; d'autre part, dans la situation de consultation médicale, s'est révélée une différence entre la temporalité médicale et le cheminement personnel des patient-es, et une absence de consensus concernant les objectifs de soins, ce qui rendait certaines consultations inconfortables. En fait, de nombreuses personnes grosses ont subi des expériences traumatiques de l'enfance et l'alimentation pouvait parfois être une stratégie pour ne pas ressentir le trauma et ses effets. La méconnaissance par les médecins de ce facteur de maintien de surpoids et d'obésité rendait difficile la relation thérapeutique et l'adhésion aux soins. Les participant-es ont proposé des conseils pour apaiser la relation thérapeutique. **Discussion :** Une prise en charge des patient-es dans leur globalité, y compris les antécédents d'expériences traumatiques de l'enfance, semble indispensable à l'amélioration de la relation thérapeutique et de l'adhésion aux soins.

## Spécialité :

[Psychiatrie](#)

## Mots clés français :

[fMeSH](#) [Surpoids](#), [Obésité](#), [Théorie ancrée](#), [Stéréotypes](#), [Négociation](#), [Traumatisme psychologique](#), [Expériences défavorables de l'enfance](#), [Motivation](#)



Mots-clés libres Grossophobie

**Forme ou Genre :**

fMeSH : Dissertation universitaire

Rameau : Thèses et écrits académiques

## Liste des abréviations

---

- ACE : Adverse Childhood Experience
- BMI : Body Mass Index
- E : Entretien numéro
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IBER : Intégration des besoins, efforts et récompenses
- IMC : Indice de Masse Corporelle
- MG : Médecin généraliste
- OMS: Organisation Mondiale de la Santé
- PNNS : Plan National Nutrition Santé
- TCC : Thérapies cognitives et comportementales

# Table des matières

---

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>4</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>9</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>10</b>
<b>1 : INTRODUCTION .....</b>	<b>12</b>
<b>2 : MATERIELS ET METHODES .....</b>	<b>17</b>
2.1 PARTICIPANT-ES.....	17
2.1.1 Recrutement .....	17
2.1.2 Entretiens individuels.....	17
2.2 ANALYSE DES DONNEES .....	18
2.2.1 Outils informatiques .....	18
2.2.2 La théorie ancrée.....	18
2.3 ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES .....	19
2.3.1 Ethique.....	19
2.3.2 Conflits d'intérêt .....	19
<b>3 : RESULTATS .....</b>	<b>20</b>
3.1 PARTICIPANT-ES.....	20
3.2 BIEN VIVRE DANS UN CORPS MAL VU .....	20
3.2.1 Etre gros-se c'est le savoir .....	20
3.2.2 Etre gros-se, c'est entendre qu'on est moche, malade, malheureux-se et mauvais-e .....	24
3.2.3 Négocier son droit à vivre gros-se .....	26
3.3 NEGOCIER AVEC LA OU LE MEDECIN DE L'ORIENTATION DE LA CONSULTATION.....	28
3.3.1 Subir une rengaine anxiogène et peu informative.....	28
3.3.2 Développer des stratégies pour avoir plus de contrôle sur le déroulement des consultations.....	33
3.3.3 Rendre possible une communication ouverte autour du poids .....	37
<b>4 : DISCUSSION.....</b>	<b>41</b>
4.1 POINTS FORTS ET AXES D'AMELIORATION .....	41
4.2 COMPARAISON DES RESULTATS AVEC LA LITTERATURE.....	43
4.2.1 Montez sur la balance ! Vécu de l'abord du poids en consultation de médecine générale .....	43
4.2.2 Surpoids et obésité de l'enfant : freins à la prise en charge par les médecins généralistes .....	43
4.3 INTERPRETATION DES RESULTATS.....	44
4.3.1 Les modèles de motivation au changement pour expliquer le fossé entre médecin et patient-e.....	44

4.3.2 <i>Le psychotraumatisme comme facteur de risque de surpoids et d'obésité</i> .....	46
4.3.3 <i>Quand le psychotrauma vient compliquer la relation thérapeutique</i> .....	47
4.3.4 <i>Des clés de lecture sociologiques</i> .....	48
4.4 PERSPECTIVES POUR UNE CONVERSATION PLUS SEREINE AUTOUR DU POIDS .....	49
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>53</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>56</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>58</b>
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN.....	59
ANNEXE 2 : AVIS FAVORABLE DU COMITE D'EVALUATION ETHIQUE DE L'INSERM .....	61
ANNEXE 3 : INFORMATION ET CONSENTEMENT.....	62
<b>PERMIS D'IMPRIMER</b> .....	<b>64</b>

# 1 : Introduction

---

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations (1) en 2011, à la demande du deuxième Programme national nutrition santé (PNNS), sur le repérage et le traitement du surpoids et de l'obésité de l'adulte en soins de premier recours, où le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) est au centre de la prise en charge. Il y est énoncé que « L'IMC doit être calculé pour tous les patients quel que soit le motif de consultation. Le médecin généraliste doit peser régulièrement et au mieux à chaque consultation tous les patients. La taille doit être mesurée à la première consultation. Le poids et la taille doivent être inscrits dans le dossier du patient pour calculer l'IMC et en surveiller l'évolution [...] Le diagnostic de surpoids et d'obésité repose sur l'indice de masse corporelle ». Ces recommandations visent à rendre la prise en charge de l'obésité la plus précoce possible. Elles s'inscrivent dans des pratiques de médecine préventive, visant à réduire la probabilité d'apparition de complications de l'obésité.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2) définit le surpoids et l'obésité comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé », et le critère principal de diagnostic est un IMC supérieur ou égal à 25 kg.m<sup>-2</sup> pour le surpoids, et supérieur ou égal à 30 kg.m<sup>-2</sup> pour l'obésité. La HAS (1) rappelle que l'obésité est une maladie chronique, que l'excès de poids augmente la morbidité, que la mortalité totale augmente avec l'IMC, essentiellement à partir d'un IMC  $\geq 28$  kg.m<sup>-2</sup> (sauf pour les personnes âgées), et enfin que l'excès de graisse abdominale est associé, indépendamment de l'IMC, au développement des complications métaboliques et vasculaires de l'obésité.

L'OMS (2) énumère ces complications :

- les maladies cardiovasculaires (principalement les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux)
- le diabète
- les troubles musculo-squelettiques, en particulier l'arthrose
- certains cancers (de l'endomètre, du sein, des ovaires, de la prostate, du foie, de la vésicule biliaire, du rein et du colon).

Et plus généralement, le risque de contracter des maladies non transmissibles augmente avec l'IMC.

Bien que des complications de l'obésité existent, la HAS (1) rappelle aussi que les personnes ayant une obésité sont victimes de nombreuses discriminations qui touchent toutes les dimensions de la vie et recommande que le ou la médecin en mesure l'impact et qu'il ou elle prenne en compte aussi les préoccupations liées à l'image corporelle, l'estime de soi et la représentation de la maladie.

En 2017, le collectif Gras Politique a publié en ligne un document (3) d'aide à la consultation de santé pour les personnes grosses. Il s'agit de listes de conseils, de rappels des droits des usagers en santé, et d'exemples de « violences médicales » comme « culpabilisation sur le poids » et « mise en avant du poids comme seule cause des pathologies ». Un des axes de critique du collectif Gras Politique concerne justement l'abord systématique du poids en consultation, quel que soit le motif de recours aux soins, et qui est pourtant fondamental pour respecter les recommandations de la HAS. Par ailleurs, le collectif tient en ligne une liste dite

« safe<sup>1</sup> » (4) et une autre liste dite « non safe<sup>2</sup> » (5) de professionnels de santé, alimentées par des témoignages de personnes grosses via l'adresse mail du collectif. Plusieurs personnes grosses ressentiraient donc un besoin de se protéger et de protéger d'autres personnes grosses contre d'éventuels agressions ou « micro-agressions<sup>3</sup> » lors de consultations de santé. Enfin, le collectif Gras Politique a publié en ligne en 2021 une liste de conseils (6) à destination des professionnel-les de santé pour l'accueil et la prise en charge des personnes grosses.

Ainsi, d'une part, le dépistage et la prise en charge de l'obésité sont mis en avant comme des enjeux de santé publique. La HAS recommande le calcul de l'IMC, donc la pesée, « pour tous les patients quel que soit le motif de consultation », c'est-à-dire même quand le motif de consultation n'a pas de lien direct avec le poids ou l'IMC. D'autre part, des personnes grosses estiment que ces pratiques sont stigmatisantes et humiliantes, et trouvent utile de s'organiser entre elles, en créant des collectifs, associations, blogs et groupes sur les réseaux sociaux, pour prévenir ou contrecarrer les effets de ce qu'elles appellent la « grossophobie médicale<sup>4</sup> ».

Dans ce travail de thèse, nous proposons d'explorer les expériences des personnes qui se définissent comme grosses dans les situations de consultation médicale. Nous porterons notre attention en particulier sur leurs expériences en dehors des consultations médicales, pour

---

<sup>1</sup> Safe : dans ce contexte, il s'agit de praticien-nes qui ont la réputation de ne pas stigmatiser leurs patient-es gros-ses pour leur poids.

<sup>2</sup> Non safe : dans ce contexte, il s'agit de praticien-nes qui ont la réputation d'avoir déjà stigmatisé un-e patient-e gros-se pour son poids.

<sup>3</sup> Micro-agressions : paroles, gestes ou comportements d'apparence banale mais qui, en réalité, ont un caractère hostile, péjoratif ou insultant envers une personne ciblée parce qu'elle appartient à une communauté. L'hostilité de l'auteur-riche de l'agression n'est pas nécessairement intentionnelle.

<sup>4</sup> Grossophobie : attitude de discrimination envers les personnes obèses ou en surpoids. Par extension, la grossophobie médicale est la grossophobie qui a lieu dans les contextes de soins.

chercher d'éventuels facteurs non médicaux influençant le vécu de l'abord du poids en consultation, puis sur le poids comme point de tension dans la relation de soins.

Qu'est-ce que c'est que d'être une personne grosse aujourd'hui en France ? Est-ce que les personnes grosses se rendent compte qu'elles sont grosses ? Vivent-elles bien leurs corps et vivent-elles bien dans leurs corps ? Se sentent-elles malades ou en bonne santé, et pourquoi ? Ces questions nous permettront de mieux comprendre ce que la HAS (1) conseille de garder à l'esprit : discriminations qui touchent toutes les dimensions de la vie, leur impact, et les préoccupations liées à l'image corporelle, l'estime de soi et la représentation de la maladie. Ceci dans l'objectif de prendre en charge les patient-es dans leur globalité.

Que se passe-t-il entre une personne grosse et un ou une médecin lorsque le poids est abordé ? Comment est-ce que cette personne se représente les intentions de sa ou son médecin ? Comment sont négociés les objectifs thérapeutiques lorsqu'ils ne font pas l'unanimité ? Que retient cette personne de la consultation quand celle-ci a pris fin ? Modifie-t-elle ses habitudes de vie ? La fréquence du recours aux soins ? Que souhaitent les personnes grosses pour leur prise en charge médicale ? Ces questions nous permettront de mieux comprendre ce qui se joue en consultation pour les personnes grosses, ce qui favorise ou non la relation thérapeutique et l'adhésion aux soins.

Nous utilisons les termes obésité et surpoids lorsque nous faisons référence aux discours médicaux et scientifiques, car ces termes possèdent une définition médicale (2) liée à des critères (ex : calcul de l'IMC).

Néanmoins, plusieurs productions écrites et orales de personnes grosses en France et à l'étranger demandent à ce qu'on utilise les termes « gros » et « grosse », avec pour objectif de sortir ce phénotype de la marginalité et de la pathologisation. Nous utilisons donc l'adjectif



gros-se lorsque nous faisons référence aux discours militants et politiques dans les luttes dites antigrossophobes.

Il existe des désaccords sur la définition de la grosseur parmi les militant-es des mouvements antigrossophobes. Certain-es utilisent un seuil de poids ou d'IMC, d'autres ont pour critère l'adaptation de l'environnement à leur morphologie ou à leur corpulence (ex : incapacité à utiliser un siège standard en avion ou au cinéma, nécessité de recourir à un matériel médical adapté, etc...), d'autres encore utilisent le fait de se sentir stigmatisé du fait de leur corpulence.

Nous retiendrons cette dernière définition : pour cette étude, nous considérerons qu'une personne grosse est une personne qui se sent stigmatisée du fait d'une corpulence ressentie comme plus importante. Nous avons tenu à privilégier une définition large pour recruter une plus grande diversité d'expériences.

## 2 : Matériels et méthodes

---

### 2.1 Participant-es

#### 2.1.1 Recrutement

Les participant-es à l'étude ont été recruté-es par trois biais. Une partie de l'échantillon est issue de l'entourage de Mme Ledig. Une autre partie a été invitée, via des publications dans des groupes féministes sur Facebook, à la contacter si les personnes voulaient témoigner de leurs expériences de consultations médicales en tant que personnes grosses. Enfin, les participant-es étaient libres de diffuser les publications de recrutement dans leur entourage, et une partie de l'échantillonnage a eu lieu par effet boule de neige.

Les participant-es à l'étude devaient être des personnes majeures de 18 ans non concernées par une mesure de protection, vivant en France, s'identifiant à l'adjectif « gros-se » et se sentant stigmatisées du fait d'une corpulence ressentie comme plus importante. Nous avons tenu à privilégier une définition large pour recruter une plus grande diversité d'expériences.

#### 2.1.2 Entretiens individuels

##### 2.1.2.1 Le guide d'entretien

Une première version du guide d'entretien a été élaborée avec la participation du Grounded Lab de la Maison de Solenn puis utilisée lors d'un premier entretien exploratoire. La transcription de ce premier entretien individuel a été analysée avant les entretiens individuels suivants. Les résultats du premier entretien individuel ont été également inclus dans les

résultats de l'étude. Le guide d'entretien a évolué au fil des entretiens. La version la plus récente est consultable en annexe (Annexe 1 : Guide d'entretien).

### **2.1.2.2 Les conditions matérielles des entretiens**

La participation à la recherche comprenait pour chaque participant.e un entretien individuel en présentiel ou en visioconférence durant entre 45 min et 1h30 enregistré en audio avec l'accord de la ou du participant-e.

## **2.2 Analyse des données**

### **2.2.1 Outils informatiques**

Les entretiens ont eu lieu en visioconférence (sauf un, en présentiel) et ont été enregistrés en audio puis transcrits à l'aide d'un logiciel de transcription : NVivo Transcription (QSR International, Melbourne, Australie). Les transcriptions anonymisées ont été analysées dans Word (Microsoft).

### **2.2.2 La théorie ancrée**

Nous avons employé une méthode inductive, la théorie ancrée (Grounded Theory), largement validée dans le domaine des sciences sociales depuis les années 1970. Historiquement, la Grounded Theory est une approche sociologique, reliant la structure des récits à des processus sociaux, en décrivant les conséquences produites par des phénomènes sous-jacents et des interactions sur l'expérience individuelle. La Grounded Theory repose sur l'« interactionnisme symbolique », qui est un courant de pensée sociologique d'origine américaine fondé sur l'idée que la société est le produit des interactions entre les individus. L'interactionnisme s'attache

à décrire l'impact des interactions et des décisions collectives dans les pratiques des personnes. Toutefois, il est à noter qu'il n'est pas indispensable d'observer directement des acteurs pour décrire de manière interactionniste leurs pratiques. Dans le cadre de la Grounded Theory, il est possible de partir d'une grille d'entretien existante et de la faire évoluer dans le cours de l'enquête en fonction des analyses.

## **2.3 Aspects éthiques et réglementaires**

### **2.3.1 Ethique**

Cette étude a reçu un avis favorable, n°21-866, le 07 décembre 2021, du Comité d'Evaluation Ethique de L'INSERM (Annexe 2 : Avis favorable du Comité d'Evaluation Ethique de l'Inserm). Cet avis concernait le protocole de recherche et la fiche d'informations destinée aux potentielles participant-es. La fiche d'information est consultable en annexe (Annexe 3 : Information et consentement).

### **2.3.2 Conflits d'intérêt**

Il n'y a pas de conflit d'intérêt à déclarer. L'étude n'a bénéficié d'aucun financement.

## **3 : Résultats**

---

### **3.1 Participant-es**

Nous avons reçu 18 personnes en entretien individuel, dont un seul a été réalisé en présentiel. Parmi les participant-es, la majorité étaient des femmes et il y avait une minorité de personnes non binaires et d'hommes. Les participant-es avaient entre 20 et 49 ans. Le recrutement a été fait selon 3 modes : 8 personnes ont été recrutées dans mon cercle social, 7 ont répondu à des appels à participer sur des groupes militants féministes sur Facebook, et 3 ont été recrutées par effet boule de neige. 16 participant-es avaient fréquenté l'enseignement supérieur, dont 13 avaient atteint au moins le 2<sup>e</sup> cycle. Au moment de l'entretien, 12 participant-es occupaient un emploi rémunéré et 2 participant-es étaient étudiant-es.

### **3.2 Bien vivre dans un corps mal vu**

#### **3.2.1 Etre gros-se c'est le savoir**

Les participant-es savaient tous-tes qu'ils étaient gros-ses avant même qu'on le leur dise. Il est impossible d'échapper à la connaissance de sa propre grosseur car elle est sans cesse rappelée à la conscience par l'environnement. Même si c'est souvent le poids qui est mis en avant, c'est d'abord la surface, le volume et la corpulence qui semblent conditionner les expériences des personnes grosses. Une participante a par exemple dit « je suis grosse parce que mon corps prend plus de place » E8. Encore fallait-il expliciter : plus de place que qui ? Plus de place que quoi ? Plus de place qu'on aurait le droit de prendre ?

La définition de la grosseur semble non consensuelle parmi les personnes se sentant caractérisées par l'adjectif « gros-se ». Toutes les personnes ayant participé à l'étude se sont senties caractérisées par l'adjectif « gros-se » à un moment ou un autre de leur vie. En effet, c'était le critère principal d'inclusion. Mais toutes n'en ont pas donné les mêmes définitions.

Certaines personnes ont tout de suite posé le seuil de la grosseur comme l'état corporel à partir duquel elles ont été la cible de grossophobie. Les agissements étiquetés grossophobes étaient parfois très explicites, par exemple une participante a évoqué des situations répétées sur son lieu de travail : « [ma cheffe] disait aux autres, à mes collègues, de surveiller ce que je mange » E1.

D'autres personnes ont évoqué le fait de se savoir différent-e, voire anormal-e, que ce soit en termes de standards esthétiques, médicaux ou industriels. Concernant la norme médicale, un participant a ri en disant « Je pense que ce n'est pas les critères de l'OMS que vous voulez que je vous sorte ? » E16, puis a évoqué la norme esthétique : « Vous avez un canon de ce que doit être le corps et que dès que ça s'écarte de cette ligne... Mais après, il y a des gens qui sont plus ou moins tolérants à l'écart » E16. Cette prise de conscience de sa différence arrive souvent assez tôt dans la vie des personnes grosses et est souvent accompagnée d'anxiété. Elles connaissent en fait déjà ces normes avant d'être grosses. Une participante a évoqué la norme médicale. Elle avait appris ce qu'était l'IMC dans un magazine jeunesse quand elle était adolescent-e. Elle se souvenait avoir rapidement calculé son IMC et cherché sur la courbe où son corps se situait : « il y avait eu un numéro "L'IMC qu'est-ce que c'est ?" Le poids, machin... Et il y avait une courbe, une courbe d'IMC, tu pouvais calculer ton IMC et voir où tu

étais sur la courbe. Ça met à peine la pression (rires). Je suis normal ou pas ? Je suis gros ou pas ? A l'époque je n'étais pas du tout en surpoids ni rien » E9.

Dans plusieurs entretiens transparaisait le sentiment d'être persona non grata, de ne pas avoir droit de cité. Cette sensation était liée à un vécu hostile de l'environnement. Plusieurs participant-es ont évoqué l'inadéquation entre leurs corps et des objets fabriqués pour contenir des corps, mais qui ne parviennent pas à contenir leurs corps à elles ou eux, parfois jusqu'à occasionner des douleurs. Une participante a parlé de ses soucis dans les transports : « dans les trains, les avions [...] je suis toujours un tout petit peu trop large pour les sièges [...] généralement [les accoudoirs] reposent sur ma cuisse, tu vois ? Pas beaucoup, mais [...] j'ai toujours l'accoudoir sur le bord de la cuisse. – Et c'est douloureux ? – Ca peut l'être » E8. D'autres participant-es ont par exemple cité les magasins de vêtements prêt-à-porter, dont la plupart des grandes enseignes ne proposent pas de vêtements à leurs tailles. Une participante a parlé de son sentiment d'exclusion quand elle n'a pas trouvé de pantalon de grossesse à sa taille « Ce fameux pantalon que je n'ai pas eu le droit d'avoir parce que [...] je fais du 54 » E13. Ce vêtement était à ses yeux un outil extrêmement utile dans le début de sa parentalité, dont elle a été privé-e : « Les rayons grossesse de tous les magasins que j'ai pu faire, et en allant en ligne sur les sites de tous les magasins que je connaissais, le rayon grossesse, leur rayon grandes tailles, entre guillemets, c'est du 46, de mémoire. Ou 48 peut-être. [...] Et les rayons grande taille, ceux qui vont plus loin, n'ont pas de pantalon de grossesse. Aucun » E13. Cette personne percevait même une interdiction implicite de se reproduire venant de l'industrie des vêtements prêt-à-porter. « Les magasins doivent prendre conscience que le message qu'ils envoient, en gros [...] c'est que si tu es gros, tu ne dois pas te reproduire » E13.

En somme, des participant-es ont eu la sensation de ne pas avoir le droit d'exister dans leurs corps, au risque d'avoir mal ou d'être exclu-es, avant même qu'autrui leur ait adressé la parole.

De nombreux-ses participant-es ont décrit les indices, plus ou moins subtils, laissés par leur entourage, volontairement ou non. Une participante a décrit comment une amie l'a « regardée avec de grands yeux, l'air de dire "la vache !" » E1 après qu'il a pris du poids, en ajoutant « Je pense qu'elle ne voulait pas avoir ce regard-là, mais elle n'a pas pu s'en empêcher. Et je l'ai vu » E1. Une autre a dit « J'ai eu des remarques quand j'ai pris du poids. Je mangeais plus. J'avais des remarques de mes parents "tu manges beaucoup, tu vas le regretter, après" » E9. Et il semble y avoir souvent la volonté de révéler quelque chose à la personne grosse, de lui ouvrir les yeux ou de la secouer, pour qu'elle prenne enfin la mesure de sa grosseur, comme si être gros-se était un problème à résoudre. Une participante a dit avoir la sensation d'être harcelée au sujet de son poids tellement on lui en parlait souvent. Depuis son enfance, ses parents et ses éducatrices lui rappelaient régulièrement qu'elle était grosse, à tel point qu'elle se demandait « Y a-t-il quelqu'un qui voit autre chose, au-delà de ça ? [...] c'est quand même lourd [...] tu vois ? Tout le temps, tout le temps » E1.

Les corps des personnes grosses et leur alimentation semblent être des objets qu'on a le droit de commenter, et pas uniquement dans l'entourage des personnes grosses. De parfait-es inconnu-es peuvent se sentir légitimes d'aborder le sujet de la grosseur de leur interlocuteur-ric. Une participante avait commandé un taxi. La chauffeuse, qu'elle ne connaissait pas, l'a accueillie dans le véhicule en lui disant « t'inquiète, moi j'ai appris à faire maigrir tout le



monde, tout mon entourage ! » E1 comme s'il s'agissait d'un exploit digne d'applaudissements.

On pourrait se demander pourquoi de si nombreuses personnes tiennent absolument à informer les personnes grosses de leur grosseur et à leur proposer des conseils non sollicités.

### **3.2.2 Etre gros-se, c'est entendre qu'on est moche, malade, malheureux-se et mauvais-e**

Peu de participant-es ont été confronté-es à des propos rapprochant de manière explicite grosseur et laideur. Ce genre d'opinion tendait plutôt à être exprimé en creux. Par exemple, un participant passait une agréable soirée, quand un ami lui a demandé s'il avait pris de bonnes résolutions pour le nouvel an : « c'est très simple, ma bonne résolution, c'est de ne pas prendre de bonnes résolutions, et il me dit "quand même : maigrir ! Pour être beau !" » E16. Il avait ressenti un fort agacement à ce moment : « Je n'ai pas voulu lui rentrer dans le lard directement, mais j'ai quand même fait quelques petits recadrages » E16. Son ami lui avait quasiment gâché sa soirée. Une autre participante disait difficilement supporter les effets néfastes sur sa confiance en soi du jugement d'autrui sur son corps : « ça me fâche que ce soit, que je me sente mal à cause d'un regard extérieur » E9.

La plupart des participant-es ne se sentaient pas malades, ou en tout cas pas à cause de leur grosseur. Et en même temps, ils et elles comprenaient que leur perception de leur état de santé était différente de comment autrui pouvait l'évaluer. Une participante expliquait avoir du mal à s'y retrouver entre les représentations collectives d'une bonne santé et son vécu de son corps. C'est comme s'il y avait une définition plus légitime qu'une autre de ce que devait être une bonne santé. « Entre ce que la société pense, ce que mes proches pensent, ce que

mon médecin pense, ce que je lis, ce que j'entends, ce que je vois, ce que moi je pense... Ça se brouille un petit peu. Et j'aurais tendance à dire que c'est pas une maladie, mais que c'est perçu par la société comme une maladie. Et du coup, ça peut être vécu comme une maladie. On nous fait vivre comme une maladie, mais ce n'est pas forcément ce qu'on aurait pensé dans un autre type de société. Je n'ai pas l'impression que ce soit quelque chose que, moi, j'aurais voulu comme ça. Mais c'est quelque chose qu'on m'impose comme ça. Je sais pas » E6.

Il semblait qu'autour de plusieurs participant-es, le discours ambiant corrélait grosseur et vie malheureuse. Encore une fois, ce n'était pas dit explicitement, mais c'était ce qu'avait déduit une participante : « je rencontre des gens [...] qui me disent que mon corps n'est pas normal et que c'est bien que je le fasse (une chirurgie bariatrique) et que je vais retrouver une vie normale, être heureuse et épanouie » E4. Comme si, finalement, l'amaigrissement était la condition *sine qua non* pour accéder au bien-être.

L'entourage familial, amical et professionnel joue un rôle important, par la parole ou en montrant l'exemple, dans la délimitation de ce qui est souhaitable ou non. Plusieurs participant-es ont parlé des messages, explicites ou implicites, de leurs familles concernant la grosseur et les images qu'elles y associaient. Dans une famille, la grosseur semblait associée à des traits de caractère inacceptables moralement comme l'hédonisme et l'incivilité. Ainsi, une participante a rapporté des propos d'un des ses parents « T'étais pas comme ces gens mal éduqués qui se ruent sur la nourriture et qui mangent n'importe quoi » E9. Ces connotations négatives allaient parfois jusqu'à la notion de péché qui appelle un châtement, évoquée avec ironie et beaucoup de rire : « c'est bien, l'ascétisme, tu vois ? [...] Je sais pas. [...] Est-ce que

c'est pour éviter de tomber dans le péché de gourmandise ? [...] Enfin tu vois, t'es pas sur Terre pour kiffer ta life, hein ! C'est pour ça qu'Adam et Eve ont été jartés du jardin d'Éden ! » E9

### **3.2.3 Négocier son droit à vivre gros-se**

De nombreux-ses participant-es ont assuré bien vivre leurs corps et bien vivre *dans* leurs corps. Ce bien-être prenait ses origines dans plusieurs domaines de leurs vies.

Il y avait d'abord, pour plusieurs participant-es, le besoin de faire la paix avec leurs corps, après une période de haine et de sentiments auto-destructeurs : « Pendant longtemps, j'avais envie de prendre un couteau et de me retirer des parties de moi, une partie de peau que je trouvais superflue. C'est une pensée hyper violente et destructrice » E6. Le chemin vers l'acceptation de son corps semblait non linéaire, comme quelque chose à négocier avec soi-même, un effort de chaque jour. Mais, corps accepté ou pas, ils et elles n'en auraient pas d'autre, de toute façon. Une participante y avait réfléchi ainsi, non sans en rire : « j'essaie d'accepter aussi mon corps parce que je suis condamnée à vivre dedans. [...] Il est comme il est. [...] Des fois, je me regarde, je me fais "bon quand même, la bedaine, là", voilà. Mais bon il y a des fois, je me dis "ça va" » E9. Il y avait aussi des craintes de perdre trop de poids si une prise en charge spécialisée était initiée, soit par peur de laidir, soit par peur de ne plus se reconnaître, soit par peur de perdre une ou des parties de soi : « J'étais obligée d'essayer de maigrir parce que je n'arrivais plus à marcher. Et j'avais une peur panique d'atteindre 60 kilos. [...] J'avais très peur de devenir moche. C'est bizarre mais du coup ça me faisait très peur et je ne voulais pas descendre autant parce que moi je m'aime aussi avec mes kilos, ils font un peu partie de moi, je suis habituée » E1.

Nous avons vu que pour plusieurs participant-es, le regard des autres pouvait être pesant. Mais le regard de l'autre peut aussi aider à reprendre confiance en soi. Une participante a mis l'accent sur son pouvoir de séduction : « je suis un peu au summum du poids que j'ai atteint dans ma vie, ben en fait ça ne m'empêche absolument pas de pécho<sup>5</sup> » E9. Un autre a surenchéri sur le pouvoir de séduction : « Il y a une vieille chanson de Marie-Paule Belle [...] très rigolote qui s'appelle "Où sont mes bourrelets d'antan?" [...] C'est l'histoire d'une femme qui raconte que quand elle était opulente, eh bien elle avait toutes les conquêtes amoureuses qu'elle voulait » E16. Et une autre participante semblait tirer une partie de sa bienveillance pour son corps de l'adéquation entre celui-ci et les goûts de son mari : « mon mari me préfère avec mes formes. Moi aussi, je me préfère avec mes formes » E5.

Pour certain-es, être gros-se n'était pas un obstacle à mener leur vie comme ils ou elles l'entendent. Une participante énumérait les activités dont elle était capable, comme autant de preuves qu'elle menait déjà la vie qu'elle voulait et qu'elle en tirait satisfaction : « Je vais à la piscine sans problème. J'ai fait un défilé de lingerie à cette période-là. Je suis pas complexée » E4.

Plusieurs participant-es ont exprimé leur désaccord quant à la notion qu'être gros-se c'est forcément être malade ou handicapé-e. Ils et elles ont dit que leur corps leur permettait de vivre pleinement et de mener leurs projets de vie à bien, et n'était pas un obstacle les contrariant dans l'organisation des vies qu'elles souhaitaient mener : « je peux continuer à

---

<sup>5</sup> Pécho : verlan de « choper », avoir une aventure.

courir, marcher. Je vais chercher ma fille, je m'occupe de mon enfant. J'ai une vie sociale avec mes amis, ma famille » E5.

Enfin, quelques participant-es ont expliqué que leur grosseur pouvait avoir une fonction, ou en tout cas qu'iels lui attribuaient une fonction. Par exemple, un-e participant-e a évoqué une fonction de protection : « Quand je vais pas bien, je prends du poids, comme une petite protection toute chaude qui me protège des difficultés de la vie. Quand ça va, je n'ai plus besoin de cette protection et elle disparaît. Et j'ai aussi le côté "hé ! C'est l'hiver, viens on se protège du froid" » E3.

### **3.3 Négocier avec la ou le médecin de l'orientation de la consultation**

#### **3.3.1 Subir une rengaine anxieuse et peu informative**

La question centrale de l'étude concernait la situation où une personne grosse a consulté un ou une médecin pour un motif de consultation autre qu'une prise en charge d'un surpoids ou d'une obésité, et que la ou le médecin a quand même abordé le sujet du poids.

Les personnes grosses savent souvent qu'elles sont grosses bien avant qu'un ou une médecin ne leur en parle. Pourtant, plusieurs participant-es avaient eu l'impression que leur médecin cherchait à leur révéler quelque chose : « Il y a ceux qui vont se dire "oui, si je lui dis ça, ça va peut-être lui faire un déclic et ça va la sauver" » E11. Dans leur vision des choses, la ou le médecin ne leur apprend rien en diagnostiquant un excès de masse grasse et en cherchant à le diminuer, sauf peut-être que le motif de recours aux soins ou la personne à l'origine de la demande de soins n'est pas légitime ou ne vaut pas la peine d'être traitée : « Ils te demandent

des trucs pour ne pas t'écouter » E1. « Une fois que j'avais mon diagnostic, la plupart des médecins que j'ai rencontrés ne connaissaient pas. Donc à chaque fois je dois même l'épeler. [...] Du coup je l'épelais, ils le notaient et ils me disaient qu'ils allaient se renseigner mais ça n'arrivait jamais » E2.

Un-e participant-e avait exprimé une lassitude de ne pas se sentir écouté-e. Iel avait l'impression que le trouble pour lequel iel consultait n'intéressait pas les médecins, et il en était de même pour son retour d'expérience après avoir pris les traitements prescrits. « Toutes les gynécos me pesaient et je vois pas le rapport. Faut qu'on m'explique en fait. Tu sais, quand je viens parce que j'ai un problème de mycoses récurrentes, j'ai eu ce problème un moment, c'était vraiment, vraiment, vraiment pénible. Du coup j'ai eu plusieurs gynécos différentes et ce qu'elles faisaient, toutes, c'est qu'elles me pesaient. Je sais pas pourquoi. Personne n'a réglé le problème des mycoses. [...] C'était chiant » E2

De nombreux-ses participant-es ont dit « se foutre » E10, « se ficher » E9, « n'en avoir rien faire » E16 de ce que le médecin pouvait dire au sujet de leur corpulence, puis tempèrent leurs propos. En effet, pour certain-es, aller en consultation médicale était aussi une manière de s'occuper de soi et de sa santé : « Je pense que je suis en train de prendre soin de moi, parce que j'ai des rendez-vous médicaux » E6. D'autres accordaient beaucoup d'importance à la relation avec leur médecin et tentaient d'améliorer la qualité de cette relation : « Quand on ne s'entend pas avec son médecin, c'est compliqué. Par exemple avec mon médecin traitant on ne s'entend pas des masses, je ne peux pas beaucoup le saquer (*rires*) et je mets un point d'honneur à chaque fois que je viens le voir de le faire rire » E1.

Plusieurs participant-es vivaient avec des maladies chroniques comme la sclérose en plaques, l'endométriose ou encore le diabète. Les parcours diagnostiques puis de suivi au long cours étaient contraignants et nécessitaient de nombreux rendez-vous avec des médecins différent-es. Souvent, dans ces prises en charge, chaque médecin abordait le sujet du poids à au moins une consultation. Il ne semblait pas y avoir de concertation entre elles ou eux pour qu'un ou une seul-e médecin centralise tout ce qui a trait au poids. La dynamique qui prévaut dans le quotidien des personnes grosses se rejoue ainsi dans les soins : des sollicitations incessantes au sujet de la grosseur menant à une saturation cognitive et émotionnelle des personnes grosses. « Ben ça finit par cumuler, parce que je dois voir des médecins au moins deux fois toutes les semaines, mais des médecins différents. Oui, quand tu fais le premier rendez-vous le lundi, et que, après, le jeudi, tu t'es toujours pas remis du premier rendez-vous, parce que je n'ai pas eu le temps de mettre les choses à plat, je suis encore à chaud, ben y a le rendez-vous du jeudi qui s'accumule. Après, pendant le weekend au lieu de te détendre, de machin, d'analyser, la semaine d'après ça recommence. Du coup, perpétuellement tu y repenses » E5.

Une participante s'était régulièrement senti humiliée et disqualifiée par différent-es médecins assurant sa prise en charge. En début d'hospitalisation en clinique spécialisée pour perdre du poids, elle devait se rendre à pied d'un bâtiment à l'autre pour une consultation d'accueil : « J'étais fatiguée, c'était le soleil, ça faisait hyper longtemps que je n'avais pas marché. J'arrivais plus à marcher, je faisais trois pas et j'étais à deux doigts de m'évanouir. Et j'arrive chez le médecin. Il me fait "vous êtes en retard !" [Je réponds] "Ben je suis désolée je suis fatiguée". [Il dit] "Ben oui c'est parce que vous êtes grosse !" » E1. Elle avait ressenti de la colère et s'était imaginé répondre « Et je suis là pourquoi ? » E1 sèchement ou avec ironie. En effet, si

elle n'avait pas été grosse, elle n'aurait pas été admise dans cette clinique spécialisée dans la prise en charge des personnes grosses.

Parfois, des participant-es ont pris peur devant un discours ou une attitude médicale maladroite vécue comme alarmiste. Un participant avait consulté un médecin en cherchant à se faire aider pour arrêter de fumer du tabac. « Et là il me demande ce que je fume, combien je fume. Alors je lui dis. Il me dit "Quoi ?!" Il compte en paquets-années. Et là il me dit "Mais vous vous rendez compte ? Je n'ai jamais vu ça !" Donc je dis "Mais quoi, docteur, vous êtes en train de me dire que même si j'arrête..." alors avec un air vraiment catastrophé, dépité, comme s'il voyait venir un Martien, "donc, vous êtes en train de me dire que même si j'arrête, je vais en crever, c'est ça ?" Et là, il me regarde et il me fait : [*hochement de tête, confirmation gestuelle*] [...] il m'a quand même fait flipper. Je me sentais mal, je me sentais gêné, honteux » E16.

D'autres fois, des participant-es ont pu sentir un empressement de la ou le médecin de remettre le poids sur le tapis, presque de manière opportuniste, au détour d'une consultation. C'est comme si la ou le médecin avait pu enfin accaparer la ou le patient-e et lui poser une question qui lui brûlait les lèvres : « Je me souviens d'une fois où je suis venue parce que j'avais hyper mal à la gorge. Je crois que j'avais une angine. Et directement il m'a dit "au fait, vous avez réglé votre problème de poids ?" l'air de rien dire. On sentait qu'il voulait poser la question depuis un moment. Ça ne fait pas plaisir. Je viens juste pour mon angine, arrête » E1. La remarque semble maladroite car, si la personne avait effectivement changé de corpulence, ce serait visible. Il y a une maladresse à questionner de manière apparemment ingénue une personne sur une caractéristique physique évidente. Par ailleurs, le poids est énoncé comme



un problème en soi, peut-être que la participante en a déduit, par extension, que son corps était un problème, voire qu'elle-même était un problème.

De nombreux-ses participant-es ont dit avoir souvent repensé à ces expériences désagréables chez la ou le médecin, jusqu'à parfois plusieurs années après. Pour certain-es, cette accumulation d'expériences désagréables rendrait les consultations médicales à venir encore plus anxiogènes, à tel point que tout le travail autour de l'acceptation de son propre corps pourrait être perdu : « J'y ai souvent pensé. C'est... C'est un stress maintenant d'aller chez le médecin. [...] C'était il y a 10 ans, mais j'ai mis trop de temps à m'accepter pour qu'on me le remette dans la figure » E11.

Des participant-es ont évoqué des expériences en consultation médicale de suivi de perte de poids. Assez souvent, des participant-es ne se sont pas senti-es valorisé-es pour les efforts qu'ils avaient fourni, mais au contraire que, quels que soient les efforts faits pour perdre du poids, ce ne serait jamais assez aux yeux de leurs médecins. Une participante se sentait même obligée de se justifier face à certaines réactions de son médecin traitant : « Une fois je lui ai dit que j'avais perdu du poids, et il m'a regardé avec l'air de dire "ah ben purée" » E1, comme si le médecin n'en croyait pas un mot.

Aucun-e participant-e n'a changé ses pratiques par rapport à son corps ou son poids à la suite d'une consultation médicale vécue comme culpabilisante ou humiliante. Au contraire, plusieurs participant-es ont évoqué une dégradation de la qualité de leur alimentation après ce genre de consultation. Ces dégradations étaient tantôt des phases d'anorexie purement restrictives, tantôt des phases d'hyperphagie boulimique : « La dernière fois, le dernier truc

c'était le chirurgien (de chirurgie réparatrice) qui m'avait dit de perdre 10 kilos (*avant la chirurgie du tablier*), ça m'a déclenché une phase d'anorexie » E11.

« Quand je vais à l'hôpital pour ma perfusion [...], on parle toujours du poids. Mais je me sens harcelée. En général en sortant je vais manger un Mcdo, ou un KFC ou un grec ou ce que tu veux qui pourrait être gras et qui me rendrait malade [...] C'est comme si, avant, ça devenait une obsession. Il faut que je le fasse. C'est vraiment l'avant. Après quand je commence à manger je n'ai plus vraiment de plaisir mais je continue parce que j'attends d'avoir le plaisir mais il ne vient jamais de toute façon » E1.

### **3.3.2 Développer des stratégies pour avoir plus de contrôle sur le déroulement des consultations**

Quand on va chez la ou le médecin, on a souvent un objectif précis : un renouvellement de dossier MDPH ou ALD, le suivi d'une maladie chronique et ses traitements, la prise en charge de symptômes aigus... Etre gros-se ne dispense pas de remplir ces objectifs, mais il faut composer avec l'intérêt, voire l'obsession parfois, de son médecin pour sa grosseur : « Tous les médecins, ils se sentent investis d'une mission sacrée » E1. Des personnes grosses peuvent aussi consulter tout simplement parce qu'aller chez le médecin, c'est aussi s'occuper de sa santé et son bien-être : « Je pense que je suis en train de prendre soin de moi, parce que j'ai des rendez-vous médicaux » E6.

Une participante avait par exemple pris la peine d'élaborer un mensonge à raconter à son médecin traitant pour endormir sa vigilance, qu'elle appelait une « disquette » : « c'est un mensonge. Quelque chose pour qu'il ait l'impression d'avoir fait son travail, et que j'avance [...] T'es obligée de mentir pour qu'on te laisse tranquille » E1. Pour autant cette participante

n'était pas satisfaite de sa stratégie de dissimulation. Elle trouvait « malheureux » de devoir recourir aux disquettes, et en même temps s'y sentait « obligée ». Et ce qui semblait l'y inciter, encore plus que la recherche de sa propre tranquillité, c'était que ses médecins la félicitaient pour ses progrès et semblaient satisfait-es d'avoir rempli une mission d'intérêt public : « A chaque fois que je leur sors une disquette "j'ai commencé à perdre du poids, je suis suivie régulièrement, je vais aller 3 semaines en clinique", ils me disent "c'est super, je suis avec vous, vous allez vous en sortir". Ils ont l'air contents quoi. Comme s'ils avaient le sentiment d'avoir fait leur travail » E1. La joie des médecins est perçue comme une joie égoïste, une auto-satisfaction, mais certainement pas comme un souci pour autrui, comme une bienveillance. La participante avait l'impression qu'il y avait une inversion des rôles, où c'était à elle de rassurer ses médecins, et que personne ne venait la rassurer à son tour : « Ils se sentent tellement bien, toi tu te sens pas bien du tout, mais eux se sentent tellement mieux. C'est incroyable » E1. Elle sentait que si elle parvenait à rassurer les médecins, à les aider à « dormir la nuit », ils et elles seraient plus à même d'entrer en relation avec elle et de l'aider, et de même avec d'autres patient-es : « Je me dis que ça lui fait plaisir, qu'il est content. Il ressentira de la joie, pour aider d'autres patients. [...] Je me dis qu'il sera peut-être plus gentil à l'avenir, peut-être plus gentil avec moi ? Et on sera en bonne relation » E1. Parce que, malgré toutes les difficultés de communication avec ses médecins, avoir une bonne relation avec elles et eux était primordial.

Quelques participant-es employaient une stratégie d'évitement des soins : « Honnêtement, si je vais chez le médecin, c'est qu'il faut que j'y aille. Je vais pas chez le médecin. [...] J'ai un centre de santé pas très loin. Je pourrais. Est-ce que je le fais ? Non » E9. En effet, si la

fréquence des consultations diminue, la fréquence des consultations désagréables diminue aussi, mécaniquement.

La première consultation avec un nouveau médecin était souvent anticipée avec anxiété. Il y avait une phase de préparation mentale, avec parfois une projection des questions possibles, des stratégies de régulation émotionnelle à adopter avant et pendant la consultation. Une participante avait sollicité l'aide de sa sœur, grosse aussi : « c'est ma sœur qui arrive plus ou moins à me rassurer en me disant "de toute façon, le rendez-vous, tu sais ce qui va se passer, tu sais ce qu'il va te dire et tu sais ce qu'il va devoir faire... tu vas devoir faire après", mais voilà c'est toujours une appréhension » E5.

Un-e autre participant-e a tenté de prendre les médecins à leur propre jeu, en utilisant des arguments médicaux. Comme ses résultats d'analyses biologiques étaient normaux, iel n'était pas malade, et surtout pas à cause de son poids, et donc iel n'avait pas besoin de perdre du poids pour être en meilleure santé, vu que sa santé était déjà bonne : « Je fais très souvent des analyses sanguines et j'ai des bonnes analyses sanguines. J'ai pas de cholestérol, de triglycérides... Ca va bien en fait [...] Tu vois, je vois pas, il n'y a pas de raison de me dire de perdre du poids, de faire de l'exercice physique [...] Mes analyses sanguines montrent que je suis en bonne santé » E2.

D'autres participant-es préféraient changer de médecin s'il y avait besoin de plusieurs consultations, jusqu'à enfin trouver un ou une professionnelle qui leur convienne. Ce qui était ennuyeux, c'est que le fait de changer de médecin ne favorisait pas la résolution du motif de consultation : « Il y a des médecins je vais plus les voir. Déjà de voir un médecin, s'il me parle

de mon poids, je vais pas y tenir. Et oui ça influence forcément parce que celui qui ne va pas m'en parler, je vais y retourner. Et je vais me sentir beaucoup plus libre. Mais celui qui m'en parle, j'y retourne pas et je suis obligée de refaire une démarche médicale pour régler le problème » E11. Certaines situations tendaient vers le nomadisme médical : « J'ai fait littéralement tous les médecins généralistes de mon quartier » E2.

Et quitte à changer de médecins, autant mieux les choisir et limiter le risque d'avoir de nouvelles expériences désagréables. Quelques participant-es se fiaient soit aux retours d'expérience dans leur entourage, soit à des listes collaboratives disponibles en ligne de soignant-es avec lequel-les d'autres personnes grosses ont eu de bonnes ou de mauvaises expériences. Mais le résultat n'était malheureusement pas toujours celui escompté : « Ce connard de médecin, il m'avait été conseillé par une amie comme étant quelqu'un de très bien. [...] Mais donc si vous voulez, voilà : même s'il y a quelqu'un qui est bien pour quelqu'un d'autre... » E16.

Il y avait là aussi un cheminement chez plusieurs participant-es qui, avec l'âge, se sentaient de plus en plus légitimes à choisir qui les soignerait et comment : « C'est là que je me suis dit ben non en fait, c'est plus possible, maintenant si aujourd'hui un médecin me refait ça, je vais pas le revoir ». Ce sentiment de légitimité prenait souvent sa source dans la colère, quand des participant-es avaient senti que leur médecin avait franchi leur seuil de tolérance. Néanmoins, leur stratégie de riposte se limitait à ne pas reconsulter la ou le médecin. De nombreux-ses participant-es auraient voulu répondre sèchement ou avec sarcasme, mais aucun-e ne s'était autorisé-e à le faire.

### 3.3.3 Rendre possible une communication ouverte autour du poids

Un thème récurrent était l'envie que la ou le médecin reste dans le champ de compétences, champ qui ne comprendrait pas le poids, selon les participant-es : « Pour l'instant, ça se passe bien. Quand je vais la voir pour le diabète, elle me parle de diabète. Ya pas de... elle sait c'est quoi son taf. Elle ne va pas me parler de mes crises d'épilepsie alors qu'elle n'est pas neurologue. Elle est diabétologue, elle parle de diabète » E5 et n'a pas abordé la question du poids, perçue comme généraliste, à chaque opportunité : « ils vont pas faire de zèle... Voilà qui ne va pas s'attarder sur ça. Si on en parle, on en parle, et si on n'en parle pas, ben c'est pas grave » E11.

Bien que de nombreux-ses participant-es auraient préféré éviter une discussion sur leur poids quand ils ou elles consultaient pour autre chose, parler du poids n'était pas un problème en soi pour la plupart des participant-es. Mais il ressortait des entretiens que les participant-es avaient certaines attentes, et qu'ils et elles trouvaient qu'il y avait de bonnes et de moins bonnes manières de parler du poids

Les participant-es exprimaient l'attente qu'une relation de confiance précède la discussion sur le poids. Ils et elles estimaient qu'une telle relation ne pouvait être établie qu'au fil du temps, après plusieurs consultations. Pour elles et eux, la confiance accordée à leur médecin n'allait pas de soi, mais était méritée : « Je pense que c'est pas une question qu'on peut... Enfin déjà il faut un contexte et tout. Poser d'autres questions avant. Pas y aller de but en blanc. [...] Je pense qu'être trop direct c'est... on sait pas trop quoi répondre. Je pense, on le vit mal » E2 E. Il y avait aussi l'attente que les médecins prennent en compte l'environnement culturel et

social dans lequel vivent les patient-es : « Surtout je pense quand, pour des femmes, comme il y a énormément de standards de beauté qui font qu'on devrait être presque en sous-poids tout en ayant des seins et des fesses énormes. Du coup c'est dur quoi de nous demander notre poids, alors qu'on peut être obsédé à ça » E2 et les éventuels antécédents de troubles des conduites alimentaires : « il y a des gens [...] qui vont se peser tous les jours, ou qui ne veulent pas se peser, comme moi » E2.

Les participant-es s'accordaient à considérer que les médecins ne constituent pas un ensemble monolithique, et concédaient que les capacités d'écoute n'allaient pas de soi, avec une variabilité inter-médecin : « T'as les gens qui sont beaucoup plus psychologues » E11, et que certain-es étaient prêt-es à regarder au-delà du poids pour lui-même, dans le but de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents à la prise de poids : « qui vont essayer de comprendre la racine du problème » E11. Ainsi, certain-es participant-es estimaient que l'intérêt du médecin ne devait pas porter sur la réduction du poids, mais sur l'origine du surpoids

Des participant-es ont dit préférer la question du rapport au corps à la question du poids en lui-même. Un-e participant-e avait suggéré de laisser de côté le poids pour lui-même et de préférer aborder les variations de poids et leur impact sur la personne : « Demander peut-être si on a eu des changements de poids récemment. Si on a perdu, pris du poids, beaucoup. Est-ce que ça nous a affectés ? Est-ce que ça, est-ce qu'on a ressenti ça négativement, positivement, le fait de perdre ou de prendre du poids ? Comment on pense que c'est arrivé ? Là peut-être que ça peut aider » E2.

D'autres préféraient que la ou le médecin les laisse ouvrir le sujet du poids, soit parce qu'ils sentaient qu'ils maîtrisaient plus la consultation, soit parce qu'ils voulaient d'abord s'assurer qu'ils pouvaient faire confiance au médecin avant d'aborder ce sujet épineux : « Celui qui m'a opéré, lui, il l'a fait en toute bienveillance, en me disant, c'est moi qui lui ai posé la question, il m'a dit « Il faut que tu maigrisses mais je te le dis pas, t'es pas prête à l'entendre. Donc je te laisse faire. Et puis quand tu seras prête, tu le feras » E11. On note ici aussi le respect de la temporalité de la ou le patient-e et de son cheminement, qui ne coïncide pas toujours avec la temporalité médicale.

Les participant-es appréciaient aussi que la ou le soignant-e respecte et renforce leurs choix de stratégie de perte de poids, et apporte un soutien concret à une initiative qui est la leur : « J'étais arrivée déterminée en lui disant que je ne compte pas faire d'opération, que je vais perdre du poids naturellement, même si ça prend du temps. Et elle était entièrement d'accord avec moi. Elle m'a dit "vous avez l'air déterminée, je suis d'accord avec vous, vous suivez vraiment une vraie idée, je vais vous aider". Là je me suis sentie vraiment aidée » E1.

Plusieurs participant-es ont dit préférer quand la ou le médecin « tendait une perche » ou « ouvrait une porte » ou une brèche, et leur laissait la liberté de poursuivre ou non la conversation dans cette direction.

Il y avait aussi de petites choses qui faisaient la différence lors de la pesée : « Elle aurait pu proposer de base, au tout début, de me dire "si vous voulez je vous cache le chiffre et y a que moi qui le note" » E2. Les encouragements et les félicitations étaient appréciées en elles-mêmes et aussi pour leurs vertus déculpabilisantes : « Ma dernière gynéco, quand elle me



pesait, qu'elle voyait que je stabilisais avant l'opération, elle était toujours contente. Elle me disait "je sais que tu fais des efforts, que c'est pas de ta faute". Elle disait "c'est des morphologies... c'est pas ta faute. Je connais des patientes qui sont très maigres et qui mangent tout le temps, toi tu dois pas manger beaucoup... c'est pas ta faute, tu fais les choses"

» E11. Les effets bénéfiques se ressentaient aussi sur l'après-consultation pour une autre participante : « elle m'a vraiment aidée. En rentrant, je n'ai pas voulu manger un fastfood. J'ai mangé un morceau de poisson avec un peu de riz. J'ai été vraiment aidée » E1.

En termes de prise en charge, la préférence allait aux stratégies de médecine personnalisée qui prenaient en compte la personne dans sa globalité et avec son histoire et son parcours. Le poids n'était plus un problème hors du temps. Il venait s'inscrire dans une continuité et sa résolution dépendait de l'intégration de la stratégie dans cette continuité : « Mon ancien médecin traitant aussi [...] c'était génial. Quand je lui avais dit que je voulais me faire opérer, j'ai dit au début que je voulais voir une diététicienne pour maigrir. Il m'avait demandé mon parcours, ce que j'avais déjà fait auparavant » E11.

## 4 : Discussion

---

### 4.1 Points forts et axes d'amélioration

Des facteurs favorisant la prise de poids existent. La HAS les rappelle dans ses recommandations (1) de 2011 : apports énergétiques excessifs, sédentarité, arrêt ou réduction de l'activité physique et sportive, arrêt du tabac non accompagné de mesures adaptées, consommation d'alcool, prise de certains médicaments, facteurs génétiques et antécédents familiaux d'obésité, antécédents d'obésité dans l'enfance, grossesse, ménopause, troubles du comportement alimentaire, troubles anxio-dépressifs et périodes de vulnérabilité psychologique ou sociale, facteurs professionnels, diminution du temps de sommeil. Nous n'avons pas traité dans cette étude de ces facteurs favorisants car l'objectif était autre. Nous voulions explorer les facteurs qui pouvaient avoir une influence sur le vécu de l'abord du poids en consultation pour les personnes grasses, notamment lorsque le motif de consultation ne concernait pas directement le poids.

La nature qualitative de l'étude ne permet pas d'établir de lien de causalité. Mais nous avons pu explorer un certain nombre d'expériences qui font écho à de la littérature des sciences sociales et de psychologie. Si on se place dans le contexte de consultation médicale comme un contexte de communication interpersonnelle, notre travail suggère peut-être des outils utiles aux médecins, en dehors de tout lien de causalité.

Très peu d'études ont cherché à explorer le vécu des personnes au moment de parler de leur poids en consultation médicale, quelle que soit leur corpulence. L'étude présentée ici a le mérite d'avoir directement interrogé des personnes grasses (ou anciennement grasses) à ce sujet.

Nous avons reçu 18 personnes en entretien individuel. L'échantillon n'avait pas vocation à être représentatif des personnes majeures et grosses vivant en France. Une caricature de la ou le participant-e moyenne à cette étude était une femme ayant entre 20 et 39 ans, ayant fréquenté le 2<sup>e</sup> cycle de l'enseignement supérieur et ayant une activité rémunérée, même si seulement 4 participantes relevaient à la fois de ces 4 catégories. Cette faible diversité des profils recrutés peut s'expliquer par les méthodes de recrutement. En effet, nous avons d'abord recruté des personnes de notre entourage, puis nous avons publié des annonces sur des groupes militants féministes sur Facebook que nous fréquentions déjà. Toutefois, l'échantillon était constitué de personnes de classes sociales, de trains de vie, de lieux de naissance et de cultures variées. Il était intéressant de voir comment certaines dimensions du « vivre gros-se » transcendaient parfois les appartenances des participant-es, comme par exemple les attitudes face aux médecins.

La publication d'invitation a peut-être pu orienter certaines participations ou non-participations. En effet, elle ciblait une situation précise : celle où une personne qui se retrouve dans l'adjectif « gros-se » consulte un ou une médecin et où son poids est abordé en consultation alors que celui-ci n'est pas le motif de consultation. Peut-être que les personnes pour qui il n'y avait pas eu de mal-être associé à ce type de consultation ne se sont pas senties légitimes de témoigner, et/ou que seulement les personnes qui avaient eu des expériences désagréables s'étaient motivées à témoigner. En effet, pourquoi se soumettre à un interrogatoire d'une heure et demi si on n'a rien à dénoncer ?

Enfin, il n'est pas exclu que des réponses aient pu être au moins partiellement induites par des questions orientées.

## **4.2 Comparaison des résultats avec la littérature**

### **4.2.1 Montez sur la balance ! Vécu de l'abord du poids en consultation de médecine générale**

Nous n'avons trouvé qu'une seule étude qui avait directement interrogé des patient-es sur leur vécu de l'abord du poids en consultation médicale. Il s'agissait de l'étude « Montez sur la balance ! » (7) qui a exploré les modalités d'abord du poids en médecine générale et le vécu des patients adultes, quel que soit leur statut pondéral et leur motif de consultation. Il s'agissait d'une étude mixte, reposant sur une observation directe des consultations et des entretiens menés en parallèle à l'issue des consultations. Tout comme dans notre étude, la pesée était parfois mal vécue par les patient-es. Au contraire, la discussion provoquait une réflexion sur un possible changement de comportement, alors que nos participant-es ont dit préférer que le poids ne soit pas abordé, ou alors que la ou le médecin attende que la ou le patient-e l'aborde en premier avant de creuser le sujet. Les deux populations de participant-es ont pointé l'importance de la relation de confiance les liant à leur médecin et du contexte de la consultation. Le caractère intime de la perception du poids a aussi été souligné dans les 2 études. Enfin, l'oeil était invoqué dans les 2 études comme l'outil principal de mesure du poids utilisé par les médecins. « Montez sur la balance ! » concluait en questionnant le rôle de la balance en consultation.

### **4.2.2 Surpoids et obésité de l'enfant : freins à la prise en charge par les médecins généralistes**

Cette deuxième étude (8) explorait les freins à la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant par des médecins généralistes (MG) de Savoie et d'Isère. Il s'agissait là encore d'une étude qualitative, reposant sur des entretiens semi dirigés auprès de MG installé-es.

Certains résultats faisaient écho à ce que nous avaient dit nos participant-es, ou venaient confirmer leurs dires en miroir. Un ou une MG avait par exemple dit « il y a des gens qui viennent plus hein quand tu commences à leur parler de leur poids ». D'autres MG étaient en difficulté pour créer une prise de conscience : « je pourrais leur parler de la pluie et du beau temps que ce serait pareil ». Les parents ne considéraient pas forcément l'obésité comme une maladie, tout comme nombreux-ses de nos participant-es. Ceci posait le problème de la légitimité du MG sur ce sujet. Les parents n'étaient souvent pas en demande de soins pour le surpoids de leur enfant, ni pour le leur qui était souvent présent. De même, nos participant-es consultaient majoritairement pour des motifs autres que la prise en charge d'un surpoids ou d'une obésité.

### **4.3 Interprétation des résultats**

#### **4.3.1 Les modèles de motivation au changement pour expliquer le fossé entre médecin et patient-e**

Deux modèles utilisés en thérapies cognitives et comportementales (TCC) semblent intéressants à développer pour mieux comprendre le fossé entre les motifs de consultation des personnes grosses et les objectifs de soins des médecins.

Le premier modèle est l'Intégration des Besoins, des Efforts et des Récompenses (IBER) (9). Il nous donne quelques pistes pour comprendre les différences de motivation. Il peut y avoir une estimation différente des besoins : la ou le médecin pense qu'une personne a besoin de perdre du poids alors que la personne concernée se satisfait de son corps. Il peut aussi y avoir une perception différente des récompenses possibles : la ou le médecin voit la perte de poids comme le moyen d'atteindre une meilleure santé ou d'améliorer sa qualité de vie, alors que

la ou le patient-te se sent déjà en bonne santé et en pleine forme, et se satisfait de sa qualité de vie. D'ailleurs, la perception d'un choix est en soi hautement récompensante. Les personnes grosses qui ont le sentiment que leur médecin leur impose une perte de poids risquent de ne pas adhérer à la prise en charge. Enfin, il peut y avoir une estimation différente des efforts : un régime hypocalorique prescrit par la ou le médecin ne prend pas en compte la fonction du régime alimentaire habituel du patient, par exemple la fonction de stratégie de régulation émotionnelle. La ou le patient-e peut se sentir démuni-e s'il n'y a pas eu de travail sur de nouvelles stratégies de régulation émotionnelle plus adaptées.

Le deuxième modèle est le modèle transthéorique du changement comportemental de Prochaska et DiClemente (10). Il avance l'hypothèse que le processus de changement de comportement se fait par stades et que le thérapeute doit choisir les techniques motivationnelles à appliquer en fonction du stade auquel se trouve la ou le patient-e. De nombreux-ses participant-es étaient satisfait-es de leurs corps et ne considéraient pas leur poids ou leur corpulence comme un problème, ce qui semblait exaspérait nombre de leurs médecins. Si on estime que le surpoids et l'obésité sont des problèmes de santé, et qu'il y a des moyens comportementaux de les traiter, alors ces participant-es se trouveraient au stade de la précontemplation. C'est-à-dire que soit ils et elles ne seraient pas conscient-es des comportements-problèmes, soit ils et elles seraient réticent-es ou découragé-es quand il s'agirait de les changer. Clairement, les participant-es de l'étude étaient au courant de leur grosseur, et leur corpulence leur posait en effet des désagréments, mais le problème n'était pas inscrit dans un comportement, au contraire le problème venait de l'extérieur, souvent par le biais de discriminations. D'autre part, de nombreux-ses participant-es avaient déjà tenté plusieurs fois de perdre du poids et soit avaient échoué, soit avaient repris au moins autant de poids qu'ils avaient perdu, ce qui pourrait expliquer le sentiment de découragement en

envisageant de nouvelles tentatives. Et enfin, les admonestations de leurs médecins ne répondaient pas à des techniques motivationnelles spécialement ciblées. Au contraire, elles se limitaient à des injonctions vagues comme « il faut perdre du poids ».

Peut-être que la formation des médecins à l'évaluation de la motivation au changement de la ou le patient-e et à l'entretien motivationnel permettrait une meilleure alliance thérapeutique autour d'objectifs de santé partagés entre médecins et patient-es.

#### **4.3.2 Le psychotraumatisme comme facteur de risque de surpoids et d'obésité**

De nombreux-ses participant-es de notre étude avaient subi des violences psychologiques, physiques et/ou sexuelles, dans l'enfance et/ou l'adolescence. Des études quantitatives ont retrouvé un lien de causalité entre des antécédents psychotraumatiques précoces et obésité. Par exemple, l'étude sur les expériences traumatiques de l'enfance (Adverse Childhood Experiences, ACE) (11) avait retrouvé une augmentation de la prévalence et du risque de l'obésité sévère (définie par un IMC supérieur ou égal à 35 kg.m<sup>2</sup>) proportionnelle à l'accumulation ces expériences traumatiques de l'enfance. Ces expériences traumatiques de l'enfance étaient des violences directes sur l'enfant (violences physiques, psychologiques ou sexuelles) et des environnements délétères et inapts pour accueillir des enfants (partager le domicile avec une personne ayant un trouble lié à l'usage de substance ou un trouble psychiatrique, ou victime de violences conjugales, ou encore qui est ou a été condamné à de la prison). Les auteur-rices avaient conclu que les stratégies d'adaptation comme le tabagisme actif, la consommation d'alcool, la consommation de drogues et l'obésité étaient difficiles à abandonner, même si elles étaient largement reconnues comme des facteurs de risque de santé, mais que de nombreux facteurs de risque à long terme pouvaient aussi se prouver bénéfiques à court terme. Ce qui apparaissait comme le problème (dans notre étude,

l'obésité), n'était en fait qu'un marqueur du vrai problème, (les antécédents d'expériences traumatiques de l'enfance). Et van der Kolk de surenchérir (12) « Imaginez les conséquences : si vous méprenez la solution de quelqu'un pour un problème à éliminer, non seulement les prises en charge sont vouées à l'échec [...] mais d'autres problèmes peuvent émerger [traduction personnelle] ». Ainsi, attaquer le surpoids et l'obésité de front c'est ne pas voir l'origine du problème : les antécédents psycho-traumatiques. Plusieurs études ont évalué l'impact de prises en charge globales de personnes en surpoids ou obèses incluant la prise en charge des antécédents psycho-traumatiques quand il y en avait. Une revue systématique de la littérature (13) a inclus des études sur des interventions de groupe dans la prise en charge de l'obésité chez des femmes. L'objectif était de créer un protocole de prise en charge comportementale de l'obésité, dans un groupe de femmes ayant des antécédents d'expériences traumatiques de l'enfance, qui prendrait en compte cette dimension psycho-traumatique. Plusieurs recommandations avaient émergé, dont la nécessité de mieux comprendre les mécanismes favorisant la prise de poids, comme certaines stratégies de régulation émotionnelle inadaptées, notamment l'utilisation de l'alimentation, ce dont avaient parlé plusieurs de nos participant-es. Une autre recommandation rappelait la nécessité d'avoir à l'esprit que les personnes grosses étaient la cible de discriminations y compris de la part des professionnel-les de santé, des coaches sportifs, des diététicien-nes et d'autres acteur-rices de la prise en charge.

#### **4.3.3 Quand le psychotrauma vient compliquer la relation thérapeutique**

Une autre conceptualisation de l'impact des expériences traumatiques de l'enfance sur les difficultés de communication avec le médecin à l'âge adulte se trouve dans les schémas précoces d'inadaptation selon Jeffrey Young (14), en particulier dans le schéma méfiance et



abus. Bien sûr, comme toutes les autres pistes de réflexion, ce modèle ne s'applique pas à tous-tes les participant-es de notre étude, mais peut-être que certain-es s'y reconnaîtraient.

Un schéma précoce d'inadaptation est défini comme « une disposition qui prend sa source dans l'enfance et influence toute notre vie. Il est issu de ce que nous on fait subir notre famille ou nos jeunes amis [...] toutes choses qui ont entraîné des traumatismes. Au bout d'un certain temps, le schéma s'intègre étroitement à notre personnalité ». Cette définition est intéressante quand on sait qu'une participante avait énoncé « si aujourd'hui un médecin me refait ça », comme si lui parler de son poids était « lui faire quelque chose », la violenter, voire lui infliger des sévices.

Dans le schéma précoce inadapté « méfiance et abus », illustré par la phrase « Je ne peux pas te faire confiance », toute relation est vécue comme douloureuse et « est le règne du danger et de l'imprévisible ». Les personnes ayant ce schéma « suppose[nt] que tout le monde [leur] veut concrètement du mal ». Les médecins n'échappent pas à cette règle : toute tentative de prise en charge, tout soin, sera potentiellement vécu comme une menace pour le personne ayant le schéma abus et méfiance.

#### **4.3.4 Des clés de lecture sociologiques**

Anselm Strauss et ses collaborateur-rices nous livrent plusieurs indices.

Tout d'abord, avec la négociation entre médecin et patient-e des objectifs de prise en charge, vient la question des identités et des motivations que l'un ou l'une perçoit de l'autre et que l'autre perçoit de cette perception (15). Il y a plusieurs niveaux de perception des identités et des motivations de chacun-e. Dans la perception de premier niveau, chaque interactant-e cherche à catégoriser l'autre : la ou le médecin va chercher à recueillir des données cliniques sur la ou le patient-e et la ou le patient-e va chercher des indices de bienveillance chez la ou

le médecin. Dans la perception de second niveau, ou méta perception, chacun-e peut chercher à comprendre ce que l'autre perçoit d'elle ou de lui : la ou le patient-e peut par exemple se demander si la ou le médecin voit autre chose, au-delà de sa corpulence, ou si sa maladie l'intéresse vraiment.

Ensuite, parallèlement aux contextes de conscience en fin de vie (16), on pourrait établir des contextes de consciences dans des situations beaucoup moins dramatiques. Un exemple parlant concernait le contexte feinte mutuelle (mutual pretense). Une participante avait régulièrement recours à ce qu'iel appelait des « disquettes ». Il s'agissait d'une trajectoire de soins fabriquée de toute pièce, livrée à la ou le médecin pour endormir ses soupçons et qu'iel lâche enfin la grappe de la patiente. Et en même temps, la ou le médecin ne semblait pas dupe, avec son visage inquisiteur, l'air de dire « c'est pas à moi que vous allez la faire », sans pour autant dire quoi que ce soit qui puisse laisser penser à la ou le patient-e qu'il ou elle avait dévoilé son mensonge. Parfois, c'est vraiment un jeu de regards et de non-dits subtils.

Enfin, un médecin peut ignorer ce que demande l'articulation des tâches nécessaires à l'exécution d'une prescription (17). Il ne s'agit pas ici de l'organisation dans un hôpital, mais de comment un ou une patient-e organise sa vie en dehors de ses consultations médicales. Donc quand il ou elle n'est plus patient-e. En effet, au-delà d'ignorer comment les patient-es s'organisent pour mettre en œuvre les prescriptions médicales, certain-es médecins semblent ignorer qu'il fût possible que les patient-es fissent autre chose que d'exécuter leurs prescriptions.

#### **4.4 Perspectives pour une conversation plus sereine autour du poids**

Tout d'abord, il est indispensable de rappeler que la meilleure manière de savoir ce dont a besoin une certaine population, c'est de leur poser la question directement. Bien sûr, les

personnes grosses vivant aujourd’hui en France ne constituent pas un monolithe, et toutes ne se sentent pas représentées par les mouvements militants antigrossophobes. Mais ces collectifs et autres associations ont l’avantage de rendre accessibles des ressources pertinentes, fruits de concertations collectives. Ainsi, j’invite les lecteur-rices à consulter l’article de Gras Politique « En tant que soignant·e-s, comment mieux soigner les personnes grosses ? » (6), traduit d’un article en Anglais « How Doctors Can Treat Fat Patients Better » (18).

L’étude a permis de dégager des pistes de bonnes pratiques pour les clinicien·nes amené·es à recevoir des personnes grosses en consultation médicale. Ces pistes nécessiteraient d’être formalisées, leur efficacité sur la qualité perçue des soins (et éventuellement sur d’autres paramètres) pourrait être testée par de futures recherches :

- Les personnes grosses savent déjà qu’elles le sont. Il n’y a pas besoin de leur rappeler en consultation. Le déclic escompté n’aura pas lieu. Et souvent on n’est pas la ou le premier·e médecin à leur en parler.
- Les personnes grosses sont souvent gênées, voire blessées, par des appareils ou du matériel inadapté. Certaines ont peur de casser les chaises ou la table d’examen. Mieux vaut s’équiper d’emblée avec du matériel adapté à tous·tes (brassard à tension, assises sans accoudoir, table d’examen et balance supportant toutes les corpulences). C’est un signal de bienvenue à la fois discret et éloquent.
- La relation de confiance ne va pas de soi, elle se construit. Elle est favorisée par le respect du motif de consultation des patient·es. La demande de la ou du patient·e doit primer sur des considérations de santé publique.

- La relation de confiance est bidirectionnelle : plus la ou le patient-e sent que sa ou son médecin lui fait confiance (par exemple sur sa capacité à prendre de bonnes décisions pour elle ou lui-même), plus il ou elle lui fera confiance en retour. Les patient-es ont besoin de temps pour cheminer et ont le droit de considérer qu'une intervention leur coûterait plus qu'elle ne leur apporterait (9, 10). Insister sur l'urgence de perdre du poids ne fera qu'envenimer la relation médecin-patient-e, avec une escalade en miroir et une rigidification des postures de chacun-e. Il peut y avoir une difficulté initiale à faire confiance, qui provient à la fois du schéma méfiance et abus (11, 14), et de la lassitude par rapport aux répétitions des remarques sur le poids par l'ensemble des interlocuteur-rices qui entourent la personne grosse.
- L'idée n'est pas de bannir des consultations les discussions sur le poids. Il s'agit plutôt d'adopter un discours plus nuancé et qui ne se limite pas qu'au poids. Mieux vaut commencer par des questions très ouvertes, en explicitant à la ou au patient-e qu'il a le choix de poursuivre ou non, quel que soit le sujet abordé. Il peut aussi être préférable d'ouvrir le sujet du poids en passant par le vécu du corps, en demandant par exemple si la ou le patient-e se sent à l'aise dans son corps.
- En moyenne, les personnes grosses ont plus d'antécédents d'expériences traumatiques de l'enfance (Adverse Childhood Experiences, ACE) que la population non grosse. Des stratégies de régulation émotionnelle inadaptées peuvent en partie expliquer les échecs de prise en charge ciblées uniquement sur la perte de poids. Mieux vaut proposer des prises en charge holistiques, et qui prennent en compte la dimension post traumatique quand c'est indiqué.
- La plupart des personnes grosses ont déjà essayé au moins une fois de perdre du poids. Certaines peuvent se décourager si les échecs se répètent. Mieux vaut avoir des bases

solides en nutrition et en psychothérapie spécialisée dans le psychotrauma avant de s'aventurer dans ce type de prise en charge.

- Si un ou une patient-e gros-se envisage une perte de poids, mieux vaut fixer avec ell ou lui des objectifs spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et limités dans le temps. Plus les objectifs thérapeutiques répondront à ces critères, plus le sentiment d'efficacité personnelle de la ou du patient-e sera important, et la relation thérapeutique n'en sera que plus solide.
- Enfin, personne ne peut se vanter de n'avoir aucun préjugé. Le plus important pour nous médecins est de prendre conscience de nos préjugés pour limiter leur impact sur la qualité des soins que nous prodignons à nos patient-es.

## Conclusion

---

L'objectif de l'étude était d'explorer les expériences des personnes qui se définissent comme grosses dans les situations de consultation médicale, notamment lorsque leur poids était abordé en consultation alors que celui-ci n'est pas le motif de consultation. Il s'agissait aussi d'explorer un possible impact de ces expériences sur le recours au soin et l'engagement dans des prises en charge médicales.

Il s'agissait d'une étude qualitative et exploratoire. Dix-huit personnes ont participé chacune à un entretien individuel. Les données ont été analysées selon la méthodologie de la théorie ancrée.

Nous avons d'abord exploré les représentations et ressentis des participant-es quant au fait de vivre dans un corps perçu comme gros. Il est apparu que la perception du corps comme étant gros venait de signaux visuo-spatiaux. En effet, l'outil de mesure du poids ou de la grosseur était l'œil, aussi bien pour les participant-es et leur entourage que les médecins. Il s'agissait surtout de corpulence et de volume occupé, mesurables par l'œil, que de poids, mesurable avec une balance. Les participant-es savaient qu'ils étaient gros-ses avant même qu'on le leur dise. Il semblait impossible pour les participant-es d'échapper à la connaissance de leur propre grosseur car elle était sans cesse rappelée à la conscience par l'environnement (chaînes de vêtements prêt à porter, transports, mobilier urbain) et par les remarques de leurs proches. Tout autour d'elles et eux semblait leur montrer à quel point ils et elles sortaient d'une norme de corpulence. Les participant-es avaient souvent entendu dire que leur grosseur les empêchait de s'apanouir et les rendait malheureux-ses, affectait excessivement leur santé, et/ou était le reflet d'une faiblesse de caractère ou d'une défaillance morale. Pour autant, de

nombreux-ses participant-es se disaient plutôt satisfait-es de leurs corps et de leurs vies, se sentant plus affecté-es négativement par ce que leur entourage projetait sur elles et eux que par leur grosseur elle-même.

Nous avons ensuite exploré la situation où une personne grosse avait consulté un ou une-e médecin pour un motif de consultation autre qu'une prise en charge d'un surpoids ou d'une obésité, et que le ou la médecin avait quand même abordé le sujet du poids. Il en était ressorti que des participant-es s'étaient lassé-es des questions sur leur poids, qui étaient vécues comme intrusives, et parfois même comme des violences. Des stratégies plus ou moins adaptées avaient été développées pour mieux vivre les consultations médicales. Des participant-es privilégiaient des conduites d'évitement, soit en mentant à leur médecin dans le but de le rassurer, soit en s'auto excluant des soins. D'autres avaient pris le parti de changer de médecin jusqu'à en trouver un ou une qui réponde à leurs attentes, au risque de se retrouver en situation de nomadisme médical. Enfin, certain-es participant-es avaient gagné en confiance en soi avec l'âge et s'autorisaient de plus en plus à dire à leur médecin ce qui ne leur convenait pas dans leur prise en charge. La plupart du temps, la conversation autour du poids n'était pas un problème en soi. Au contraire, les participant-es étaient conscient-es des impacts possibles du surpoids et de l'obésité sur leur santé. Ce qui ne leur convenait pas, c'était que leur motif de consultation ne soit pas pris en compte, que toute consultation soit prétexte à parler de leur poids, et que leurs efforts pour changer d'habitudes de vie et/ou pour perdre du poids ne soient pas reconnus. Les participant-es ont livré plusieurs conseils sur leurs attentes de leurs médecins. L'accent a été mis sur la qualité de la relation qu'ils et elles entretenaient avec leur médecin, qui était un prérequis majeur avant de pouvoir aborder sereinement la question du poids en consultation.

Peu d'études avaient exploré le vécu de l'abord du poids en consultation médicale.

Pour interpréter les résultats, nous avons pris des éléments de différentes psychothérapies et des courants interactionnistes en sociologie. Tout d'abord, les modèles de motivation au changement et IBER ouvraient sur l'intérêt pour les médecins de respecter la temporalité des patient-es avant de proposer des prises en charge axées sur la modification des habitudes de vie. Ensuite, les antécédents d'expériences traumatiques dans l'enfance (ACE) et une conceptualisation de leurs conséquences psychiques, le schéma précoce d'inadaptation « méfiance et abus » ont permis d'expliquer, au moins en partie, pourquoi le vécu des consultations autour du poids pouvait être si douloureux pour certain-es de nos participant-es. Enfin, les concepts de négociation, de contexte de conscience et de travail d'articulation sont venu éclairer différemment la perception par les participant-es des consultations médicales et de la relation avec leur médecin.



## Références bibliographiques

---

1. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.
2. Organisation Mondiale de la Santé [En ligne]. Obésité et surpoids [cité le 23 mars 2022]. Disponible: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. Gras Politique [En ligne]. Grossophobie médicale : Parlons-en ! [cité le 20 mars 2022]. Disponible: <https://graspolitique.files.wordpress.com/2021/11/grosso-medicale-couleur.pdf>
4. Gras Politique [En ligne]. Liste safe [cité le 20 mars 2022]. Disponible: <https://graspolitique.wordpress.com/liste-safe/>
5. Gras Politique [En ligne]. Liste non safe [cité le 20 mars 2022]. Disponible: <https://graspolitique.wordpress.com/liste-non-safe/>
6. Gras Politique [En ligne]. En tant que soignant·e·s, comment mieux soigner les personnes grosses ? [cité le 20 mars 2022]. Disponible: <https://graspolitique.wordpress.com/2021/09/17/comment-mieux-soigner-les-personnes-grosses/>
7. Godart N, Huas C, Prod'homme L, Riglet C. Montez sur la balance ! Vécu de l'abord du poids en consultation de médecine générale. Santé Publique. 2019;31(1):7-17. DOI: 10.3917/spub.191.0007
8. Balvay C, Boujon L. Surpoids et obésité de l'enfant : freins à la prise en charge par les médecins généralistes [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine] Grenoble: Université Grenoble Alpes, Faculté de médecine; 2020.
9. Hodé Y. Volonté et motivation - Dr Yann HODE [En ligne]. [s.l.]: La Psychiatrie au Soleil; 2020 [cité le 20 mars 2022]. Vidéo: 27:57 min. Disponible: <https://www.youtube.com/watch?v=QFAErAdmRA&t=541s>
10. DiClemente C, Velasquez MM. Interviewing and the Stages of Change. Dans: Miller WR, Rollnick S, editors. Motivational Interviewing. Preparing People for Change. Second ed. New York: The Guilford Press; 2002. p. 201-16.
11. Felitti VJ *et al.* Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *AmJPrevMed.* 1998;14(4):245-58. DOI: 10.1016/s0749-3797(98)00017-8
12. Van der Kolk B. The Body keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. New York: Penguin Books; 2015.

13. Garbers SV, McDonnell CJ. Adverse childhood experiences and obesity: Systematic review of behavioral interventions for women. *Psychol Trauma*. 2018;10(4):387-395. DOI: 10.1037/tra0000313
14. Klosko J, Young J. *Je réinvente ma vie : Vous valez mieux que vous ne pensez*. Montréal: Les éditions de l'Homme; 2013.
15. Strauss A. Négociations : introduction à la question. Dans: Baszanger I, Strauss A, directeurs. *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris: L'Harmattan; 1992. p. 245-68.
16. Glaser B, Strauss A. *Awareness of Dying*. New York: Routledge; 2017.
17. Strauss A. Le travail d'articulation. Dans: Baszanger I, Strauss A, directeurs. *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris: L'Harmattan; 1992. p. 191-244.
18. Zoller C. Teen Vogue [En ligne]. How Doctors Can Treat Fat Patients Better [cité le 20 mars 2022]. Disponible: <https://www.teenvogue.com/story/how-doctors-can-treat-fat-patients-better>

## Annexes

---

## **Annexe 1 : Guide d'entretien**

**Parfois, quand certaines personnes consultent pour un problème de santé, la ou le médecin aborde le sujet du poids, alors qu'il ne semble pas y avoir de lien évident. Est-ce que ça vous est déjà arrivé ? Peut-être que non ?**

**A votre avis, qu'est-ce qui pourrait pousser un ou une médecin à aborder le sujet du poids ?**

**Quels rapports est-ce que vous entretenez avec votre corps et votre poids ?**

Et avez-vous des pensées autour de votre corps ? De votre poids ? Ou peut-être n'y pensez-vous pas ?

Est-ce que votre corps et votre poids vous conviennent ?

**Pouvez-vous me raconter une situation où un ou une médecin a abordé votre poids, alors que vous consultiez pour une autre raison ?**

Qu'est-ce qui vous avait amené.e à consulter ce jour-là ?

Qu'en avez-vous pensé ? Comment avez-vous réagi ?

Vous attendiez-vous à ce type de question pendant cette consultation ?

Est-ce que le motif de consultation a été traité ?

**Dans cette situation, comment auriez-vous aimé que la ou le médecin aborde votre poids ?**

Comment auriez-vous posé la question si vous étiez à la place de la ou le médecin ?

Quelle formule, quelle attitude auriez-vous employées ?

**Avez-vous repensé à cette expérience après la consultation ? Ou pas vraiment ?**

En avez-vous parlé à quelqu'un par la suite ?

Est-ce que vous avez fait quelque chose de particulier à la suite de cette consultation ?

Est-ce que ça vous a amené.e à modifier votre rapport ou vos pratiques par rapport à votre poids ?

Combien de fois avez-vous eu cette expérience ou une expérience similaire en consultation ?

**Comment est-ce que ça a influencé votre recours aux soins ? Ou peut-être que ça n'a pas eu d'influence ?**

Avez-vous des critères particuliers pour consulter un ou une médecin plutôt qu'un ou une autre ?

Peut-être que vous n'en avez pas.

**Est-ce que ça vous est arrivé d'être surpris-e par la question du poids, et de constater que la consultation s'est finalement bien passée ?**

**Etes-vous déjà allé en consultation avec comme motif de consultation la prise en charge d'un surpoids ?**

Que pouvez-vous en dire ?

**Comment vous évaluez votre état de santé, là comme vous êtes devant moi ?**

Que pensez-vous de votre état de santé physique, mentale ?

Est-ce que vous pensez être en bonne, mauvaise santé ? Malade ?

**Est-ce que pour vous votre surpoids est une maladie ? Et en général ?**

**Pensez-vous qu'on peut être à la fois gros-se et en bonne santé ?**

**Est-ce que vous avez des pensées ou des émotions concernant une consultation avant qu'elle ait lieu ? Avant de prendre rendez-vous ?**

Est-ce que ces pensées occupent une grande partie de votre temps avant la consultation ?

Est-ce que ces pensées vous font hésiter à consulter ?

Est-ce que vous préparez des choses en particulier en amont d'une consultation ?

**A votre avis, qu'est-ce qui passe par la tête d'un ou une médecin quand il ou elle rencontre une personne grosse ?**

**Et une personne maigre ?**

**Et une personne, entre guillemets, dans les clous, niveau poids ?**

**Comment définiriez-vous la grosseur ?**

**Et le surpoids ?**

**Et l'obésité ?**

**Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?**

*Saviez-vous que d'autres personnes avaient vécu des situations similaires ?*

*Saviez-vous que certaines personnes choisissent de consulter des médecin.es en fonction de leurs pratiques au sujet du poids ?*

## Annexe 2 : Avis favorable du Comité d'Evaluation Ethique de l'Inserm

CEEI / IRB  
Comité d'Evaluation Ethique  
de l'Inserm

IRB00003888



# Inserm

La science pour la santé  
From science to health

CEEI / IRB  
Comité d'Evaluation Ethique de l'Inserm

Dossier suivi par : Christine Dosquet

Nos réf: CD/EB 21-155

Madame Laelia BENOIT  
Madame Sarah LEDIG  
Unité CESP 1018 DevPpsy  
Maison de Solenn  
Hôpital Cochin  
97 boulevard de Port Royal  
75014 PARIS

Paris, le 7 décembre 2021

**Pour faire valoir à qui de droit**

**Avis n°21-866**

Mesdames,

Le Comité d'Evaluation Ethique de l'Inserm, *Institutional Review Board* de l'Inserm (IRB00003888, IORG0003254, FWA00005831) a donné un avis favorable pour votre projet intitulé :

**" Consulter quand on est gros : la place du poids ",**

Le CEEI rappelle que l'investigateur s'engage à respecter le protocole déposé et à suivre ses recommandations.

Avec mes salutations distinguées,

## Annexe 3 : Information et consentement

Responsable de l'étude : Laelia Benoit

Protocole IRB n°21-866

### Brochure d'information pour les personnes souhaitant participer à une étude.

### **Titre de l'étude: Consulter quand on est gros : la place du poids**

#### **Responsables de l'étude:**

Sarah LEDIG, interne en psychiatrie, Université de Paris  
Dr Laelia Benoit, pédopsychiatre  
Unité CESP 1018 DevPpsy, Maison de Solenn,  
Hôpital Cochin, 97 bd de Port Royal, 75014 Paris

#### **Résumé :**

- Nous vous invitons à participer à une étude de recherche.
- L'objectif de cette étude est de mieux comprendre les émotions et les actions des personnes qui se retrouvent dans l'adjectif « gros-se » lorsqu'elles consultent un médecin et que leur poids est abordé en consultation alors que celui-ci n'est pas le motif de consultation. Il s'agit notamment d'explorer un possible impact négatif de ces expériences sur le recours au soin et l'engagement dans des prises en charges médicales.
- Que dois-je faire ? : Votre participation consiste à avoir un entretien de 45 min à 1h30 avec Mme Ledig, en présentiel ou en visioconférence (*via* Microsoft Teams).

#### **Pourquoi cette étude m'est-elle proposée ?**

Nous souhaitons recueillir des témoignages les plus divers possibles, donc nous prenons le parti d'interroger les personnes qui elles-mêmes se retrouvent dans l'adjectif « gros-se ». Il n'y a pas d'IMC\* minimal ou maximal par exemple. Nous recherchons environ 20 personnes majeures, vivant en France pour faire partie de cette étude de recherche.

\*IMC: l'indice de masse corporelle est un nombre calculé à partir du poids et de la taille. Il est parfois utilisé en médecine. Nous ne l'utilisons pas dans cette étude.

#### **Quel est l'objectif de l'étude ?**

L'objectif de cette étude est de mieux comprendre les émotions et les actions des personnes qui se retrouvent dans l'adjectif « gros-se » lorsqu'elles consultent un médecin et que leur poids est abordé en consultation alors que celui-ci n'est pas le motif de consultation. Il s'agit notamment d'explorer un possible impact négatif de ces expériences sur le recours au soin et l'engagement dans des prises en charge médicales. Même si n'avez pas vécu une telle expérience, votre témoignage est très important pour nous, car il peut apporter de la diversité dans les témoignages recueillis, et donc une meilleure compréhension du phénomène étudié.

Information et consentement (consulter quand on est gros : la place du poids)

Que se passera-t-il pendant l'étude ?

**Si vous acceptez de participer, vous aurez un entretien durant entre 45 min et 1h30 avec Mme Ledig, en présentiel ou *via* Microsoft Teams. La partie audio de l'entretien sera enregistrée.**

Comment mes données seront-elles protégées ?

Les informations que nous recueillons à votre sujet resteront confidentielles et anonymes. L'enregistrement audio sera repéré par un numéro non relié à votre identité et transcrit immédiatement après notre entretien. Lors de la transcription, votre nom et toute autre information qui pourrait permettre de vous identifier (par exemple, le nom des membres de votre famille ou de vos amis) seront remplacés par des points entre crochets ou par la relation qu'a la personne avec vous. Ce procédé est appelé « dépersonnalisation ». Seule l'équipe de recherche aura accès aux transcriptions d'entretien. Lorsque nous publierons les résultats de la recherche ou que nous en parlerons lors de conférences, nous n'utiliserons jamais votre nom.

Cette recherche étant anonyme elle ne relève pas du Règlement européen sur la protection des données.

Dois-je obligatoirement participer à cette étude ?

Non, c'est vous qui décidez de participer à cette étude. Vous pouvez dire non tout de suite si vous savez déjà que vous ne voulez pas participer à l'étude. Vous pouvez aussi dire oui maintenant et changer d'avis plus tard, et arrêter votre participation en cours d'entretien. Il suffit de dire à la responsable de l'étude que vous ne voulez plus participer.

Que faire si j'ai des questions ?

N'hésitez pas à nous poser des questions sur notre projet de recherche. Si vous avez des questions plus tard, vous pouvez envoyer un mail à la responsable de l'étude, Sarah Ledig.



## Permis d'imprimer

---

Vu, le Président de thèse

Université .....

[Professeur/Docteur] Prénom NOM

Vu, le Doyen de l'UFR de Médecine

Université de Paris

Professeur Philippe RUSZNIEWSKI

Date :

Vu, la Présidente d'Université de Paris

Professeure Christine CLERICI

Pour la Présidente et par délégation,

Le Doyen Philippe RUSZNIEWSKI

## Consulter quand on est gros : la place du poids

### Résumé :

**Introduction** : La Haute Autorité de Santé a publié des recommandations en 2011 sur le repérage et le traitement du surpoids et de l'obésité de l'adulte en soins de premier recours, où le calcul de l'indice de masse corporelle est au centre de la prise en charge. En 2017, Gras Politique a publié en ligne un document d'aide à la consultation de santé pour les personnes grosses. Un des axes de critique concerne l'abord systématique du poids en consultation, quel que soit le motif de recours aux soins. L'objectif de cette étude était d'explorer les facteurs qui pouvaient influencer le vécu des consultations médicales par les personnes grosses, aussi bien dans les consultations qu'en-dehors. **Matériels et Méthodes** : Dix-huit personnes grosses âgées de 20 à 49 ans ont participé chacune à un entretien individuel semi structuré. Les données ont été analysées en théorie ancrée. **Résultats** : Deux axes se sont dégagés : d'une part, les personnes grosses savaient qu'elles étaient grosse et que cela les rendait visibles, ce qui semblait être le point de départ des discriminations qu'elles pouvaient subir, mais dans l'ensemble elles vivaient plutôt bien leurs corps et dans leurs corps ; d'autre part, dans la situation de consultation médicale, s'est révélée une différence entre la temporalité médicale et le cheminement personnel des patient-es, et une absence de consensus concernant les objectifs de soins, ce qui rendait certaines consultations inconfortables. En fait, de nombreuses personnes grosses ont subi des expériences traumatiques de l'enfance et l'alimentation pouvait parfois être une stratégie pour ne pas ressentir le trauma et ses effets. La méconnaissance par les médecins de ce facteur de maintien de surpoids et d'obésité rendait difficile la relation thérapeutique et l'adhésion aux soins. Les participant-es ont proposé des conseils pour apaiser la relation thérapeutique. **Discussion** : Une prise en charge des patient-es dans leur globalité, y compris les antécédents d'expériences traumatiques de l'enfance, semble indispensable à l'amélioration de la relation thérapeutique et de l'adhésion aux soins.

### Spécialité :

[Psychiatrie](#)

### Mots clés français :

[fMeSH Surpoids](#), [Obésité](#), [Théorie ancrée](#), [Stéréotypes](#), [Négociation](#), [Traumatisme psychologique](#), [Expériences défavorables de l'enfance](#), [Motivation](#)

[Mots-clés libres Grossophobie](#)

### Forme ou Genre :

[fMeSH : Dissertation universitaire](#)

[Rameau : Thèses et écrits académiques](#)

Université de Paris

UFR de médecine – Site Bichat

16, rue Henri Huchard 75018 Paris