



HAL
open science

PERCEPONIMES : évaluation de la perception des personnes en situation d'obésité au sein du CHU de Nîmes

Laetitia Dore

► **To cite this version:**

Laetitia Dore. PERCEPONIMES : évaluation de la perception des personnes en situation d'obésité au sein du CHU de Nîmes. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04550704

HAL Id: dumas-04550704

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04550704v1>

Submitted on 18 Apr 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 - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Laetitia DORE

Le 29 septembre 2023

PERCEPONIMES

**Evaluation de la perception des personnes en situation d'obésité
au sein du CHU de Nîmes.**

Directrice de thèse : Docteur Véronique TAILLARD

JURY

Président :

Monsieur le Professeur David NOCCA

Assesseures :

Madame la Docteur Amandine LUQUIENS

Madame la Docteur Véronique TAILLARD

Liste du corps enseignant

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023 **PERSONNEL ENSEIGNANT - Professeurs Honoraires**

ALBAT Bernard	BLARD Jean-Marie	D'ATHIS Françoise
ALLIEU Yves	BLAYAC Jean Pierre	DEMAILLE Jacques
ALRIC Robert	BLOTMAN Francis	DESCOMPS Bernard
ARNAUD Bernard	BONNEL François	DIMEGLIO Alain
ASENCIO Gérard	BOURGEOIS Jean-Marie	DUBOIS Jean Bernard
ASTRUC Jacques	BOUSQUET Jean	DUJOLS Pierre
AUSSILLOUX Charles	BRUEL Jean Michel	DUMAZER Romain
AVEROUS Michel	BUREAU Jean-Paul	ECHENNE Bernard
AYRAL Guy	BRUNEL Michel	FABRE Serge
BAILLAT Xavier	CAMU William	FREREBEAU Philippe
BALDET Pierre	CANAUD Bernard	GALIFER René Benoît
BALDY-MOULINIER Michel	CHAPTAL Paul-André	GODLEWSKI Guilhem
BALMES Jean-Louis	CIURANA Albert-Jean	GRASSET Daniel
BANSARD Nicole	CLOT Jacques	GUILHOU Jean-Jacques
BILLIARD Michel	COSTA Pierre	GUITER Pierre
HERTAULT Jean	COTTALORDA Jérôme	HEDON Bernard
HUMEAU Claude	MAGNAN DE BORNIER Bernard	RABISCHONG Pierre
JAFFIOL Claude	MARTY ANE Charles	RAMUZ Michel
JANBON Charles	MATHIEU-DAUDE Pierre	REBOUL Jean
JANBON François	MEYNADIER Jean	RIEU Daniel
JARRY Daniel	MICHEL François- Bernard	ROCHEFORT Henri
JOURDAN Jacques	MION Charles	ROUANET DE VIGNE
KLEIN Bernard	MIRO Luis	LAVIT Jean Pierre
LAFFARGUE François	NAVARRO Maurice	SAINT-AUBERT Bernard
LALLEMANT Jean Gabriel	NAVRATIL Henri	SANCHO-GARNIER Hélène
LAMARQUE Jean-Louis	OTHONIEL Jacques	SANY Jacques
LAPEYRIE Henri	PAGES Michel	SEGNARBIEUX François
LEROUX Jean-Louis	PEGURET Claude	SENAC Jean-Paul
LESBROS Daniel	PELISSIER Jacques	SERRE Arlette
LOPEZ François Michel	PETIT Pierre	TOUITOU Isabelle
LORIOT Jean	POUGET Régis	VIDAL Jacques
LOUBATIERES Marie Madeleine	PUJOL Henri	VISIER Jean Pierre

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023
PERSONNEL ENSEIGNANT - Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	DE LA COUSSAYE Jean-Emmanuel	MESSNER Patrick
BASTIEN Patrick	GROLLEAU RAOUX Robert	MILLAT Bertrand
BLANC François	GUERRIER Bernard	MONNIER Louis
BONAFE Alain	GUILLOT Bernard	MOURAD Georges
BOULENGER Jean-Philippe	HERISSON Christian	PREFAUT Christian
BOURREL Gérard	JONQUET Olivier	PUJOL Rémy
BRINGER Jacques	LANDAIS Paul	RIBSTEIN Jean
CLAUSTRES Mireille	LARREY Dominique	SCHVED Jean-François
COMBE Bernard	LE QUELLEC Alain	SULTAN Charles
DAURES Jean-Pierre	MARES Pierre	TOUCHON Jacques
DAUZAT Michel	MAUDELONDE Thierry	UZIEL Alain
DAVY Jean-Marc	MAURY Michèle	VOISIN Michel
DEDET Jean-Pierre		ZANCA Michel

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023
PERSONNEL ENSEIGNANT - Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023
PERSONNEL ENSEIGNANT - Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	DOMERGUE Jacques	MEUNIER Laurent
BACCINO Eric	DUFFAU Hugues	MONDAIN Michel
BEREGI Jean-Paul	ELIAOU Jean François	MORIN Denis ^{[L][SEP]}
BLAIN Hubert	FABRE Jean Michel	PAGEAUX Georges-Philippe
BOULOT Pierre	HAMAMAH Samir	PUJOL Pascal ^{[L][SEP]}
CANOVAS François	JABER Samir	QUERE Isabelle ^{[L][SEP]}
CAPDEVILA Xavier	JEANDEL Claude	RENARD Eric ^{[L][SEP]}
CHAMMAS Michel	JORGENSEN Christian	REYNES Jacques ^{[L][SEP]}
COLSON Pascal	KOENIG Michel KOTZKI Pierre Olivier	RIPART Jacques
COSTES Valérie	LABAUGE Pierre	ROUANET Philippe ^{[L][SEP]}
COUBES Philippe	LAFFONT Isabelle	SOTTO Albert ^{[L][SEP]}
COURTET Philippe	LEFRANT Jean-Yves	TAOUREL Patrice ^{[L][SEP]}
CRAMPETTE Louis	LEHMANN Sylvain	VANDE PERRE Philippe
CRISTOL Jean Paul	LUMBROSO Serge	VERNHET Hélène ^{[L][SEP]}
CYTEVAL Catherine	MARIANO-GOULART Denis	YCHOU Marc
DE WAZIERES Benoît	MERCIER Jacques	
DELAPORTE Eric		
DEMOLY Pascal		

PU PH de 1ère classe

AGUILAR MARTINEZ
Patricia
ASSENAT Éric
AVIGNON Antoine
AZRIA David
BAGHDADLI Amaria
BLANC Pierre
BORIE Frédéric
BOURDIN Arnaud
CAMBONIE Gilles
CAPTIER Guillaume
CARTRON Guillaume
CAYLA Guillaume
CHANQUES Gérald
CORBEAU Pierre
COULET Bertrand
PANARO Fabrizio
PASQUIE Jean-Luc
PEREZ MARTIN Antonia

CUVILLON Philippe
DADURE Christophe
DAUVILLIERS Yves
DE TAYRAC Renaud
DE VOS John
DEMARIA Roland
DEREURE Olivier
DROUPY Stéphane
DUCROS Anne
DUPEYRON Arnaud
FESLER Pierre
GARREL Renaud
GENEVIEVE David
GUILLAUME Sébastien
GUIU Boris
HAYOT Maurice
PERNEY Pascal
PRUDHOMME Michel
PUJOL Jean Louis

HOUEDE Nadine
JUNG Boris
KALFA Nicolas
KLOUCHE Kada
KOUYOUMDJIAN Pascal
LACHAUD Laurence
LAVABRE-BERTRAND
Thierry
LAVIGNE Jean-Philippe
LE MOING Vincent
LECLERCQ Florence
MATECKI Stéfan
MORANNE Olivier
MOREL Jacques
NAVARRO Francis
NOCCA David
PURPER-OUAKIL Diane
ROGER Pascal
TRAN Tu-Anh

PU-PH de 2ème classe

AYRIGNAC Xavier
BELZEAUX Raoul
BERTRAND Martin
BOBBIA Xavier
BOURGIER Céline
CANAUD Ludovic
CAPDEVIELLE Delphine
CLARET Pierre-Géraud
COLOMBO Pierre-
Emmanuel
COSTALAT Vincent
DAIEN Vincent
DE JONG Audrey
DONNADIEU Hélène
DORANDEU Anne
FAILLIE Jean-Luc
FRANDON Julien
FUCHS Florent
GABELLE DELOUSTAL
Audrey
GANDET Thomas
GAUJOUX Viala Cécile
GELIS Anthony

GODREUIL Sylvain
GUILPAIN Philippe
HERLIN Christian
IMMEDIATO DAIEN
Claire
JACOT William
JEZIORSKI Eric
LALLEMANT Benjamin
LATTUCA Benoît
LE QUINTREC
DONNETTE Moglie
LETOUZEY Vincent
LONJON Nicolas
LOPEZ CASTROMAN
Jorge
LUKAS Cédric
MAKINSON Alain
MENJOT de
CHAMPFLEUR Nicolas
MILLET Ingrid
MURA Thibault
NAGOT Nicolas
OLIE Emilie

PARIS Françoise
PELLESTOR Franck
PERS Yves-Marie
POUDEROUX Philippe
RIGAU Valérie
RIVIER François
ROGER Claire
ROSSI Jean François
ROUBILLE François
SEBBANE Mustapha
SIRVENT Nicolas
SOLASSOL Jérôme
STERKERS Yvon
STOEBNER Pierre
SULTAN Ariane
THOUVENOT Éric
THURET Rodolphe
TUAILLON Edouard
VENAIL Frédéric
VILLAIN Max
VINCENT Denis
VINCENT Thierry

Professeurs des universités - 1re classe

COLINGE Jacques

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila

VISIER Laurent

Professeurs des universités - 2^{ème} classe

CHAZAL Nathalie

MOREAUX Jérôme

Professeurs des universités - Médecine générale 1^{ère} classe

AMOUYAL Michel

Professeurs associés - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

MILLION Elodie

REBOUL Marie-Catherine

Professeurs associés - Médecine

BESSIS Didier

DEBIEN Blaise

MEUNIER Isabelle

MULLER Laurent

PERRIGAULT Pierre-

François

QUANTIN Xavier

ROUBERTIE Agathe

VIEL Eric

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitre de Conférences de Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU - PH Hors classe - Echelons exceptionnels

MARTRILLE Laurent

RICHARD Bruno

MCU - PH Hors classe

BADIOU Stéphanie

BOULLE Nathalie

CACHEUX-RATABOUL

Valère

CARRIERE Christian

CHARACHON Sylvie

FABBRO-PERAY Pascale

GIANSILY-BLAIZOT

Muriel

MCU-PH de 1ère classe

BOUDOUSQ Vincent
COSSEE Mireille
LAVIGNE Géraldine
MOUZAT Kévin
SCHUSTER-BECK Iris
THEVENIN-RENE Céline

BRET Caroline
GIRARDET-BESSIS Anne
LESAGE François-Xavier
PANABIERES Catherine

BROUILLET Sophie
HERRERO Astrid
MATHIEU Olivier
RAVEL Christophe

MCU-PH de 2ème classe

BARATEAU Lucie
BERGOUGNOUX Anne
BOETTO Julien
CHIRIAC Anca
DESHAYES Emmanuel
DUFLOS Claire
DU THANH Aurélie

ENGELMANN Ilka
FITENI Frédéric
GATINOIS Vincent
GOUZI Farès
HERBAUX Charles
HUBERLANT Stéphanie
LEVEQUE Maude

MARIA Alexandre
PANTEL Alix
RANISAVELJEVIC
Noémie
ROUBILLE Camille
SOUCHE François-Régis
SZABLEWSKY

MCU - Maître de conférences hors classe

BECAMEL Carine
DELABY Constance
MAIMOUN Laurent

MCU - Maître de conférences de classe normale

CHAUMONT-DUBEL
Séverine
GUGLIELMI Laurence
HENRY Laurent
HERBET Guillaume
HERVE ANDRE Emilie

LADRET Véronique
LAINE Sébastien
LE GALLIC Lionel
LOZZA Catherine
MORITZ-GASSER Sylvie
MOUTOT Gilles

PASSERIEUX Emilie
RAMIREZ Jean-Marie
RAYNAUD Fabrice
TAULAN Magali

MCU - Médecine générale de 1ère classe

COSTA David
OUDE ENGBERINK Agnès

MCU - Médecine générale de 2ème classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
CARBONNEL François

Maître de conférences associés – Médecine générale

BADIN Mélanie
CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio
MINET Mathilde

PAVAGEAU Sylvain
SERAYET Philippe

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023
PERSONNEL ENSEIGNANT - Praticiens hospitaliers universitaires

CAZAUBON Yoann
DAGNEAUX Louis
GAVOTTO Arthur

GOULABCHAND Radjiv
MIOT Stéphanie
POULEN Gaetan

ROCH Benoît
URSIC BEDOYA José

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023
PERSONNEL ENSEIGNANT - Praticiens Hospitaliers Chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick
AGUILHON Sylvain
AKKARI Mohamed
ALRIC Jérôme
AMEDRO Pascal
AMOUREUX Cyril
ANTOINE Valéry
ARQUIZAN Caroline
ATTALIN Vincent
BADR Maliha
BAIS Céline
BARBAR Saber Davide
BASSET Didier
BATIFOL Dominique
BATTISTELLA Pascal
BAUCHET Luc
BELL Ariane
BENEZECH Jean-Pierre
BENNYS Karim
BERNARD Nathalie
BERTCHANSKY Ivan
BIBOULET Philippe
BIRON-ANDREANI
Christine
BLANC Brigitte
BLANCHARD Sylvie
BLANCHET Catherine
BLATIERE Véronique
BOGE Gudrun
BOURRAIN Jean Luc
BOUYABRINE Hassan
BRINGER-DEUTSCH
Sophie
BRINGUIER
BRANCHEREAU Sophie

BRISOT Dominique
BRONER Jonathan
CAIMMI Davide Paolo
CARR Julie
CARTIER César
CASPER Thierry
CASSINOTTO Christophe
CATHALA Philippe
CAZABAN Michel
CHARBIT Jonathan
CHEVALLIER Thierry
CHEVALLIER-MICHAUD
Josyane
COLIN Olivier
CONEJERO Ismael
CONSEIL Mathieu
CORBEAU Catherine
COROIAN Flavia-Oana
COUDRAY Sarah
CUNTZ Danielle
DARDALHON Brigitte
DAVID Aurore
DE BOUTRAY Marie
DE LA TRIBONNIÈRE
Xavier
DEBIEN Blaise
DELPONT Marion
DENIS Hélène
DEVILLE de PERIERE
Gilles
DI CASTRI Alberto
DJANIKIAN Flora
FAIDHERBE Jacques
FATTON Brigitte
FAUCHERRE Vincent

FAURE Elsa
FILLERON Anne
FILLOLS Mélanie
FOURNIER Philippe
GAILLARD Nicolas
GALMICHE Sophie
GENY Christian
GERONIMI Laetitia
GINIES Patrick
GRECO Frédéric
GROSSIN Delphine
GUEDJ Anne Marie
GUYON Gaël
HEDON Christophe
HENRY Vincent
JAMMET Patrick
JEDRYKA François
JREIGE Riad
KINNE Mélanie
LABARIAS Coralie
LABORDE Caroline
LACAMBRE Mathieu
LANG Philippe
LAZERGUES Cyril
LE GUILLOU Cédric
LEGLISE Marie Suzanne
LE MOINE DONY Marie-
Christine
LETERTRE Simon
LOPEZ Régis
LUQUIENS Amandine
MANZANERA Cyril
MARGUERITTE
Emmanuel
MARTIN Lucille

MATTATIA Laurent
MEROUEH Fadi
MEYER Pierre
MICHEL Moïse
MILESI Christophe
MORAU Estelle
MORQUIN David
MOSER Camille
MOUSTY Eve
MOUTERDE Gaël
PERNIN Vincent
PERRIGAULT Pierre
François
PEYRON Pierre-Antoine
PICARD Eric
PICOT Marie Christine
POQUET Hélène
PUJOL Sarah-Lise
PUPIER Florence

QUANTIN Xavier
RAFFARD Laurence
RAPIDO Francesca
RIBRAULT Alice
RICHAUD-MOREL
Brigitte
RIDOLFO Jérôme
RIPART Sylvie
RONGIERES Michel
ROULET Agnès
RUBENOVITCH Josh
SANTONI Fannie
SASSO Milène
SCHULDINER Sophie
SEGURET Fabienne
SENESSE Pierre
SERRE Jean-Emmanuel
SKALLI El Medhi
SOLA Christelle

SOULLIER Camille
SOUKSI MEDIONI
Isabelle
STOEBNER DELBARRE
Anne
TEOT Luc
THIRION Marina
TUNEZ Virginie
VACHIERY-LAHAYE
Florence
VERNES Eric
VIALA Maurice
VINCENT Laure
WAGNER Laurent
WALTHER LOUVIER
Ulrike
ZERKOWSKI Laetitia

Remerciements

Aux membres du jury :

Au Professeur David NOCCA,

Merci de me faire l'honneur d'être le président de mon jury et d'avoir consacré votre temps à l'évaluation de ma thèse en dépit de la charge de travail qui vous incombe. Merci pour l'accueil que vous avez réservé à ce projet et pour votre partage d'expertise. Merci pour votre engagement dans la collaboration des équipes de chirurgie digestive et d'endocrinologie.

Au Docteur Amandine LUQUIENS,

Merci d'avoir accepté de contribuer à ce jury et d'avoir apporté votre regard sur ce travail. Votre présence aujourd'hui souligne l'importance de l'approche pluridisciplinaire de ce sujet. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Au Docteur Véronique TAILLARD,

Ou plutôt Véro, merci pour la confiance que tu m'as accordée en me proposant de travailler avec toi sur ce projet. Merci pour ton soutien et tes précieux conseils tout au long de la rédaction. Merci d'être toujours aussi accessible et de rendre la communication aussi facile. Merci pour ton humour, ta pédagogie et ta rigueur. J'admire ton investissement auprès des patients, ta curiosité pour chacun des sujets, ta détermination à mettre en place de nouveaux projets, tout en étant soucieuse du bien-être de chacun et sans laisser de côté ta vie personnelle. Apprendre à tes côtés est source d'inspiration quotidienne. Je te suis sincèrement reconnaissante pour tout ce que tu as pu m'apporter tout au long de ces 6 derniers mois.

A mes enseignants. es et chef. fes :

Pr RENARD, merci d'avoir accepté chacune de mes demandes, du master à l'interCHU. Par votre flexibilité vous m'avez permis d'avoir un internat qui me ressemble, et qui me permet d'évoluer au plus proche de qui je suis aujourd'hui. Merci pour votre soutien en tant que coordinateur de DES.

Pr SULTAN, pour votre soutien et votre encadrement dans le cadre de premier semestre et de mon master 2.

Pr AVIGNON, pour votre enseignement mêlant empathie envers le patient et rigueur du raisonnement scientifique.

A **l'équipe MME de Nîmes**, Anne-Marie, Valéria, Ingrid, Olivier, Sophie, Rosine pour votre investissement dans notre formation, pour votre bienveillance et votre bonne humeur.

A **l'équipe de cardiologie Nîmoise**, pour m'avoir si bien accueilli et m'avoir fait confiance sur mon semestre passé dans votre spécialité.

A **Françoise**, pour m'avoir enseigné tant de chose pendant ce semestre passé avec toi, m'avoir répondu à chacune de mes questions sans une once de jugement ni d'impatience et m'avoir montré ta vision du travail au CHU. Ton investissement dans notre cursus est essentiel à notre formation, et ton accompagnement essentiel à notre équilibre.

A **l'équipe de l'UTNC**, Camille, merci pour ton soutien à chaque fois qu'on en a besoin, pour ta pédagogie et ta bonne humeur, Elodie, merci d'être aussi géniale tout le temps, Cathy merci pour ta bienveillance infinie.

A **l'équipe de l'INRAE**, pour votre accueil, votre enseignement et votre bonne humeur. **Christine**, merci pour ton soutien durant toute mon année de master et maintenu par la suite. Merci de m'avoir fait confiance dès le début, merci pour ton écoute bienveillante et tes conseils avisés. **Béatrice**, merci pour ta patience, ton enseignement et ton écoute.

A **Hugo POTIER** et **Florian SALIPANTE**, pour votre aide depuis le recueil des données à l'exploitations des résultats. Ce travail n'aurait pas pu être ce qu'il est sans votre soutien.

A ma famille

Maman, merci d'être une femme aussi inspirante, capable de tout mener de front. Tu m'as donné la force de devenir la femme que je suis aujourd'hui. Merci pour tous les sacrifices que tu as fait pour moi et pour nous trois, pour ton soutien dans chacune de mes décisions, pour ton écoute, pour tout ce que l'on peut partager ensemble. Merci de m'avoir permis d'avoir cette vie, de mettre autant d'énergie dans notre famille et de nous réunir autant.

Papa, merci d'avoir éveillé ma curiosité scientifique, pour me faire réfléchir sur le monde et pour ton sens critique. Nos avis divergent parfois mais me poussent à construire un argumentaire, à justifier mes choix et à questionner mes convictions. Merci pour m'avoir transmis ton amour pour la nature et la simplicité qui me rappelle ce qui est essentiel.

Mel, merci pour tes éclats de rires, ta bienveillance, ton dynamisme, ton ouverture d'esprit. Merci pour les heures d'aides aux devoirs, pour m'avoir embarqué pour mes premières fêtes et pour mon premier road trip, j'ai découvert et appris tellement de chose à tes cotés. Merci d'être toujours là pour moi.

Coco, merci pour ton soutien dans chaque moment difficile de ma vie, pour tous nos longs échanges, pour ta façon de lâcher prise, pour ta capacité à faire de tes rêves une réalité, pour ta façon de voir le monde et la vie. Tu me donnes la force de me détacher des injonctions, de voir ma vie autrement, d'affirmer mes choix et de croire en mes rêves. Te voir évoluer me rappelle chaque jour que tout est possible, que nos seules limites sont celles que l'on s'impose.

Raph, merci pour tous tes conseils, pour ta disponibilité, pour mon appartement mais aussi dans tous les moments que l'on partage, merci pour ta gentillesse et pour ta capacité à ne jamais te prendre la tête.

Chantal, merci pour ton calme et ton écoute, pour ta façon de tout relativiser et de solutionner tous les problèmes. Merci pour tout ce que tu fais pour notre famille, pour notre mamie, pour ta bienveillance.

Mamie, ma petite mamie, merci d'être toujours de bon conseil, toujours juste, douce, patiente et compréhensive envers tout le monde. On ne t'entend jamais te plaindre, tu n'as jamais un mot plus haut que l'autre, mais toujours un mot pour faire sourire. Merci pour ta tendresse qui nous accompagne depuis notre enfance.

Pépé, merci pour m'avoir fait questionner sur la vie,

Mémé, merci pour tes ondes artistiques qui continuent peut-être à nous suivre de là-haut.

A Amélie. Toutes ces années partagées, toutes ces galères, tous ces fous rires, tous ces moments de doutes, toutes ces aventures, toutes ces expériences, toutes ces découvertes.... Tout ce qu'on a vécu ensemble, c'est fou. Pouvoir s'appeler à toute heure, rire de n'importe quoi, pleurer aussi parfois... J'admire ta façon de surmonter chaque étape de ta vie, de t'adapter à toutes situations... Tu rends ma vie plus douce et plus folle à la fois. Merci pour ton soutien sans faille, pour ton grain de folie, pour tes surprises toujours aussi incroyables qu'improbables, pour tes éclats de rire.

A mes amis. es de toujours

Alizée et Laetitia, merci d'être là aujourd'hui, et depuis maintenant 15ans. Merci d'être toujours de bons conseils, toujours attentives, toujours là pour moi. On se connaît si bien que nos mondes ont beau être bien différents, c'est toujours aussi facile de se retrouver.

Victoria, Margaux, Laurène, Séverine et Emma, merci d'être ma bulle d'air en dehors de médecine, on se suit parfois de loin et on se retrouve pourtant encore dans des plans improbables !

Val, merci d'avoir pris des nouvelles pendant autant d'années et d'être réapparu régulièrement dans ma vie. Te retrouver était à la fois tellement inattendu et tellement spontané, j'espère qu'on aura encore l'occasion de se recroiser.

A la team sudiste

Nono, ma sœur de <3 merci de me suivre dans tous mes plans foireux, de me faire confiance dans chacune de nos aventures, de soutenir chacun de mes choix, d'être toujours là pour écouter mes doutes même quand je change 15 fois d'avis, d'être toujours là tout court.

Léa, pour ton énergie, ta spontanéité et ta bonne humeur qui se répand toujours autour de toi. Avec toi tout est simple, c'est tellement agréable d'avoir quelqu'un comme ça autour de soi.

Jojo, pour tes conseils, et ta façon de te relativiser, merci pour ton écoute attentive quand j'en ai besoin.

Cilou, pour entendre mes conneries et les répéter à voix haute (désolé de ne pas toujours assumer ahah), pour ton humour et ta stabilité.

Sushi pour tout ton amour, pour nos années d'assos, et tout ce qu'on a partagé.

Safire, pour ta douceur et ta bienveillance.

Bastien, pour ton mélange de frontalité et de mignonnerie (surtout depuis que Rufus est dans ta vie)

Lauriane, pour ta bonne humeur, pour ta façon de trouver le positif dans chacune des situations.

Dédé, pour toujours poser les bonnes questions, pour mettre les pieds dans le plat. Avec toi tout est simple et spontanée.

Marilou, pour ton grain de folie et ton énergie.

Quentin, tu brilles par ton absence ces dernières années mais nos rares moments de retrouvailles sont toujours un bonheur.

Oudin, pour ta fibre artistique et tes idées perchés,

Ben, Ando, GP, pour les moments partagés, au plaisir de se recroiser !

William, merci de m'avoir soutenue et d'avoir cru en moi-même lorsque je baissais les bras. Merci pour ta bienveillance, pour ton écoute et ta patience. Nos chemins se sont séparés mais ces moments font toujours un peu parti de moi.

À la team endoc

JB, Orianne, Sarah, pour vos conseils et votre accompagnement dans mon début d'internat.

Anne-Claire, pour ton énergie, ton humour, ta sincérité, ton sens de la fête. Merci de m'avoir soutenue pour UNITED, suivie pour la FENERADIAM, d'être toujours à l'écoute de mes doutes et de bons conseils. J'admire ton humilité, tes projets multiples, ta capacité à toujours voir le côté positif. Tu es une source de motivation au quotidien.

Camille pour ta gentillesse et la justesse de ton accompagnement pendant mon projet de thèse, pour tes relectures et ton soutien.

Manon, pour nos discussions le midi à Lapeyronie, pour tes conseils et ton écoute.

Coralie pour ton humour implacable qui m'a égayé mon premier semestre, **Marion, Elise**, merci pour votre bonne humeur, merci à toutes les 3 pour nous avoir rassemblé si souvent dans votre cocon, et pour nos moments d'asso ! **Lucile, Elena**, merci pour vos partages d'expériences autour des verres de jeudi d'endoc.

Aux filles de ma promo, **Lise**, merci d'être la force tranquille, capable de s'imposer en ayant l'air toujours aussi calme, un vrai talent ! **Noémie**, notre adoptée, impossible d'avoir le cafard quand tu es dans les parages, merci pour ta capacité à garder le sourire dans toute situation ! **Paula**, merci d'avoir la fibre artistique et de nous rappeler qu'on ne peut pas tout accepter. **Maelle**, pour ton soutien sur nos semestres partagés.

Cécilia, pour ta sensibilité et pour nos verres parisiens partagés, **Clothilde** merci pour ton sens de l'humour et ta spontanéité.

Quentin V., tu as peut-être finalement choisi d'être chirurgien mais tu restes un peu endoc quand même (le meilleur parmi les ORL askip). Merci d'être aussi frontal et de n'avoir aucun filtre j'adore.

Charlotte, Axelle, Roxane, Manon, Florie, Sacha c'est un plaisir d'avoir pu vous croiser et faire un bout de chemin avec vous, la relève est assurée !

Et à ceux que je connais moins, **Christelle, Thibault, Ayham, Wayne et Adrien**, au plaisir de travailler un jour ensemble

A mes amis.es Montpellierains.es

A **Marie et Marie-Sophie**, mes deux yogis préférées. Merci pour votre douceur, pour votre motivation à découvrir de nouvelles choses, pour répondre présentes quand je suis en galère, et pour tous les bons plans de Montpellier partagés.

Chacha, pour tes précieux conseils, ta fiabilité et ton énergie débordantes. J'admire ta façon de te connaître et de poser tes limites. T'avoir à mes côtés pour les 6 prochains mois me rassure, sans toi je ne sais pas si j'aurai sauté le pas !

Laura K., pour nos fous rires, nos pétages de câbles, nos heures à bosser et nos heures à se raconter nos vies, nos convictions, nos doutes, nos limites et nos rêves. Merci pour ton écoute, tes conseils, ta capacité à tout gérer et parfois à tout lâcher aussi.

Marine, pour ta douceur, ta bonne humeur et ta bienveillance.

Juju, pour rendre la vie plus facile et ta capacité à tout manager, **Laura B**, pour être toujours aussi sereine, et de vendre du rêve avec chacune de tes aventures, **Flavien** pour avoir assuré l'animation de la coloc sur ce semestre, et pour ton admiration des hippocampes, **Marie A.**, pour nos moments sportifs et festifs, il faut qu'on se motive plus souvent à aller courir ensemble, **Shushu** pour ta folie, et ton ouverture d'esprit, j'ai adoré découvrir ton monde, et pouvoir partager sur tous les sujets, **Poupou** pour ta cuisine qui rassemble, **Karim**, pour ton calme et ton ouverture d'esprit, **Chloé** pour ta gentillesse et ton accent british, **Nico**, pour ta force tranquille qui apaise l'esprit, et pour tes talents d'artistes qui pimentent la vie. **Greg** pour ta disponibilité quand j'ai eu besoin d'aide, **Romain B.**, pour tes rhums arrangés, pour ta façon d'être toujours désorganisé et toujours aussi tranquille, **Estelle** pour ta chill vibes, **Claire** pour ton gout de l'aventure et pour être toujours partante,

Danaé, pour ta bonne humeur, **Laurine** pour ton humour et tes gout musicaux, **Clémence**, pour ta franchise et ton grain de folie, **Gauthier** pour ton côté détraqué, **Mathilde E.**, pour ton calme

et ta douceur, **Guillaume H.** pour énergie et ta spontanéité, **Marie et Thibaud** pour votre simplicité et vos bonnes ondes, **Guillaume P.** pour la facilité avec laquelle on peut échanger, **Benjamin**, pour égayer mes trajets en train, **Loïc** pour les verres partagés au tropisme,

Romain T., pour ta capacité à m'extirper de situations malaisantes, pour ton regard attentif, pour ton ouverture d'esprit, pour les vanes échangées, **Paul** pour les soirées et les wakes partagés, à quand la prochaine sortie ?, **Mélik** pour ton énergie quel que soit l'heure de la nuit.

A la team ski, **David, Alex, Medhi** merci d'être toujours motivés pour tout type de projets, **Helo**, pour l'énergie qui rayonne toujours autour de toi, **Mathilde S.**, pour ta bienveillance et ton grain de folie, **Charlotte A.** pour ta capacité à tout simplifier, **Chris** pour être toujours aussi serein en toute circonstance.

A **Nico M.**, mon p'tit chat, mon marseillais préf. Nos chemins se sont croisés à une période charnière de ma vie et me reconnaître en toi m'a fait prendre confiance en mes projets. Merci pour nos moments tendres et nos paroles franches. Merci pour ta patience et ton soutien, même quand ça implique de prendre plus de temps.

Merci à chaque personne avec qui j'ai partagé un verre, une soirée, un fou rire, un débat, ou juste un moment de vie. Chaque rencontre me fait grandir et réfléchir, et c'est grâce à ça que j'en suis ici aujourd'hui.

Sommaire

Liste du corps enseignant	2
Remerciements	9
Sommaire	18
Table des figures	19
Table des tableaux	20
Liste abréviation	21
Partie 1 - Introduction du sujet	22
I- Le surpoids et l'obésité	22
a. Définitions	22
b. Prévalence	23
c. Facteurs impliqués dans la prise de poids	25
Facteurs génétiques	25
Facteurs physiologiques	25
Facteurs socio-environnementaux	27
d. Complications	28
Complications somatiques	28
Complications psychosociales	30
II- Stigmatisation du sujet en situation d'obésité	31
a) Définitions : les différentes formes de stigmatisation	31
b) Stigmatisation dans les soins	34
c) Conséquences de la stigmatisation	35
Partie 2 - PERCEPONIMES : Evaluation de la perception des personnes en situation d'obésité au sein du CHU de Nîmes.	38
Résumé	38
Introduction	39
Matériel et méthode	40
Résultats	43
Discussion	58
Références bibliographiques	62
Annexes	69
Serment d'Hippocrate	72

Table des figures

Figure 1 statut nutritionnel en fonction de l'IMC	22
Figure 2 Illustration de l'obésité androïde (à gauche) et gynoïde (à droite)	23
Figure 3 Prévalence mondiale standardisée selon l'âge et le surpoids (à droite) et de l'obésité	24
Figure 4 Evolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité en France entre 1997 et 2020	24
Figure 5 Quelques voies par lesquelles l'excès d'adiposité conduit aux principaux facteurs de risque et aux maladies chroniques courantes.	30
Figure 6 Cercle vicieux de la stigmatisation liée au poids	37
Figure 7 Echelle visuelle du score du FPS	43
Figure 8 Echelle visuelle du score du FPS pour la moyenne globale de la population « personnel hospitalier »	47
Figure 9 Echelle visuelle du score du FPS en fonction du genre, de l'IMC et de la catégorie professionnelle.	49
Figure 10 Analyse des comparaisons multiples (ACM) pour l'enquête « personnel hospitalier » « Non » = IMC <30 ; « Oui » = IMC <30	50
Figure 11 Fréquence de la stigmatisation vécue, toutes expériences confondues.	56
Figure 12 Fréquences des moqueries, injustices et discriminations vécues	56
Figure 13 Fréquences et pourcentages des vécus des différentes formes de stigmatisation en fonction du genre.	56
Figure 14 Fréquence et pourcentage des vécus des différentes formes de stigmatisation en fonction de l'IMC.	57

Table des tableaux

Tableau 1 Caractéristiques globales de la population du personnel hospitalier	45
Tableau 2 Caractéristiques globales de la population du personnel hospitalier	45
Tableau 3 Caractérisation de la population du personnel hospitalier en fonction du sexe	46
Tableau 4 Caractérisation de la population des patients en fonction du genre	46
Tableau 5 Moyenne pour chaque paire d'adjectif du FPS.	48
Tableau 6 Moyennes pour chaque paire d'adjectifs du FPS en fonction du genre.	51
Tableau 7 Moyenne pour chaque paire d'adjectif du FPS en fonction de l'IMC	52
Tableau 8 Moyenne pour chaque paire d'adjectif du FPS en fonction de la catégorie professionnelle	53
Tableau 9 Comparaison deux à deux (différence de moyenne, p-values) des modalités de la variable catégorie professionnelle par analyse post hoc sur l'item Paresseux/Travailleur	53
Tableau 10 Comparaison deux à deux (différence de moyenne, p-values) des modalités de la variable catégorie professionnelle par analyse post hoc sur l'item Non séduisant / Séduisant	54
Tableau 11 Comparaison deux à deux (différence de moyenne, p-values) des modalités de la variable catégorie professionnelle par analyse post hoc sur l'item Lent / Rapide	54
Tableau 12 Comparaison deux à deux (différence de moyenne, p-values) des modalités de la variable catégorie professionnelle par analyse post hoc sur l'item Inactif / Actif	54

Liste abréviation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

LCO : Ligue Contre l'Obésité

NASH : Stéatose Hépatique Non Alcoolique

CLAN : Comité de Liaison Alimentation Nutrition

DS : Déviation standard

FPS : Fat Phobia Scale

ACM : Analyse des comparaisons multiples

Partie 1 - Introduction du sujet

I- Le surpoids et l'obésité

a. Définitions

L'OMS définit l'obésité comme étant « une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé » (1). Chez l'adulte, le diagnostic de surpoids ou d'obésité s'appuie sur la mesure de l'Indice de Masse Corporelle (IMC). L'IMC correspond au poids du sujet, divisé par le carré de sa taille et est donc exprimé en kg/m^2 . Il reflète l'importance de la masse grasse dans la composition corporelle. Selon l'OMS, une personne est en surpoids lorsque son IMC est supérieur à $25\text{kg}/\text{m}^2$ et en obésité s'il est supérieur à $30\text{kg}/\text{m}^2$. L'IMC permet également de graduer la sévérité de l'obésité (Figure 1(2)). Cet indice est néanmoins à interpréter avec précaution à l'échelle individuelle puisqu'il ne considère ni le sexe, l'ethnie, ou l'âge, éléments pouvant faire varier la composition corporelle dont la masse musculaire.

IMC (en kg/m^2)	Classification OMS
Moins de 16,5	Dénutrition
Entre 16,5 et 18,5	Maigreur
Entre 18,5 et 25	Valeur de référence
Entre 25 et 30	Surpoids
Entre 30 et 35	Obésité modérée
Entre 35 et 40	Obésité sévère
Au-delà de 40	Obésité massive

Figure 1 statut nutritionnel en fonction de l'IMC

L'IMC ne permet pas non plus de connaître la répartition de la masse grasse corporelle, facteur important dans l'apparition des complications de l'obésité (3). On distingue ainsi l'obésité abdominale, ou androïde, associée à une masse grasse viscérale, de l'obésité gynoïde, associée à une masse grasse sous cutanée (Figure 2 (4)). L'obésité abdominale est associée à un

surrisque de complications métaboliques. Sa définition varie en fonction de l'origine ethnique de la personne. Pour les personnes d'origine caucasienne, l'obésité abdominale est définie par un tour de taille supérieur à 94cm chez l'homme et à 80 cm chez la femme (5).

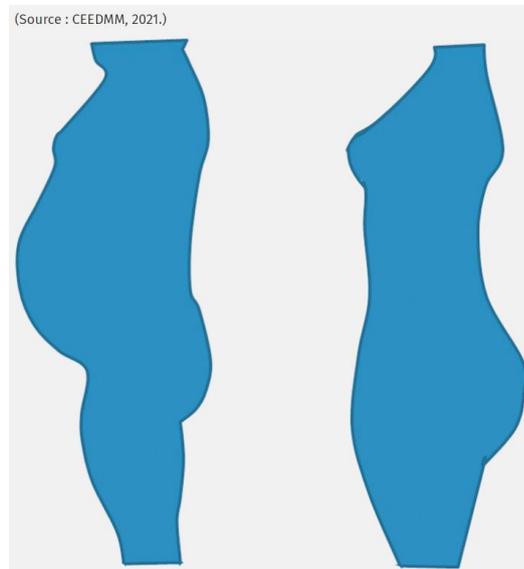


Figure 2 Illustration de l'obésité androïde (à gauche) et gynoïde (à droite)

b. Prévalence

L'obésité est un problème de santé publique majeur, qualifiée par l'OMS de première épidémie non infectieuse de l'Histoire. Dans le monde en 2015, 1,9 milliards 609 millions de personnes étaient estimées en situation de surpoids ou d'obésité, représentant 52% de la population mondiale (6). La prévalence du surpoids est passée de 26,5% en 1980 à 39% en 2015, soit une augmentation de presque 50% en 35 ans, et celle de l'obésité de 7% à 12,5% en 2015, soit une augmentation de près de 80% (Figure 3 (6))

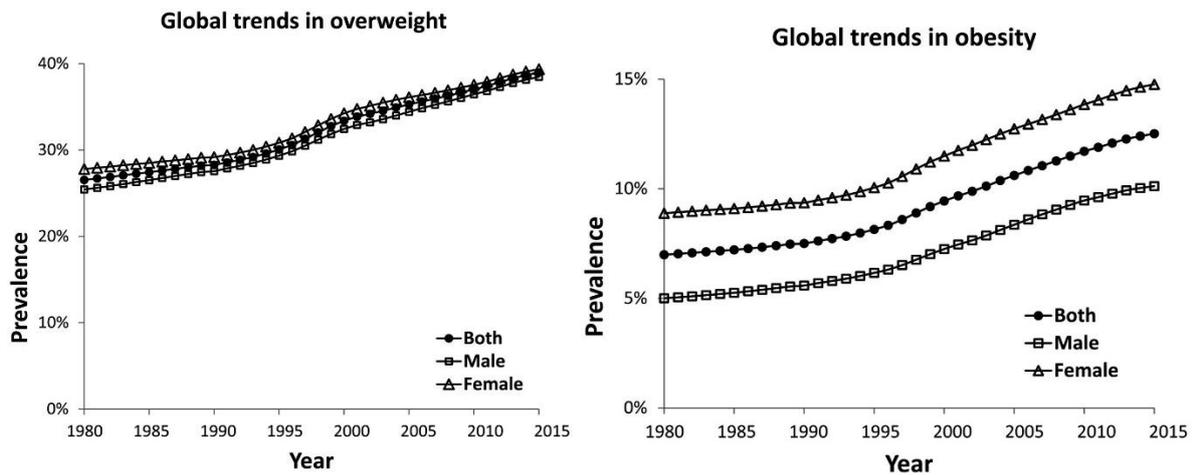


Figure 3 Prévalence mondiale standardisée selon l'âge et le surpoids (à droite) et de l'obésité

En France, l'étude Obepi-Roche 2020 menée par la Ligue Contre l'Obésité (LCO 2020 Obepi-Roche (7)) estime que 47,3% des Français adultes (18 ans ou plus) sont en surpoids et 17% présentent une obésité. Cette étude fait suite aux études Obepi-Roche réalisées entre 1997 et 2012, et permet ainsi de mesurer l'évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité en France sur cette période. Ainsi, on observe que la prévalence du surpoids a été globalement stable sur cette période, alors que la prévalence de l'obésité ne fait qu'augmenter passant de 8,5% en 1997 à 17% en 2020 (Figure 4 (7)).

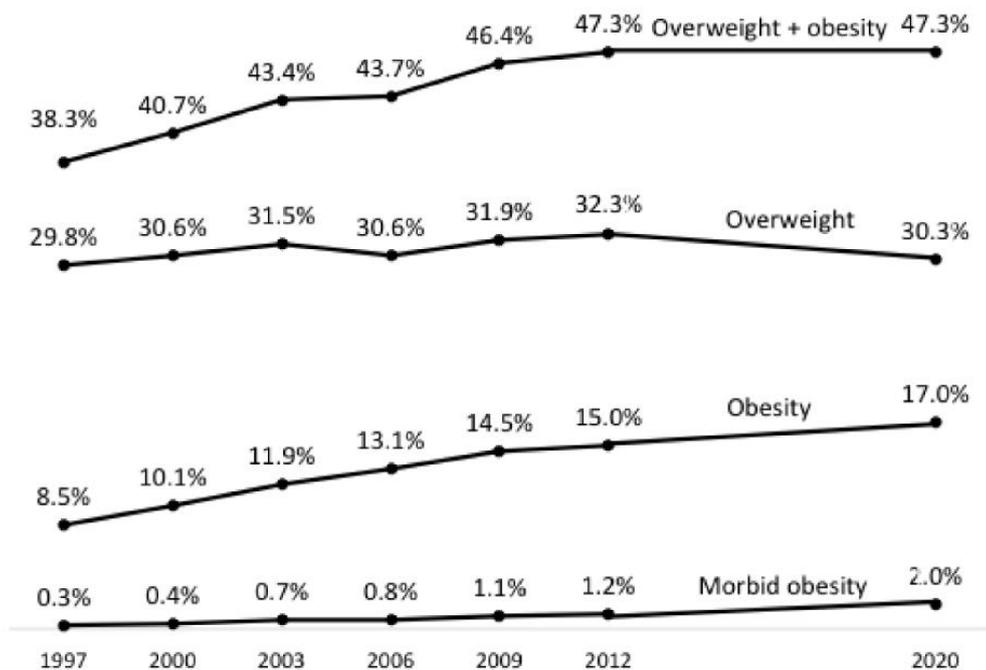


Figure 4 Evolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité en France entre 1997 et 2020

c. Facteurs impliqués dans la prise de poids

L'obésité résulte d'un déséquilibre de la balance énergétique entre les apports et les dépenses énergétiques. On distingue deux types d'obésités : l'obésité primaire, ou commune, qui représente la grande majorité des obésités, et l'obésité secondaire. L'obésité primaire est multifactorielle et associe des déterminants génétiques, physiologiques, environnementaux et sociologiques. L'obésité secondaire est quant à elle beaucoup plus rare et est la conséquence de pathologies endocriniennes, hypothalamiques, génétiques ou bien d'une iatrogénie médicamenteuse, qui nécessite une prise en charge étiologique adaptée (8). Ces pathologies ne sont pas détaillées dans ce travail pour se concentrer sur les facteurs impliqués dans la prise de poids des personnes en situation d'obésité commune.

Facteurs génétiques

La société actuelle est de plus en plus exposée à une nourriture à haute densité énergétique et à un mode de vie sédentaire. Pourtant, pour un même mode de vie, tout le monde n'a pas les mêmes risques de développer une obésité. Des études analysant les IMC de jumeaux, élevés ensemble ou séparément, ont permis d'estimer que la génétique était responsable de 40 à 70% de la variabilité individuelle d'adiposité (9,10). Cela suggère que la corpulence d'une personne est pour moitié expliquée par la génétique et pour moitié expliquée par l'environnement de vie.

L'épigénétique, en tant que médiateur entre génome et environnement, semble également jouer un rôle dans la détermination de la susceptibilité individuelle à l'obésité, sans qu'il n'y ait de modification de la séquence de l'ADN (11,12).

Facteurs physiologiques

La régulation de la prise alimentaire résulte d'une fine coordination entre le système nerveux central et des messagers périphériques.

Le système digestif et le tissu adipeux jouent un rôle important dans la production de ces messagers. La sécrétion de leptine par le tissu adipeux, et d'entéro-hormones comme la ghréline ou le glucagon-like peptide-1 (GLP-1) par les cellules gastriques ou intestinales interviennent dans la régulation des sensations de faim et de satiété. Or ses sécrétions sont altérées chez les personnes en situation d'obésité (13). Également, de nombreuses études récentes ont montré l'importance du microbiome intestinal dans la régulation de la prise alimentaire et de la prise de poids (14). Ce microbiome est majoritairement programmé lors

des 3 premières années de vie, incluant la période prénatale mais est ensuite modulé par l'alimentation, les médicaments ou le stress. Ces modulations peuvent être à l'origine d'une altération de l'interaction système nerveux central- microbiome intestinal, jouant un rôle dans l'apparition de l'obésité et de ses complications (15).

Au niveau du système nerveux central, des études ont montré une corrélation entre l'envie de manger en cas d'évènement stressant ou d'exposition à un aliment apprécié et l'insulinorésistance (16). Cela suggère que l'insulinorésistance induite par l'obésité entraîne une dérégulation de la prise alimentaire, pourvoyeuse d'une suralimentation entretenant l'obésité.

Lorsque l'ensemble de ses signaux fonctionnent de façon physiologique, l'individu peut avoir une alimentation dite « intuitive ». Ce comportement alimentaire est défini par une prise alimentaire régulé par les signaux de faim et de satiété, sans qu'il n'y ait d'interdits alimentaires. L'étude française NutriNet Santé réalisée sur 11774 hommes et 40389 femmes a montré que ce mode d'alimentation était associé à un IMC plus bas que la moyenne de la population. Inversement, lorsqu'ils dysfonctionnent, que ce soit pour des raisons biologiques ou psychologiques, l'individu peut être amené à adopter une alimentation dite émotionnelle, guidée par les émotions, voir des addictions alimentaires pouvant aller jusqu'aux troubles du comportement alimentaire tels que l'hyperphagie boulimique, la boulimie ou l'anorexie. Une étude française menée sur 1142 individus a montré que l'anxiété et la dépression étaient liées à une majoration des addictions alimentaires quel que soit l'IMC des individus et à une majoration de l'alimentation émotionnelle avec difficultés à se fier aux sensations de faim et de satiété chez les personnes ayant un IMC élevé (17). Également, plusieurs études estiment que 30 à 50% des personnes en situation d'obésité souffrent d'hyperphagie boulimique (18). Cela souligne l'importance de prendre en compte les facteurs psychologiques lors de la prise en charge des personnes en situation d'obésité.

Le sommeil est également un élément pouvant faire varier la prise alimentaire. Une méta-analyse publiée en 2023 montre que le manque de sommeil est associé à une majoration de la prise alimentaire par majoration des hormones régulant l'appétit, et par des envies de manger survenant souvent le soir, malgré un sentiment de satiété (19), majorant ainsi le risque d'obésité. Une autre méta-analyse incluant plus de 600 000 personnes montre qu'en cas de durée de sommeil inférieure à 5 heures, le risque d'obésité serait majoré d'environ 50 % pour

les adultes, et de 90 % pour les enfants (20). Enfin, la régulation de la balance énergétique varie avec le rythme circadien. Un décalage entre les habitudes de vie et ce cycle physiologique est responsable d'une baisse de la dépense énergétique et d'une augmentation de la prise alimentaire, favorisant la prise de poids (21,22).

Facteurs socio-environnementaux

L'obésité est souvent perçue comme une conséquence de comportements individuels tels qu'une alimentation trop riche ou un manque d'activité physique. Cependant, les comportements individuels sont largement influencés par l'environnement de vie et par des forces systémiques plus distales telles que les facteurs économiques, sociaux et politiques.

Sur les dernières décennies, l'urbanisation et l'industrialisation de la société ont entraîné une modification des habitudes alimentaires et une baisse de l'activité physique, contribuant à l'augmentation de la prévalence de l'obésité (23).

Concernant l'alimentation, un régime riche en produits hypercaloriques, riches en gras et en sucres, augmente le risque d'obésité. Or ces aliments sont devenus omniprésents dans le régime alimentaire occidental, notamment avec l'accroissement de la disponibilité des produits carnés et des produits ultra-transformés (23,24). La consommation de ces aliments est incitée par le marketing alimentaire, lui-même soumis à de nombreux enjeux économiques et politiques, dont les objectifs diffèrent des enjeux de santé publique.

Concernant l'activité physique, l'OMS recommande en 2020 de pratiquer une activité physique modérée d'au moins 300 minutes par semaine ou bien une activité physique intensive au moins 150 minutes par semaine (25). Cependant, le mode de vie occidental urbanisé favorise la sédentarité. La marche et le vélo ont été remplacés par des modes de transports motorisés, le travail s'est automatisé et de nombreux loisirs inactifs se sont développés (23,26).

Ces facteurs de risques socio-environnementaux sont d'autant plus présents dans les quartiers défavorisés, creusant les inégalités sociales. En effet, ces environnements de vie sont défavorisés en termes d'accès aux options alimentaires saines alors qu'ils sont plus exposés aux fast-foods et qu'ils comportent moins d'installations favorisant l'exercice physique. Ils sont aussi exposés à plus d'insécurité, l'environnement extérieur devenant alors moins propice à l'activité physique (27).

Enfin, le stress psycho-social est également associé à une prise de poids. Une étude de cohorte réalisée sur 1355 personnes aux Etats-Unis retrouve une corrélation entre la prise de poids et le stress psychosocial lié aux exigences professionnelles et aux difficultés financières chez les hommes et les femmes (28). Les effets du stress varient en fonction du sexe, avec une réponse différente en fonction de la source de stress (28,29), et en fonction de l'IMC de base. Une prise de poids plus importante est observée en cas de stress chez une personne déjà en surpoids par rapport à une personne présentant un IMC dans les normes (30).

d. Complications

Complications somatiques

L'obésité, caractérisé par un excès de masse grasse, est associée à de nombreuses complications somatiques résumées sur la figure 5 (11). L'accumulation des graisses induit une inflammation systémique de bas grade et un stockage ectopique des acides gras, jouant un rôle clé dans l'apparition de ces complications (31,32). Ces deux mécanismes entraînent une perturbation du métabolisme glucidique et lipidique au niveau des organes tels que le foie et les muscles, conduisant à l'insulinorésistance périphérique (32). L'insulinorésistance se traduit dans un premier temps par une majoration de sécrétion d'insuline par le pancréas, entraînant alors un hyperinsulinisme chronique, lui-même responsable de l'activation de voies métaboliques pourvoyeuses de stress oxydant et de dysfonction mitochondriale majorant l'inflammation systémique et l'insulinorésistance (33). Lorsque les mécanismes d'adaptation des cellules bêta-pancréatiques sont dépassés, le glucose ne peut plus être suffisamment métabolisé et entraîne alors un diabète de type 2, lui-même à l'origine de multiples complications.

Les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux et l'hypertension artérielle sont les principales causes d'invalidité chez les sujets en situation d'obésité (34). Une méta-analyse réalisée aux Etats-Unis regroupant 10 études de cohortes prospectives et une population totale de près de 200000 personnes, a montré que le risque de pathologies cardiovasculaires était multiplié par 1,67 chez les femmes et 1,85 chez les hommes ayant un IMC entre 30 et 39,9, et de 3,14 pour les femmes et 2,53 pour les hommes ayant un IMC \geq 40 (35). L'augmentation du risque cardiovasculaire s'explique en partie par l'augmentation du risque d'hypertension artérielle, via notamment l'activation du système nerveux sympathique et du système rénine-angiotensine (36).

Au niveau hépatique, l'inflammation, l'hyperinsulinisme et l'accumulation excessive de lipides peuvent conduire à une stéatose hépatique (ou NAFLD pour « nonalcoholic fatty liver disease ») (37). Il est estimé que 25% de la population Européenne est concernée par cette pathologie, et cette prévalence augmente dans les populations en surpoids ou obèse (38). La stéatose hépatique est responsable, dans 20% des cas, d'une stéato-hépatite (ou NASH pour « *Non-Alcoholic SteatoHepatitis* ») associant stéatose et fibrose hépatique, et pouvant conduire à la cirrhose (39). En plus de l'atteinte hépatique, la stéatose hépatique est associée à un surrisque de mortalité cardio-vasculaire (40) et de maladies métaboliques telles que l'insulinorésistance, le diabète, ou les dyslipidémies via l'altération du métabolisme glucidique et lipidique, venant elles-mêmes entretenir la pathologie hépatique (38).

L'obésité constitue également un facteur de risque et un facteur de mauvais pronostic pour de nombreuses tumeurs malignes, notamment les cancers du rein, du sein, de l'ovaire, du pancréas, de l'endomètre et de l'œsophage (41). Il a été estimé que l'excès pondéral était responsable d'environ 20 % de tous les cas de cancer (42).

Enfin, du fait des contraintes mécaniques imposées à l'organisme, l'excès de poids est également responsable de complications respiratoires, comme de syndrome d'apnée du sommeil et l'insuffisance respiratoire, de complications articulaires pouvant mener à l'arthrose, et de complications digestives telles que des reflux gastro-œsophagiens, pouvant lui-même être la cause de complications œsophagiennes (11,43).

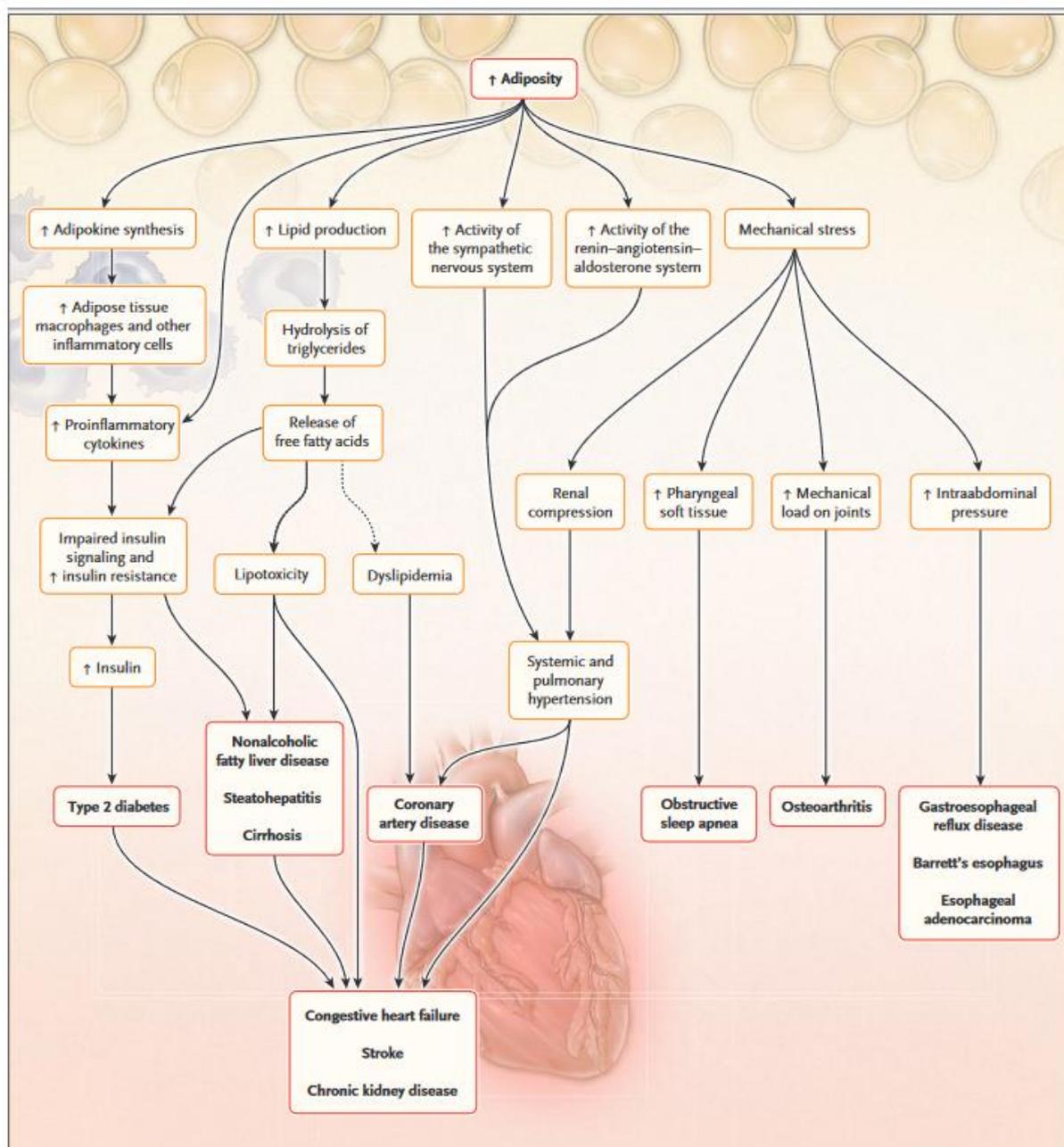


Figure 5 Quelques voies par lesquelles l'excès d'adiposité conduit aux principaux facteurs de risque et aux maladies chroniques courantes.

Complications psychosociales

De nombreuses études montrent une association forte entre dépression et obésité, avec une relation bidirectionnelle, l'obésité majorant le risque de dépression et la dépression majorant le risque d'obésité (34). Une méta analyse réalisée sur 13 études prospectives retrouvait que les adolescents dépressifs avaient 70% de plus de risque d'être obèse et que les adolescents obèses avaient 40% de plus de risque d'être dépressif (44). Une revue de la littérature incluant 46 articles a montré que les principaux éléments qui liaient la dépression et l'obésité étaient la

gravité de l'obésité, le statut socio-économique, l'image corporelle, les facteurs psychologiques, la santé physique, les relations sociales, l'hyperphagie et d'autres comportements alimentaires dérégulés, et le fait d'avoir subi une stigmatisation (45).

Il existe également une association entre obésité et anxiété. Une méta-analyse regroupant 25 études montre que les personnes en situation d'obésité (IMC ≥ 30) présentent 30% de plus d'anxiété que les personnes non obèses (46). L'alimentation émotionnelle est l'un des facteurs pouvant expliquer ce lien, notamment chez les femmes qui semblent plus susceptible d'utiliser la nourriture en réponse aux stimulus négatifs (47).

Enfin, l'obésité est pourvoyeuse de stigmatisation. Celle-ci prend différentes formes et a de nombreuses conséquences.

II- Stigmatisation du sujet en situation d'obésité

a) Définitions : les différentes formes de stigmatisation

Le concept de stigmatisation a été défini pour la première fois par Erving Goffman en 1975 comme étant « un processus dynamique de dévaluation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres » (48). Le modèle de minceur s'installe à partir des années 1950, moment où commence à apparaître l'abondance alimentaire. La minceur devient alors signe d'éducation, de succès, alors que la personne en surpoids est vue comme étant « celui qui ne joue pas le jeu du partage, celui qui garde à son profit »(49). Dans le livre « le malheur des obèses dans les sociétés modernes », Jean-Paul Poulain décrit comment, en quelques décennies, la stigmatisation des personnes obèses s'installe pour devenir maintenant une des stigmatisations les plus admises dans la société contemporaine (49). Plusieurs études montrent que les personnes en situation d'obésité sont de nos jours perçues comme étant plus paresseuses, moins compétentes, socialement isolées et manquant de motivation (50,51). Une étude réalisée sur 146 personnes obèses aux États-Unis retrouvait qu'elles étaient confrontées en moyenne plusieurs fois par semaine à la stigmatisation (52). Cette stigmatisation est maintenant décrite et reconnue dans de nombreux milieux, comme à l'école, en entreprise ou encore à l'hôpital (53) et y prend plusieurs formes. On distingue ainsi la stigmatisation interpersonnelle consciente, individuelle inconsciente et la stigmatisation systémique dite de société (54).

La stigmatisation interpersonnelle consciente fait référence à des comportements tels que des commentaires négatifs, des moqueries, des regards désapprobateurs, de la discrimination, ou des comportements d'évitement. Depuis les années 2000, ces comportements sont dénoncés sous le terme de grossophobie, mot récemment enregistré dans le Robert, souvent employé par les associations de lutte contre la stigmatisation des sujets obèses (*ex : Gras Politique, Ligue contre l'Obésité*) (55) et dont l'entrée dans le langage courant a commencé à faire évoluer les consciences. Néanmoins, la stigmatisation est toujours bien présente dans notre société et peut débiter dès l'enfance. En effet, certaines études montrent que les enfants peuvent attribuer des qualités négatives aux personnes obèses dès l'âge de 4ans, notamment dans les classes sociales élevées, et ce plus souvent envers les femmes en surpoids qu'envers les hommes (50,56). L'expérience de stigmatisation semble débiter également dès le plus jeune âge, les enfants en surpoids pouvant être soumis à des traitements différents de la part des adultes et de leurs pairs (57). Chez l'adulte, une étude réalisée aux États-Unis a montré que les sources de stigmatisation interpersonnelle les plus courantes étaient les membres de la famille (72% des sujets en avaient subi au moins une fois l'expérience), les médecins (69% des sujets en avaient subi au moins une fois l'expérience), les camarades de classe à l'école, les vendeurs dans les magasins, les amis et enfin les collègues de travail (50).

Cette stigmatisation consciente est entretenue par l'environnement socio-culturel, à l'origine de la stigmatisation systémique. Celle-ci prend source par la diffusion de stéréotypes négatifs dans les médias, la publicité, les films, avec l'avènement de la minceur comme norme esthétique et preuve de bonne santé. Elle se retrouve également dans les activités courantes de la vie quotidienne, comme au restaurant, dans les magasins de prêt à porter où les grandes tailles sont rarement disponibles, dans les moyens de transports où la taille des sièges est inadaptée à la corpulence des sujets obèses, voir où des frais supplémentaires sont demandés aux personnes en situations d'obésité comme dans l'avion par exemple (58). Cette discrimination semble exister aussi dans les décisions de justice, par exemple lors de démarche d'adoption d'enfants ou lors de l'attribution de la garde d'enfant au moment d'une séparation (58). La stigmatisation systémique se retrouve jusque dans les campagnes de santé publique, qui semblent se baser sur l'hypothèse que le poids est majoritairement contrôlé par l'individu, et que la stigmatisation des personnes obèses pourrait être source de motivation pour changer leurs comportements (53,59,60).

L'ensemble de ses situations et comportements stigmatisants peuvent induire chez les sujets en situation d'obésité une internalisation de ses caractéristiques provoquant l'auto-culpabilisation et l'auto-dévaluation (53). Cette stigmatisation internalisée peut être à l'origine d'anxiété, de faible estime de soi, voire de troubles du comportement alimentaire entretenant la prise de poids (61).

La stigmatisation semble être vécue différemment en fonction du genre de la personne. Certaines études retrouvent que dès l'enfance, les propos stigmatisants sont plus fréquemment adressés aux femmes obèses qu'aux hommes obèses (56). Les femmes obèses sont plus susceptibles d'être victimes de stigmatisation de la part des soignants ou de leurs enfants, tandis que les hommes sont plus souvent victimes de stigmatisation par les membres de leurs familles (50). Elles sont également plus sujettes à la stigmatisation internalisée ; une étude australienne a ainsi montré qu'un certain nombre d'hommes en surpoids ne se catégorisaient pas comme tel alors que beaucoup de femmes normo-pondérées se définissaient en surpoids (62). Cela peut en partie s'expliquer par le fait que la beauté de la femme est plus souvent associée à la minceur par rapport à l'homme, l'exposant alors à plus de risque de stigmatisation liée au poids (63). Néanmoins, d'autres études ne retrouvent aucune différence entre les hommes et les femmes, laissant supposer que ces conclusions varient en fonction de la population étudiée (52).

En France en 2020, une grande enquête nationale a été menée par la Ligue contre l'obésité et Odoxa, dans le but de mesurer la prévalence de la discrimination liée à la corpulence (64). Près de 12000 personnes dont 2200 mineurs ont répondu au sondage, en faisant la plus grande étude française sur ce sujet. Les résultats montrent que 41% des personnes en situation d'obésité sévère subissent des discriminations, soit deux fois plus que la population générale. Cette prévalence était fortement corrélée à l'âge et au sexe, les jeunes subissant 6 fois plus de stigmatisation que les seniors. Les jeunes femmes (18-24ans) étaient plus souvent touchées que les jeunes hommes : 38% des jeunes femmes déclaraient être victimes de stigmatisations contre 27% des jeunes hommes. Cette discrimination était observée dans plusieurs sphères de vie, dont le domaine médical où 19% des personnes en situation d'obésité déclaraient avoir subi des discriminations.

b) Stigmatisation dans les soins

Le personnel soignant a été désigné dans plusieurs études comme étant une source majeure de stigmatisation liée au poids (50,65,66). Une étude réalisée en Allemagne a montré que les attitudes stigmatisantes étaient en moyenne aussi présentes chez le personnel hospitalier que dans la population générale. Cette étude montrait aussi que les médecins attribuaient plus souvent l'obésité aux comportements de l'individu alors que le personnel paramédical l'attribuait plus souvent à une pathologie (65).

Plusieurs mécanismes sont susceptibles d'entretenir cette stigmatisation.

Tout d'abord, comme tout individu, le personnel médical et paramédical, avant d'être soignant, naît et grandit au sein d'un environnement culturel qui n'échappe pas aux stéréotypes véhiculés par la société. La formation sur l'obésité reste encore majoritairement centrée sur les comportements à risques et les complications de cette pathologie, ne permettant pas de déconstruire ces préjugés (4,67). La stigmatisation peut parfois aussi être perçue comme un outil « thérapeutique » par les soignants, qui sont susceptibles d'utiliser des discours culpabilisants dans l'objectif de faire « *prendre conscience* » au patient qu'il est en situation d'obésité et qu'il doit faire en sorte de perdre du poids (62).

Cette stigmatisation est également entretenue par le manque d'équipements adaptés à la corpulence des personnes en situation d'obésité. Cela est à l'origine de vécus négatifs lors de la prise en charge de ces personnes entraînant une sensation d'échec ou de limitation dans la prise en charge, ce qui nourrit les préjugés existants autour de cette pathologie (62,67). Ainsi, dans des interrogatoires de soignants menés dans une étude d'anthropologie de la santé, la prise en charge des personnes de fortes corpulences était caractérisée comme étant « *une tâche sans fin, ingrate et peu rémunératrice* » (62). Une autre étude réalisée chez les médecins de New York qualifiait le traitement de l'obésité comme étant une source de frustration, du fait de n'avoir aucun contrôle sur les facteurs la favorisant, d'un faible sentiment d'efficacité de leur prise en charge et de la perception d'un manque de rémunération (68). Les difficultés rencontrées par les soignants pour accompagner leurs patients vers une perte de poids entretiennent leurs pensées stigmatisantes, plaçant alors le patient comme responsable de sa pathologie et entretenant à son tour toutes les conséquences néfastes pour la santé physique et psychologique du patient (62,68).

En France, une étude publiée en 2005 menée auprès de 600 médecins généralistes a montré que 30 % d'entre eux considéraient les patients en surpoids et obèses comme étant plus paresseux et plus complaisants que les personnes de poids normal et 60 % estimaient que le manque de motivation des patients est le problème le plus courant dans le traitement des patients en surpoids et obèses (69). Cette même étude a révélé que 57 % des médecins généralistes se sentaient inefficaces dans la gestion du poids de leurs patients (69). Une seconde étude française publiée en 2005, menée sur 607 médecins généralistes a retrouvé que 73 % des généralistes rapportaient des attitudes négatives à l'égard de leurs patients obèses ; 42% seulement se sentaient suffisamment préparé pour traiter les personnes obèses (70). Plus récemment, une étude réalisée auprès de 1560 étudiants de 3^{ème} cycle de médecine français a retrouvé que 51,4% d'entre eux exprimaient une discrimination relative au poids. De plus, 51,6% présentaient également une stigmatisation internalisée s'attribuant des préjugés négatifs concernant leur propre poids (71).

c) Conséquences de la stigmatisation

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social » qui « ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (72). La stigmatisation, par ces multiples effets, entrave la santé de ceux qui la subissent.

Dès l'enfance, la stigmatisation liée au poids peut entraîner des conséquences sur la santé. En effet, des études ont montré que les enfants stigmatisés pour leur poids étaient plus à risque d'avoir une faible estime de soi, une image corporelle négative, des troubles alimentaires ou une dépression (50,73). De plus, les enfants en surpoids ont un risque majoré d'harcèlement scolaire, entraînant une anxiété accrue, des syndromes dépressifs et un isolement social (74).

Sur le plan social, il a été montré que les attitudes négatives tel que la stigmatisation ou les préjugés étaient à l'origine de discrimination. Une étude américaine réalisée sur 4242 adultes publiée en 2005 retrouvait que les personnes en situation d'obésité étaient plus à risque de discrimination au travail que les personnes non obèses et ce surtout dans les catégories socio-professionnelles élevées (63). Les femmes étant plus exposées à la stigmatisation, celle-ci contribue également à l'inégalité des sexes faces à l'éducation et à l'emploi (53).

Sur le plan psychologique, le fait d'avoir été stigmatisé joue un rôle important dans l'apparition de dépression ou d'insatisfaction corporelle (52,75). En réaction à la stigmatisation, les personnes en situation d'obésité développent des stratégies d'adaptation comme l'autocritique ou l'évitement des situations stigmatisantes, elles-mêmes associées à plus de détresse psychologique (50,52). D'autres personnes réagissent parfois par une éviction de l'activité physique ou par une majoration de consommation d'aliments transformés et à une augmentation de l'hyperphagie, venant alors entretenir l'obésité (50,53). Une étude anglaise réalisée sur 379 personnes en situation d'obésité a montré que ces éléments étaient d'autant plus fréquents en cas de stigmatisation intériorisée (76). Ces comportements adaptatifs peuvent être à l'origine d'une prise de poids, entraînant alors un cercle vicieux (Figure 6), l'obésité étant à l'origine de stigmatisation et la stigmatisation entretenant l'obésité (77,78).

Sur le plan somatique, la majoration du stress lié à la stigmatisation peut être à l'origine d'une hausse du cortisol sanguin, majorant les pathologies métaboliques et le risque cardio-vasculaire (52). La stigmatisation liée au poids limite également l'accès à la chirurgie bariatrique. En effet, les patients qui pourraient y recourir craignent parfois une recrudescence de la stigmatisation, la chirurgie bariatrique étant souvent perçue comme une solution de facilité, comme un moyen de contourner les efforts nécessaires à la perte de poids par la société (79). Plus généralement, la stigmatisation de l'obésité représente un facteur d'inégalité dans la santé (80), les préjugés pouvant être à l'origine de discrimination, soit directement, par refus de soin ou par baisse des investigations proposées, soit indirectement par l'utilisation de matériel inadapté à la corpulence du patient (62,66). Lorsque ces préjugés sont ressentis par les patients, ils peuvent aussi être à l'origine d'un évitement de soins. Une étude internationale publiée en 2021 regroupant près de 14000 sujets de 6 pays différents a montré que 29% des sujets avaient déjà évité de consulter leur médecin alors qu'ils pensaient devoir le faire. En France ce chiffre était de 30% (81). Cela est plus souvent retrouvé chez les femmes, d'autant plus si elles doivent avoir un examen gynécologique (82), si elles ont pris du poids depuis la dernière consultation ou si elles savent devoir se peser lors de la consultation (83). Enfin, la stigmatisation venant des soignants décourage parfois les personnes en situation d'obésité dans leurs efforts pour perdre du poids et peut participer ainsi au cercle vicieux de la stigmatisation (63).

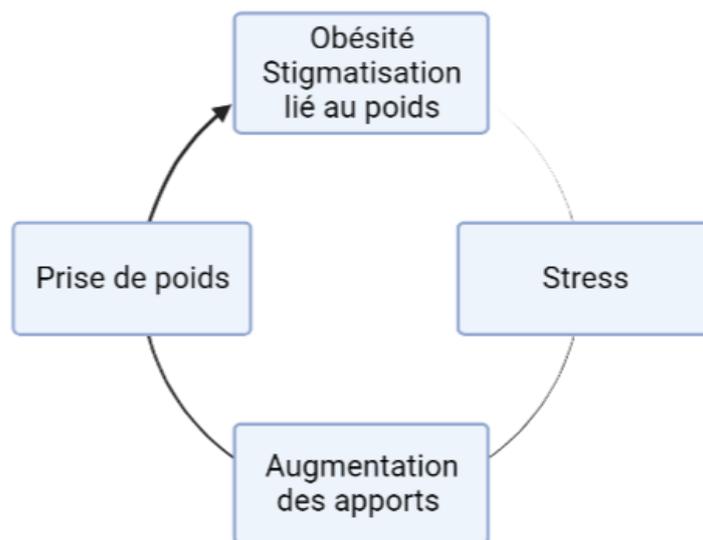


Figure 6 Cercle vicieux de la stigmatisation liée au poids

Partie 2 - PERCEPONIMES : Evaluation de la perception des personnes en situation d'obésité au sein du CHU de Nîmes.

Résumé

Contexte : L'hôpital, en tant que lieu de soins, se doit d'offrir une prise en charge équivalente à chaque individu. Cependant, le milieu médical a souvent été décrit comme étant source de stigmatisation des personnes en situation d'obésité, bien que les études permettant de l'objectiver manquent. Cette étude vise à évaluer la perception des sujets obèses par le personnel hospitalier du CHU de Nîmes tout en recueillant le vécu de ces patients face à la stigmatisation.

Matériel et Méthode : 634 employés du CHU de Nîmes, de toutes catégories professionnelles confondues, ont répondu au questionnaire "Fat Phobia Scale" (FPS), conçu pour évaluer la perception des personnes en situation d'obésité. Dans le même temps, 312 patients ont répondu à un questionnaire visant à mesurer le nombre d'expériences de stigmatisation vécues.

Résultats : La moyenne globale du FPS dans notre population est de 2,65, reflétant une vision globalement négative des individus en situation d'obésité. Aucune différence significative n'a été observée en fonction des catégories professionnelles, du statut pondéral ou du genre.

Parallèlement, 69 % des patients interrogés rapportent au moins une expérience stigmatisante. Cela varie significativement en fonction du genre, les femmes rapportant plus de stigmatisation que les hommes.

Conclusion : Les représentations négatives des personnes en situation d'obésité sont encore très présentes au sein du personnel hospitalier, quels que soient le genre, la catégorie professionnelle ou la classe d'IMC. Chez les individus obèses, cela se manifeste par de nombreuses expériences de stigmatisation. Une réflexion pour sensibiliser l'ensemble des salariés du CHU s'impose comme nécessaire pour améliorer le vécu des patients.

Mots clés : Obésité, Stigmatisation, Soins, Centre Hospitalier Universitaire, Patients, Salariés.

Introduction

L'obésité, définie par un IMC $\geq 30\text{kg/m}^2$, est un problème de santé publique majeur, dont la prévalence en France a été estimée à 17% en 2020 (7). Les facteurs impliqués dans la prise de poids sont multiples, dont des facteurs génétiques et épigénétiques (10,12), hormonaux (13,14), psychologiques (17), ainsi que le mode de vie, largement influencé par de nombreux paramètres socio-environnementaux échappant aux décisions individuelles (23). Néanmoins, ces facteurs restent mal connus et l'obésité est le plus souvent perçue comme étant la conséquence de comportements individuels, tels qu'une alimentation trop riche ou un manque d'activité physique. Ces croyances entretiennent une image négative des personnes en situation d'obésité ; plusieurs études montrent qu'elles sont plus souvent perçues comme étant plus paresseuses, moins compétentes, socialement isolées ou manquant de motivation (50,51).

Le milieu médical, malgré ses formations dédiées à la santé, ne semble pas échapper à ces représentations. En France en 2021, une étude nationale coordonnée par l'association « Ligue contre l'obésité » a montré que 19% des sujets en situation d'obésité avaient subi au moins une expérience de stigmatisation dans le domaine médical (64). D'autres études ont évalué le niveau de stigmatisation chez le personnel de santé mais très peu d'études ont été réalisées sur ce sujet en Europe. Seule une étude publiée en 2005 menée auprès de 600 médecins généralistes a montré que les attitudes stigmatisantes envers les sujets obèses étaient très présentes (69). En Allemagne, une étude menée dans un centre médical universitaire en 2012 a montré que la stigmatisation de l'obésité était en moyenne aussi prévalente chez le personnel de santé que dans la population générale (84). Plus récemment, une étude réalisée auprès de 1560 étudiants de 3^{ème} cycle de médecine français a montré que la moitié d'entre eux exprimaient une discrimination relative au poids (71). A ce jour aucune étude n'a permis d'évaluer la prévalence des pensées stigmatisantes au sein d'un centre hospitalier universitaire Français.

Ces expériences stigmatisantes liées au poids ont de nombreuses conséquences sur la santé. Tout d'abord, elles sont un facteur de risque de détresse psychologique et de majoration du stress et de l'anxiété (52). Ceci est à l'origine d'une majoration des troubles du comportement alimentaire pouvant entretenir l'obésité, mais également d'un surrisque cardio-métabolique en lien avec une élévation chronique du taux de cortisol (66,85,86). Au-delà du vécu difficile, les stigmatisations entraînent également une inégalité dans le domaine de la santé. Les préjugés du

personnel soignant peuvent être source d'évitement de soin et de baisse d'adhésion thérapeutique d'une part, mais également d'une diminution du nombre d'investigations proposées et d'une minimisation des plaintes par le soignant pouvant entraver le diagnostic et la prise en charge thérapeutique (51,66). En 2020, un consensus international a été publié afin de souligner les nombreux effets de cette stigmatisation et l'importance de lutter contre celle-ci (53).

Afin de lutter efficacement contre cette stigmatisation il est nécessaire en premier lieu d'évaluer la perméabilité d'une population aux représentations négatives liées à l'obésité.

L'objectif primaire de l'étude est d'évaluer la perception des sujets en situation d'obésité par le personnel hospitalier du CHU de Nîmes. Afin de réaliser un état des lieux exhaustif, nous avons parallèlement évalué le vécu de la stigmatisation dans le parcours de vie des patients suivis à la clinique de l'obésité du CHU de Nîmes.

Les objectifs secondaires sont de comparer le niveau de stigmatisation exprimé par le personnel en fonction du sexe, de la catégorie professionnelle et de l'IMC ainsi que de comparer le vécu d'expérience stigmatisante en fonction du sexe et du grade de l'obésité chez les patients.

Matériel et méthode

Schéma général de l'étude

Cette étude a été réalisée avec le soutien du CLAN, Comité de Liaison Alimentation Nutrition du CHU de Nîmes. La collecte de donnée a été effectuée auprès de l'ensemble des salariés du CHU de Caremeau de Nîmes et auprès des patients en situation d'obésité suivis à la clinique de l'obésité du CHU de Nîmes. L'inclusion des patients s'est déroulée de janvier à mai 2023 et celle des salariés de mars à juin 2023.

Le questionnaire patient a été distribué aux patients volontaires en situation d'obésité ($IMC \geq 30 \text{kg/m}^2$) venant en consultation ou en hospitalisation de jour dans le service de maladie métabolique et endocrinienne du CHU de Nîmes. Ils pouvaient répondre soit en flashant un QR code renvoyant au questionnaire en ligne enregistré sur la plateforme REDCap, soit en remplissant directement le questionnaire sur papier. Les réponses obtenues sur papier ont ensuite été retranscrites sur la plateforme REDCap. La totalité des patients sollicités pour

répondre à cette enquête a souhaité y participer, nous permettant d'obtenir un total de 312 réponses pour ce questionnaire.

Le questionnaire salarié a été diffusé via les fiches de paie sur une feuille comportant au recto un QR code renvoyant à la base de données REDCap permettant de remplir le questionnaire directement en ligne, et au verso une version imprimée permettant au personnel de répondre sur papier avant de nous le renvoyer via le service de poste interne au CHU. Un total de 7745 questionnaires a été envoyé aux salariés et nous avons obtenu 630 réponses, soit un total de 8%.

Ethique

Le protocole d'étude a été préalablement validé par le comité d'éthique du CHU de Nîmes. Les patients étaient informés du but de l'étude et du questionnaire. Répondre au questionnaire actait le consentement de participation. Les salariés n'ont pas été informés du but de l'étude afin de ne pas biaiser leurs réponses. En effet, nous avons considéré qu'évoquer la stigmatisation liée au poids entraînerait un biais cognitif trop important. Cette procédure a été validée par le comité d'éthique.

Les données étaient anonymes et ont été récupérées sur un ordinateur avec mot de passe sécurisé, verrouillé et crypté afin d'en assurer la sécurité.

Questionnaires

Evaluation de la discrimination du sujet obèse

Afin d'évaluer les représentations des sujets en situation d'obésité au sein du personnel hospitalier, nous avons diffusé un questionnaire nommé le « *Fat Phobia Scale* » ou « échelle de la phobie du gras » en français. Le FPS a été développé par une équipe américaine dans les années 1990 (87) et comportait alors 50 items d'évaluation. Il a été repris par une seconde équipe dans les années 2000 afin de mettre au point une version abrégée de 14 items en extrayant les principaux facteurs de l'échelle originale (88). Le FPS a été désigné comme l'un des quatre meilleurs instruments d'évaluation de la perception des sujets obèses en raison de ses bonnes propriétés psychométriques qui ont été examinées et prouvées dans de nombreuses études (89). Il a également été utilisé dans des études en Français, comme très récemment dans la thèse d'Antoine EPIN, docteur en médecine générale (71).

Notre échelle allait de 1 pour les adjectifs les plus stigmatisants à 5 pour les adjectifs les moins stigmatisants. La majorité des études qui ont utilisé ce score ont coté à l'inverse : de 1 pour l'adjectif le moins stigmatisant à 5 pour l'adjectif le plus stigmatisant. Cela sera donc à prendre en compte dans la comparaison pondérée des résultats (par exemple, un score de 2 dans notre étude correspond à un score de 4 dans les études dont l'échelle est inversée).

Evaluation du vécu de la stigmatisation

Le vécu de la stigmatisation des sujets en situation d'obésité a été mesuré via la diffusion d'un questionnaire constitué de trois questions « oui/non » leurs demandant s'ils avaient déjà fait l'objet de moqueries, d'un traitement injuste ou d'une discrimination en raison de leur poids. Ce questionnaire a déjà été utilisé dans des recherches antérieures menées auprès de personnes en situation d'obésité (90).

Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R, version 4.2.0. Des statistiques descriptives ont été effectuées pour les caractéristiques de l'échantillon, les réponses au FPS et les fréquences des expériences de stigmatisation du poids : moqueries, injustices et discriminations. Les variables quantitatives ont été décrites soit par la moyenne et l'écart-type, soit par la médiane et les quartiles en présence de données n'ayant pas une distribution normale. Les variables qualitatives sont décrites par leur fréquence et pourcentage.

Les comparaisons des variables quantitatives selon une variable binaire (ex : sexe) ont été réalisées avec un test de Student ou test de Mann-Whitney dans le cas de distribution non normale. Lorsque les facteurs de comparaison comportent plus de 2 modalités (ex : classes d'IMC), une analyse de variance a été réalisée ou un test de Kruskal-Wallis lorsque les distributions ne sont pas normales. Ces tests sont suivis d'analyses post hoc de type Student ou Mann-Whitney afin d'obtenir les comparaisons deux à deux, les p-values obtenues sont ajustées avec la méthode de Holm afin de prendre en compte le problème de comparaisons multiples.

Afin de visualiser les liens entre variables qualitatives de façon multivariée, des analyses de correspondances multiples (ACM) ont été réalisées. La proximité entre variables sur le

graphique indique leur similarité. La position sur le graphique des variables correspondant aux caractéristiques des sondés est à mettre en relation avec les variables décrivant les scores FPS.

Les scores FPS inférieurs à 3 ont été associés à des perceptions principalement négatives et les scores supérieurs ou égaux à 3 à des perceptions principalement neutres ou positives. Notre échelle allait de 1 : adjectif le plus stigmatisant, à 5, adjectif le moins stigmatisant (Figure 7). L'échelle publiée dans la littérature était codée à l'inverse, mais cela n'entraîne aucune conséquence sur les résultats. Leurs résultats montraient qu'un score supérieur ou égal à 3,6 indiquait un niveau moyen de stigmatisation (88), correspondant alors à un score inférieur ou égal à 2,4 dans notre étude.

Pour simplifier la lecture des résultats, nous avons défini cinq familles regroupant les items d'un même thème :

- L'élan vital regroupant les items « paresseux ou travailleur », « avec ou sans volonté », « actif ou inactif »
- La santé psychologique pour les items « se sacrifiant ou indulgent avec lui-même », « anxieux ou serein » et « faible ou forte estime de soi »
- L'alimentation pour « aime la nourriture ou non » et « mange trop ou peu ».
- L'aspect corporel pour « séduisant ou non » et « proportionné ou non »
- Les capacités physiques pour « lent ou rapide », « endurant ou non », et « faible ou fort ».

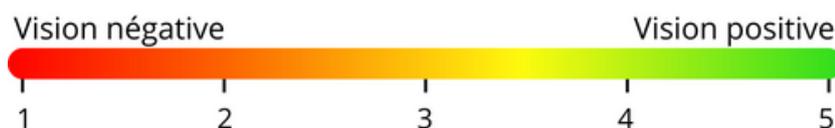


Figure 7 Echelle visuelle du score du FPS

Résultats

Caractéristiques de la population

Les tableaux Tableau 1 et Tableau 2 résument les caractéristiques générales des populations « personnel hospitalier » et « patients ».

Pour le personnel hospitalier, un total de 630 réponses a été enregistré, soit 8% du nombre total de questionnaire transmis. Trois quarts des répondants étaient des femmes. L'IMC moyen était de 24,8kg/m² (écart type de 5,2) avec 59% des personnes ayant un IMC inférieur à

25kg/m², 24% un IMC entre 25 et 30kg/m² et 14% supérieur à 30kg/m². 3% des personnes n'ont pas transmis leurs tailles ou leurs poids ne nous permettant pas de connaître leurs IMC. Dans cette population, les femmes étaient significativement plus minces que les hommes avec 87% des femmes qui présentaient un IMC classé comme étant normal ou en surpoids (<30kg/m²) contre 83% des hommes (

tableau 3). On note également que la proportion de personnel médical et technique était plus élevée chez les hommes que chez les femmes (29% et 15% chez les hommes versus 23% et 3% chez les femmes) alors qu'il y avait proportionnellement plus de personnel paramédical et administratif chez les femmes que chez les hommes.

Parmi les patients, 57% étaient des femmes, 18% étaient des hommes et 25% n'ont pas donné cette information. L'IMC moyen était de 36,7kg/m², avec 10% des patients qui déclaraient un IMC inférieur à 25kg/m², 12% en surpoids, 16% en obésité modérée, 20% en obésité sévère et 40% en obésité massive. Les patients ayant déclarés un IMC < 30kg/m² sont des patients aux antécédents de prise en charge nutritionnelle pour obésité par traitement médical ou par chirurgie bariatrique. Leurs réponses ont été analysées pour les résultats globaux, mais ont été exclus des analyses de corrélation avec l'IMC puisque le but était de rechercher un effet de l'IMC sur la prévalence des expériences de stigmatisation liées au poids. La répartition des patients en fonction de leur classe d'IMC était significativement différente en fonction du genre (tableau 4).

Tableau 1 Caractéristiques globales de la population du personnel hospitalier

Professionnels, N = 630		
	N	%
Sexe		
Femme	478	76%
Homme	141	22%
Non répondu	11	2%
IMC (kg/m²)		
<25	371	59%
25 à <30	154	24%
30 à <35	54	9%
35 à <40	23	4%
≥40	13	2%
Non répondu	15	2%
Moyenne, DS	24,8	5,2
Catégories professionnelles		
Médicale	153	24%
Paramédicale	327	52%
Administrative	111	17%
Technique	35	6%
Non répondu	8	1%

Tableau 2 Caractéristiques globales de la population des patients

Patients, N = 311		
	N	%
Sexe		
Femme	176	57%
Homme	57	18%
Non répondu	78	25%

IMC (kg/m ²)		
<25	32	10%
25 à <30	39	12%
30 à <35	49	16%
35 à <40	63	20%
≥40	122	40%
Non répondu	6	2%
Moyenne, DS	36,7	9,2

Tableau 3 Caractérisation de la population du personnel hospitalier en fonction du sexe

	Femmes n = 478		Hommes n = 141		
IMC	N	%	N	%	p
<30	404	87%	116	83%	<0,0001
≥ 30	62	13%	24	17%	
Catégories professionnelles	N	%	N	%	p
Médicale	108	23%	41	29%	<0,0001
Paramédicale	265	56%	56	40%	
Administrative	88	18%	22	16%	
Technique	14	3%	21	15%	

Tableau 4 Caractérisation de la population des patients en fonction du genre

	Femmes n = 176		Hommes n = 57		
IMC	N	%	N	%	p
30 à <35	31	18%	8	14%	<0,0001
35 à <40	37	21%	15	26%	
≥ 40	78	44%	28	49%	

Prévalence de la stigmatisation chez le personnel hospitalier

La moyenne globale est de 2,7 montrant une vision globalement négative des personnes en situation d'obésité (

Figure 8). Le tableau 5 présente les moyennes obtenues pour chaque item du FPS. Les paires d'adjectifs liées à l'alimentation ont obtenues les scores les plus bas avec respectivement des moyennes à 2,14 pour l'item « aime la nourriture ou non » et 2,21 pour « mange trop ou peu ». S'en suivent les items relatifs à la santé mentale avec des moyennes toujours inférieures à 2,4 pour les items traitants de l'anxiété et de l'estime de soi. Les items renvoyant aux capacités physiques, en dehors de « faible ou fort », et à l'aspect corporel ont également des moyennes inférieures à 3, mais supérieures à 2,4 indiquant un niveau plus faible de stigmatisation. Enfin, les moyennes relatives aux items traitant du travail, de la volonté, de la force et de l'autosacrifice sont supérieures à 3 montrant une vision neutre ou positive des personnes en situation d'obésité sur ces aspects.

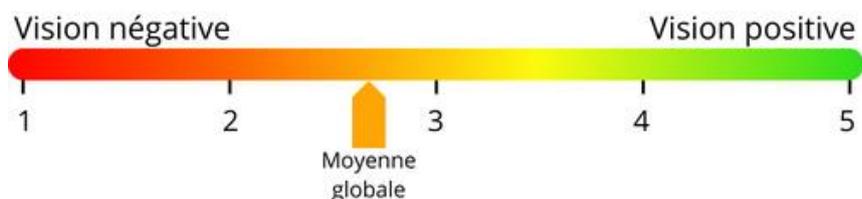


Figure 8 Echelle visuelle du score du FPS pour la moyenne globale de la population « personnel hospitalier »

Tableau 5 Moyenne pour chaque paire d'adjectif du FPS.

Paires d'adjectifs	Moyenne	DS
Paresseux / Travailleur	3,13	0,94
Sans volonté / Fait preuve de volonté	3,14	1
Non séduisant / Séduisant	2,53	1,02
Faible maîtrise de soi / Bonne maîtrise de soi	2,70	0,91
Lent / Rapide	2,51	0,94
Non endurant / Endurant	2,43	1
Inactif / Actif	2,89	0,97
Se sacrifiant / Indulgent avec lui-même	3,23	0,92
Faible / Fort	3,11	0,86
Aime la nourriture / N'aime pas la nourriture	2,14	0,77
Mal proportionné / Proportionné	2,54	0,93
Mange trop / Mange peu	2,21	0,77
Anxieux / Serein	2,28	0,85
A une faible estime de soi / A une forte estime de soi	2,22	0,81
Moyenne	2,65	0,49

Analyse en sous-groupes

La figure 9 les scores de FPS moyens obtenus pour chaque sous-groupe analysé en fonction du genre, de l'IMC et de la catégorie professionnelle. Nous ne retrouvons aucune différence significative sur ces moyennes quel que soit le groupe. Néanmoins, l'analyse en comparaison multiple nous permet de visualiser la répartition des réponses en fonction de ces paramètres, nous donnant une idée des profils ayant une vision positive ou négative des personnes obèses (figure 10) Ainsi, nous pouvons constater que les hommes, le personnel administratif et médical et les personnes ayant un IMC<30 ont plus facilement tendance à évaluer par des 1 et des 2 le score du FPS (vision négative). Nous pouvons aussi voir sur cette figure une corrélation entre les scores des différents items, par exemple les personnes ayant répondu 1 pour un item ont tendance à également répondre 1 sur d'autres (partie supérieure droite du graphique) et il en va de même pour ceux ayant répondu 5 (partie inférieure droite du graphique). Cela nous

montre que les personnes ayant une vision négative sur une caractéristique ont souvent une vision négative sur de nombreuses caractéristiques et inversement pour les visions positives.

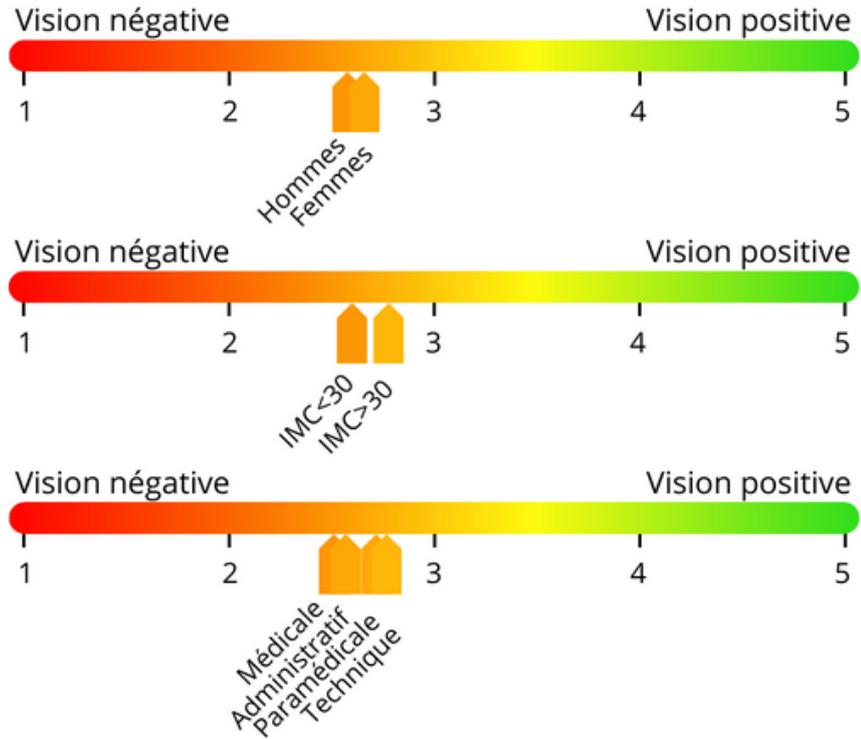


Figure 9 Echelle visuelle du score du FPS en fonction du genre, de l'IMC et de la catégorie professionnelle.

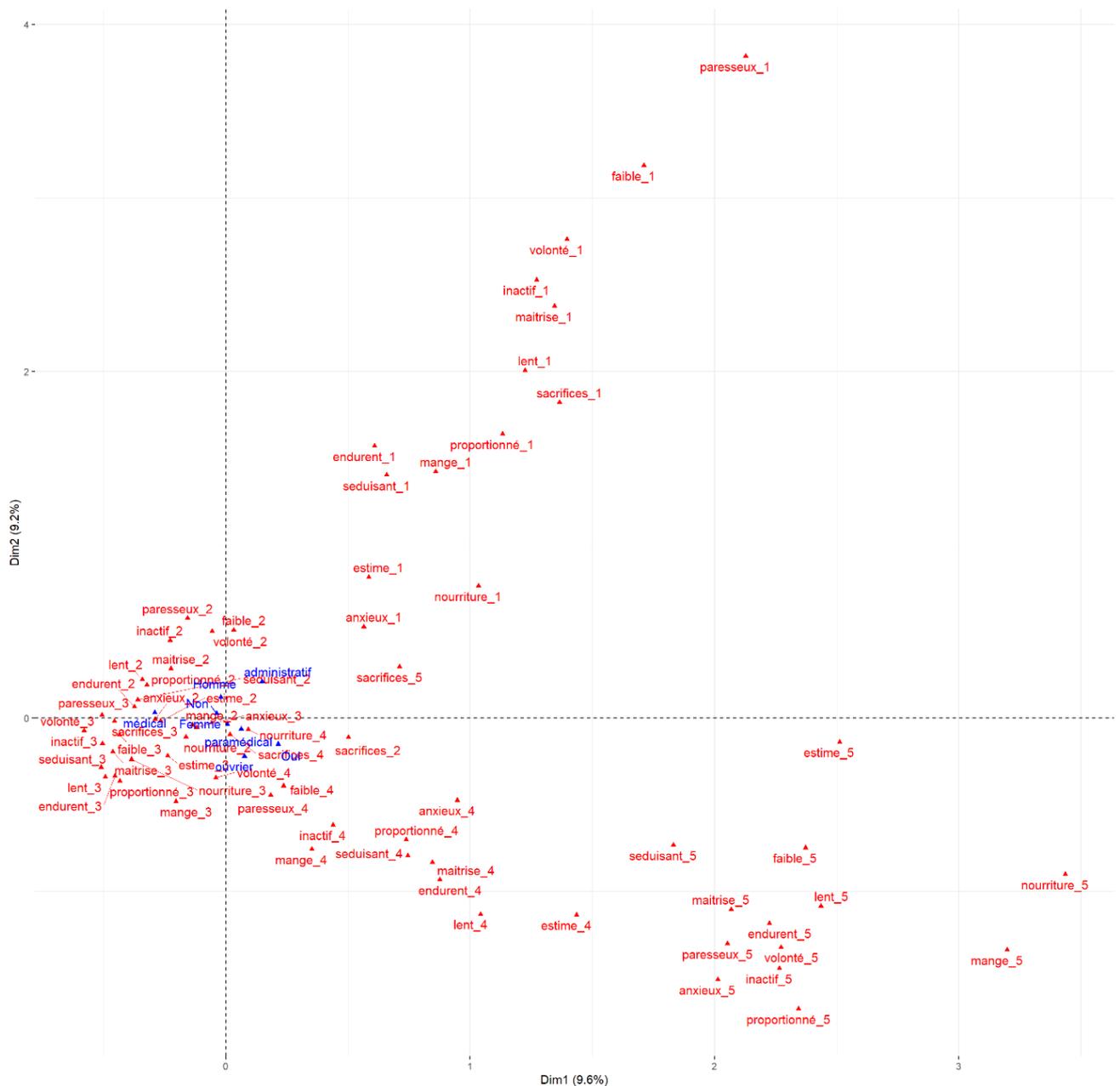


Figure 10 Analyse des comparaisons multiples (ACM) pour l'enquête « personnel hospitalier »
 « Non » = IMC <30 ; « Oui » = IMC >30

L'analyse des résultats en fonction du genre montre que le score moyen des femmes et des hommes ne présente pas de différence significative, avec une moyenne à 2,67 pour les femmes et 2,59 pour les hommes (Tableau 6). Néanmoins on remarque des différences liées aux sources de stigmatisations, les hommes étant plus stigmatisants sur les items se rapportant à l'alimentation, avec des scores à 2,08 pour « aime la nourriture ou non » et « mange trop ou peu » versus 2,17 et 2,25 respectivement pour les femmes, ainsi que sur l'item « proportionné

ou non » et « avec ou sans volonté ». Ces différences restent significatives après analyses multivariées, confirmant le rôle du genre dans ces représentations.

Tableau 6 Moyennes pour chaque paire d'adjectifs du FPS en fonction du genre.

Paires d'adjectifs	Femmes n = 478		Hommes n = 141		p	
	M	DS	M	DS		
Paresseux / Travailleur	3,16	0,94	3,02	0,94	0,17	
Sans volonté / Fait preuve de volonté	3,21	1	2,95	1	0,008**	
Non séduisant / Séduisant	2,56	1,04	2,43	0,98	0,19	
Faible maîtrise de soi / Bonne maîtrise de soi	2,69	0,91	2,72	0,89	0,45	
Lent / Rapide	2,52	0,95	2,49	0,9	0,89	
Non endurant / Endurant	2,44	1,01	2,39	0,98	0,68	
Inactif / Actif	2,91	0,97	2,85	1	0,5	
Se sacrifiant / Indulgent avec lui-même	3,28	0,94	3,08	0,85	0,017*	
Faible / Fort	3,12	0,84	3,11	0,9	0,94	
Aime la nourriture / N'aime pas la nourriture	2,17	0,79	2,08	0,69	0,43	
Mal proportionné / Proportionné	2,6	0,95	2,33	0,84	0,003**	
Mange trop / Mange peu	2,24	0,75	2,08	0,69	0,029*	
Anxieux / Serein	2,25	0,84	2,38	0,86	0,08	
A une faible estime de soi / A une forte estime de soi	2,18	0,82	2,34	0,78	0,01*	
	Moyenne	2,67	0,40	2,59	0,36	0,59

* : p<0,05

** : p<0,01

Le score global du FPS n'est pas non plus influencé par les différentes classes d'IMC (Tableau 7). Il existe cependant des différences significatives sur certaines thématiques évaluées. Les personnes en situation d'obésité sont plus stigmatisantes sur la présence d'anxiété mais ont une vision plus positive des personnes en situation d'obésité sur les items se rapportant à l'élan vital et sur les capacités physiques, en dehors du fait d'être endurant ou non. Ils sont également moins stigmatisants sur l'item se rapportant à la maîtrise de soi.

Tableau 7 Moyenne pour chaque paire d'adjectif du FPS en fonction de l'IMC

Paires d'adjectifs	IMC<30		IMC ≥30		p	
	n = 525		n = 90			
	M	DS	M	DS		
Paresseux / Travailleur	3,07	0,93	3,35	0,98	0,008**	
Sans volonté / Fait preuve de volonté	3,09	1	3,41	1,02	0,008**	
Non séduisant / Séduisant	2,49	1	2,68	1,14	0,17	
Faible maîtrise de soi / Bonne maîtrise de soi	2,65	0,9	2,88	0,93	0,032*	
Lent / Rapide	2,44	0,91	2,77	0,98	0,002**	
Non endurant / Endurant	2,38	0,98	2,6	1,05	0,45	
Inactif / Actif	2,84	0,96	3,13	1	0,012*	
Se sacrifiant / Indulgent avec lui-même	3,19	0,91	3,5	0,94	0,003**	
Faible / Fort	3,07	0,84	3,28	0,92	0,04*	
Aime la nourriture / N'aime pas la nourriture	2,15	0,74	2,08	0,78	0,40	
Mal proportionné / Proportionné	2,51	0,91	2,58	1,01	0,59	
Mange trop / Mange peu	2,21	0,71	2,21	0,82	0,89	
Anxieux / Serein	2,29	0,82	2,12	0,91	0,03*	
A une faible estime de soi / A une forte estime de soi	2,22	0,79	2,15	0,85	0,46	
	Moyenne	2,61	0,37	2,77	0,51	0,370

* : p<0,05

** : p<0,01

Enfin, l'analyse des résultats du FPS par catégorie professionnelle ne retrouve pas non plus de différence significative sur les scores globaux mais uniquement pour certaines caractéristiques (Tableau 8). Notamment, le personnel médical se montre plus stigmatisant sur l'item « séduisant » comparativement au personnel paramédical, ainsi que sur des items de la catégorie de l'élan vital comme « paresseux ou travailleur » « actif ou inactif ». Le personnel médical est également plus stigmatisant que le personnel administratif sur l'item « paresseux ou travailleur ». Les moyennes des items liés à l'alimentation, à l'anxiété et à l'estime de soi, sont toutes inférieures à 2,4 montrant une prévalence très forte de ces croyances quelle que

soit la catégorie professionnelle. Les tableaux Tableau 9 à Tableau 12 présentent les valeurs de p entre chacune des catégories professionnelles pour les items ayant des scores significativement différents après test de Mann Whitney.

Finalement, si l'on regroupe l'ensemble de ces paramètres, les personnes qui semblent être le plus stigmatisantes sont les hommes médecins ayant un IMC<30kg/m², avec un score moyen de 2,47, suivi de près par les hommes travaillant dans l'administratif ayant aussi un IMC<30kg.m² puis par les femmes médecins avec toujours un IMC<30kg/m².

Tableau 8 Moyenne pour chaque paire d'adjectif du FPS en fonction de la catégorie professionnelle

Paires d'adjectifs	Médicale n = 153		Paramédicale n = 327		Administratif n = 111		Technique n = 35		p
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	
Paresseux / Travailleur	2,94 ¹	0,8	3,14	0,99	3,27 ¹	0,95	3,28	0,92	0,02*
Sans volonté / Fait preuve de volonté	2,96	0,89	3,22	1,05	3,17	1,02	3,03	1,06	0,07
Non séduisant / Séduisant	2,31 ¹	0,85	2,64 ¹	1,05	2,52	1,14	2,6	0,91	0,01*
Faible maîtrise de soi / Bonne maîtrise de soi	2,58	0,81	2,77	0,94	2,6	0,94	2,82	0,88	0,11
Lent / Rapide	2,37	0,71	2,58	0,95	2,38	1,05	2,74	1,11	0,02*
Non endurant / Endurant	2,33	0,81	2,47	1,02	2,3	1,08	2,68	1,2	0,12
Inactif / Actif	2,67 ¹	0,87	2,98 ¹	0,99	2,81	0,98	3,09	1,08	0,01*
Se sacrifiant / Indulgent avec lui-même	3,2	0,82	3,23	0,95	3,24	0,98	3,19	0,91	0,93
Faible / Fort	3	0,75	3,13	0,85	3,09	0,95	3,33	0,96	0,16
Aime la nourriture / N'aime pas la nourriture	2,18	0,68	2,13	0,8	2,13	0,79	2,21	0,73	0,76
Mal proportionné / Proportionné	2,47	0,78	2,61	0,96	2,43	0,94	2,44	0,99	0,23
Mange trop / Mange peu	2,2	0,89	2,25	0,8	2,11	0,67	2,29	0,76	0,35
Anxieux / Serein	2,28	0,8	2,3	0,87	2,21	0,82	2,21	0,86	0,89
A une faible estime de soi / A une forte estime de soi	2,17	0,71	2,24	0,84	2,16	0,81	2,32	0,77	0,44
Moyenne	2,55	0,35	2,70	0,40	2,60	0,43	2,73	0,40	0,6

¹ : désignent, pour une même ligne, les groupes qui présentent une différence significative après comparaison deux à deux.

* : p<0,05

** : p<0,01

Tableau 9 Comparaison deux à deux (différence de moyenne, p-values) des modalités de la variable catégorie professionnelle par analyse post hoc sur l'item Paresseux/Travailleur

	Médicale		Paramédicale		Administratif	
	Diff. de M	p	Diff. de M	p	Diff. de M	p
Paramédicale	- 0,2	0,278				
Administratif	- 0,33	0,009**	-0,13	0,378		
Technique	- 0,34	0,278	-0,14	0,875	-0,01	0,875

Tableau 10 Comparaison deux à deux (différence de moyenne, p-values) des modalités de la variable catégorie professionnelle par analyse post hoc sur l'item Non séduisant / Séduisant

	Médicale		Paramédicale		Administratif	
	Diff. de M	p	Diff. de M	p	Diff. de M	p
Paramédicale	- 0,33	0,004**				
Administratif	- 0,21	0,721	0,12	0,844		
Technique	- 0,29	0,209	0,04	1	-0,08	1

* : $p < 0,05$

** : $p < 0,01$

Tableau 11 Comparaison deux à deux (différence de moyenne, p-values) des modalités de la variable catégorie professionnelle par analyse post hoc sur l'item Lent / Rapide

	Médicale		Paramédicale		Administratif	
	Diff. de M	p	Diff. de M	p	Diff. de M	p
Paramédicale	- 0,21	0,188				
Administratif	- 0,01	0,669	0,2	0,093		
Technique	- 0,37	0,225	-0,16	0,669	-0,36	0,225

* : $p < 0,05$

** : $p < 0,01$

Tableau 12 Comparaison deux à deux (différence de moyenne, p-values) des modalités de la variable catégorie professionnelle par analyse post hoc sur l'item Inactif / Actif

	Médical		Paramédical		Administratif	
	Diff. de M	p	Diff. de M	p	Diff. de M	p
Paramédical	- 0,31	0,013				
Administratif	- 0,14	0,652	0,17	0,13		
Technique	- 0,42	0,216	-0,11	0,671	-0,28	0,621

* : $p < 0,05$

** : $p < 0,01$

Vécu de la stigmatisation chez les patients en situation d'obésité

La figure 11 résume la prévalence du vécu des moqueries, injustices et discriminations chez les personnes en situation d'obésité, pour la population de patients globale et en fonction du genre. Au total, 214 personnes en situation d'obésité ont vécu au moins une fois une forme de stigmatisation, soit 69% des personnes de notre population. Parmi ces stigmatisations, les moqueries sont les plus prévalentes, avec 69% des sujets en situation d'obésité qui en ont fait au moins une fois l'expérience. S'en suivent les injustices avec 47% des personnes en ayant vécu au moins une fois, puis les discriminations (Figure 12) Le vécu des stigmatisations est significativement différent en fonction du sexe de l'individu avec une prévalence plus forte chez les femmes que chez les hommes que ce soit pour les moqueries, les injustices et les discriminations

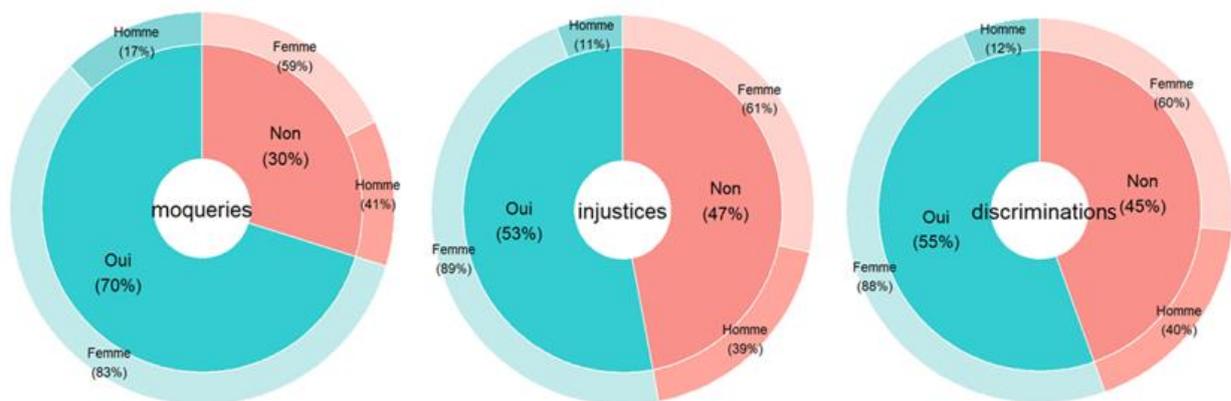


figure 13). Ce vécu est également variable en fonction de l'IMC de l'individu (Figure 14), avec une prévalence de moqueries, injustices et discriminations entre 44 et 68% pour les personnes ayant un IMC entre 30 et 35kg/m², qui baisse pour ceux dont l'IMC est entre 35 et 40kg/m² et qui remonte lorsque l'IMC est ≥40kg/m². (Tableaux des analyses statistiques en annexe 1).

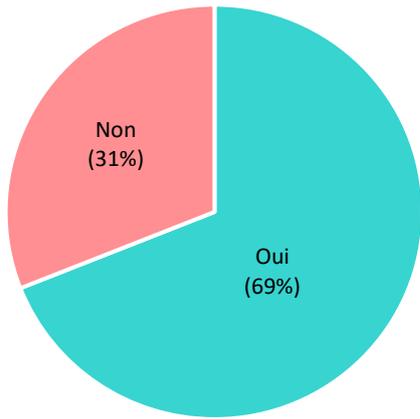


Figure 11 Fréquence de la stigmatisation vécue, toutes expériences confondues.

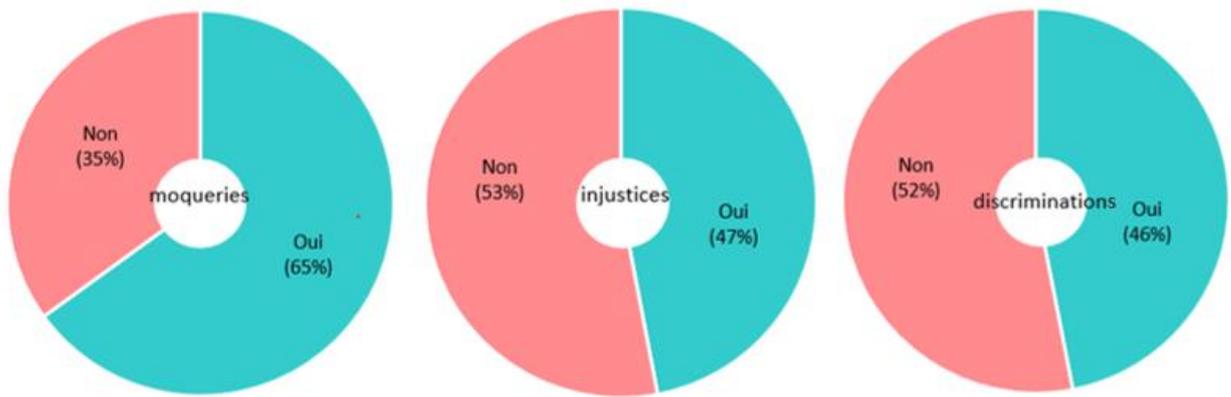


Figure 12 Fréquences des moqueries, injustices et discriminations vécues

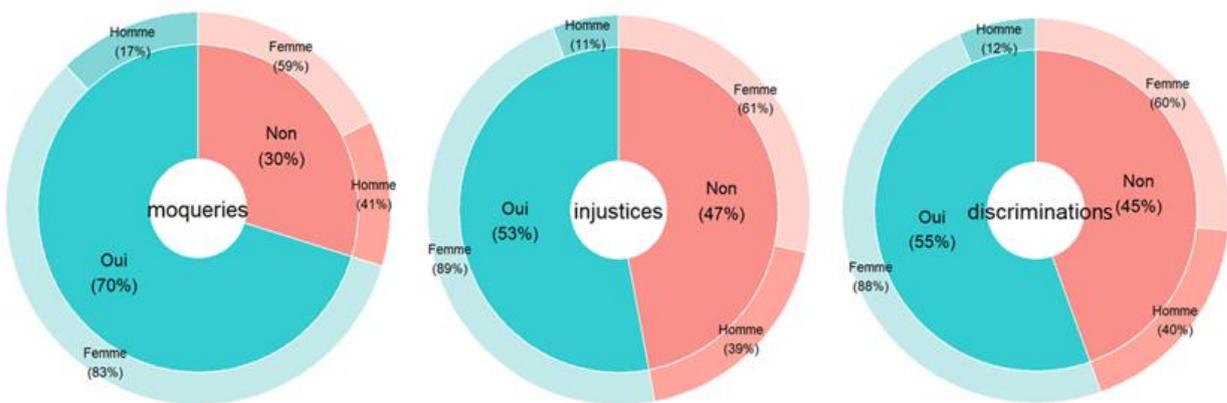


Figure 13 Fréquences et pourcentages des vécus des différentes formes de stigmatisation en fonction du genre.

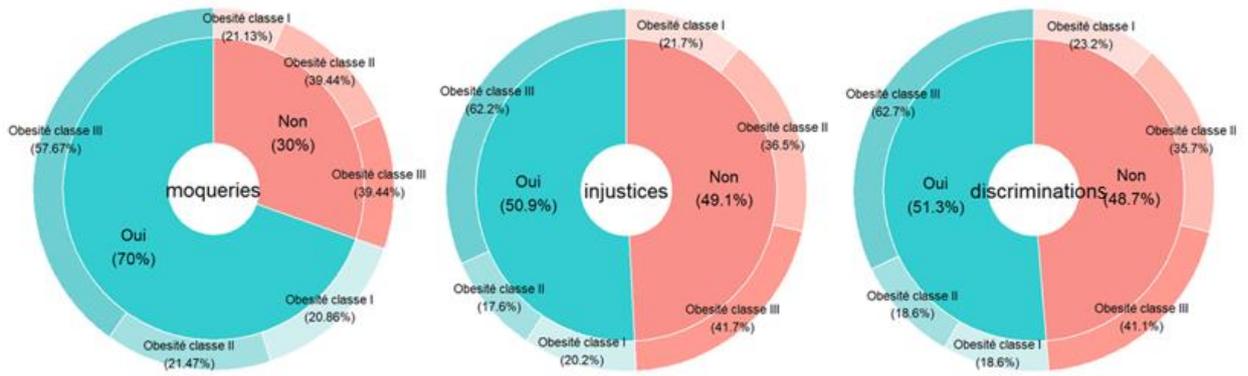


Figure 14 Fréquence et pourcentage des vécus des différentes formes de stigmatisation en fonction de l'IMC.

Nb : les pourcentages des différentes formes de stigmatisation varient entre les figures 6, 7 et 8 en fonction des valeurs manquantes pour les variables Sexe et IMC.

Discussion

Le milieu médical a souvent été décrit comme étant source de stigmatisation vis-à-vis des patients en situation d'obésité. Néanmoins, très peu d'études se sont attachées à la mesurer. Cette étude a permis pour la première fois d'évaluer la perception des sujets en situation d'obésité au sein d'un CHU en France. L'évaluation concomitante des expériences stigmatisantes des personnes obèses nous permet de mieux comprendre l'impact de cette stigmatisation dans leurs parcours de vie.

Sur 7745 questionnaires envoyés, 630 réponses ont été obtenues, soit un taux de réponse de 8%. Le score moyen du FPS est de 2,65/5, correspondant à un niveau modéré de stigmatisation chez le personnel hospitalier du CHU de Nîmes. Ce résultat est légèrement supérieur aux études préalablement publiées, montrant un niveau de stigmatisation de l'obésité plus faible dans notre population (71,84,88). Néanmoins de nombreuses représentations négatives persistent. Dans cette étude, les scores les plus bas ont été enregistrés pour les caractéristiques liées à l'alimentation, à la santé mentale et aux capacités physiques. Ces croyances attribuent aux patients la responsabilité de leur statut pondéral, et peuvent être à l'origine d'attitudes stigmatisantes (91). Dans le domaine médical, cela peut influencer la prise en charge des patients alors centrée sur les modifications des habitudes de vie, oubliant la prise en charge globale du patient (92).

Si cette étude ne retrouve pas de différences significatives entre les groupes, les tendances qui se dégagent vont dans le même sens que les études précédemment publiées. Les résultats interprétés en fonction du genre montrent que les femmes ont tendance à être moins stigmatisantes que les hommes notamment sur les caractéristiques liées à la volonté et à l'alimentation, sans différence significative sur la moyenne globale du FPS. Les articles précédemment publiés ne permettent pas non plus de conclure à une différence en fonction du genre, certaines concluant à une absence de différences (89,93), tandis qu'une autre menée aux Etats-Unis auprès d'une large population générale et médicale montrait que les femmes étaient significativement moins stigmatisantes que les hommes (94). Toutes concluent néanmoins que les pensées stigmatisantes sont encore très présentes, quel que soit le genre. La stigmatisation exprimée semble également varier avec l'IMC. Si les moyennes ne sont pas significativement différentes, les résultats montrent que les personnes en situation d'obésité

ont une vision plus positive des sujets obèses pour de nombreuses caractéristiques. L'analyse de la littérature est plutôt en faveur d'une différence en fonction de l'IMC, de nombreuses études ayant montré que les personnes minces étaient plus stigmatisantes (89,93–95). Concernant les catégories professionnelles, le personnel médical semble être plus stigmatisant, suivi par le personnel administratif, paramédical puis technique. A notre connaissance aucune autre étude n'a comparé le niveau de stigmatisation entre chacune de ces catégories professionnelles. Une étude a cependant comparé le personnel médical au personnel paramédical et retrouvait moins d'attitudes stigmatisantes chez les paramédicaux (84).

La première diffusion du questionnaire, a déclenché de nombreuses réactions virulentes, par mail ou par retour du questionnaire papier. Une partie du personnel s'est sentie personnellement visée par cette enquête. D'autres n'ont pas compris le but de l'étude et l'ont qualifié de « grossophobe ». Ces réactions n'ont pas permis de réaliser les communications de relance initialement prévues, expliquant le faible taux de réponse obtenu. Ces incompréhensions auraient probablement été évitées si une explication de l'étude avait été jointe au questionnaire. Cela aurait néanmoins pu engendrer un biais de réponse, que nous avons choisi d'éviter. L'ampleur et le nombre de ces réactions, malheureusement non quantifiées, renforcent la légitimité du questionnement initial.

Si l'enquête n'a pas été toujours bien accueillie du côté du personnel, celle-ci a fait l'unanimité du côté des patients. Aucun patient à qui l'étude a été présentée n'a refusé d'y répondre. Les résultats soulignent l'ampleur de l'impact de la stigmatisation chez les individus en situation d'obésité, puisque 69% des patients affirment avoir été confrontés à au moins une expérience stigmatisante, qu'il s'agisse de moqueries, d'injustices ou de discriminations. Dans cette étude les femmes déclarent plus d'expériences stigmatisantes que les hommes, venant confirmer les résultats de l'étude Française menée par l'association « Ligue contre l'obésité » (64) et d'autres études internationales (56,96). Le nombre d'expériences stigmatisantes semble aussi varier en fonction de l'IMC de la personne. Les personnes en situation d'obésité de grade 2 déclarent moins de stigmatisation que celles en situation d'obésité de grade 1 ou 3. Cela est discordant avec plusieurs études qui retrouvent un nombre croissant de stigmatisation lorsque l'IMC augmente (63,64,83). Le nombre de femmes et d'hommes étant similaire dans chacun des groupes, cette variation ne peut s'expliquer par le sexe. Cela peut peut-être s'expliquer par une différence entre l'IMC à l'inclusion et l'IMC maximal de la personne. Il se peut alors que des

personnes actuellement en obésité de grade 1 aient été plus jeune en situation d'obésité de grade 3 et aient subi plus de stigmatisation à cette période. Quoiqu'il en soit, la prévalence des expériences stigmatisantes chez les personnes obèses est encore très élevée, ce qui soutient la nécessité de sensibiliser la population aux préjugés liés au poids.

L'ensemble de ces données confirme la nécessité de sensibiliser le personnel hospitalier du CHU de Nîmes à la problématique de la stigmatisation des personnes en situation d'obésité. L'analyse des tendances retrouvées dans cette étude et des résultats précédemment publiés nous permettent de mieux connaître le public à cibler lors de campagnes de sensibilisation. Ainsi, ces résultats nous incitent à appuyer notre communication auprès du personnel médical et administratif et des personnes ayant un IMC < 30kg/m². De nombreuses équipes de recherche ont travaillé sur différentes façons de diminuer cette stigmatisation. En 2022, une équipe anglaise a publié une revue de la littérature permettant de recenser 5 stratégies de lutte contre la stigmatisation des personnes en situation d'obésité dans les soins :

1. Une meilleure éducation : Sensibiliser le personnel soignant à la complexité de l'obésité, en incluant les facteurs de poids non contrôlables et en discutant des préjugés liés aux normes sociales et culturelles concernant le poids corporel, peut contribuer à réduire les préjugés et la stigmatisation.
2. L'information sur les facteurs étiologiques : Fournir des informations précises sur les causes de l'obésité et sur les facteurs qui échappent au contrôle des individus dont les facteurs génétiques, environnementaux et psychosociaux qui contribuent à l'obésité.
3. Promotion de l'empathie : Encourager les professionnels de santé à développer leur empathie envers les patients obèses est une stratégie importante pour améliorer la relation soignants-patient et réduire les comportements discriminatoires.
4. Approche inclusive : Promouvoir l'amélioration de la santé, l'acceptation de soi et l'écoute du corps en rejetant l'idée que la seule façon d'être en bonne santé est de perdre du poids. Cette approche rejoint le mouvement HAES : "Health at Every Size" (la santé à toute taille en français).
5. Utilisation d'une méthodologie mixte : Cette approche implique l'utilisation de différentes méthodes et ressources pour lutter contre la stigmatisation. Cela peut inclure des formations

spécifiques, des campagnes de sensibilisation du public, des ressources éducatives pour les professionnels de la santé, et des politiques institutionnelles visant à promouvoir des soins équitables pour tous, quel que soit leur poids.

Ces notions permettront de construire de futurs projets pédagogiques au sein du CHU de Nîmes. Ces projets seront construits en collaboration avec le CLAN et pourront prendre la forme de journée de sensibilisation dédiée à ce sujet ou d'affiches reprenant les messages clés de cette étude diffusée dans les différents services du CHU.

Références bibliographiques

1. OMS. Obésité et surpoids. 2020. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Inserm [Internet]. Obésité · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/obesite/>
3. Bennasar-Veny M, Lopez-Gonzalez AA, Tauler P, Cespedes ML, Vicente-Herrero T, Yañez A, et al. Body Adiposity Index and Cardiovascular Health Risk Factors in Caucasians: A Comparison with the Body Mass Index and Others. PLOS ONE. 29 mai 2013;8(5):e63999.
4. CEEDMM, 2021. Item 253 - Obésité de l'adulte. Société Française d'Endocrinologie. 2022. Disponible sur: <https://www.sfendocrino.org/item-253-obesite-de-ladulte/>
5. Harmonizing the Metabolic Syndrome. Disponible sur: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192644>
6. Chooi YC, Ding C, Magkos F. The epidemiology of obesity. Metabolism. 1 mars 2019;92:6-10.
7. Fontbonne A, Currie A, Tounian P, Picot MC, Foulatier O, Nedelcu M, et al. Prevalence of Overweight and Obesity in France: The 2020 Obepi-Roche Study by the “Ligue Contre l'Obésité”. J Clin Med. 25 janv 2023;12(3):925.
8. memo_obesite_enfant_adolescent_signes_evocateurs_d_une_obesite_secondaire.pdf Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/10irp02_memo_obesite_enfant_adolescent_signes_evocateurs_d_une_obesite_secondaire.pdf
9. Chung WK. An overview of monogenic and syndromic obesities in humans. Pediatr Blood Cancer. janv 2012;58(1):122-8.
10. Maes HHM, Neale MC, Eaves LJ. Genetic and Environmental Factors in Relative Body Weight and Human Adiposity. Behav Genet. juill 1997;27(4):325.
11. Heymsfield SB, Wadden TA. Mechanisms, Pathophysiology, and Management of Obesity. N Engl J Med. 19 janv 2017;376(3):254-66.
12. van Dijk SJ, Tellam RL, Morrison JL, Muhlhausler BS, Molloy PL. Recent developments on the role of epigenetics in obesity and metabolic disease. Clin Epigenetics. 11 juill 2015;7(1):66.
13. Michalakis K, le Roux C. Gut Hormones and Leptin: Impact on Energy Control and Changes After Bariatric Surgery—What the Future Holds. Obes Surg. 1 oct 2012;22(10):1648-57.
14. Osadchiy V, Martin CR, Mayer EA. The Gut–Brain Axis and the Microbiome: Mechanisms and Clinical Implications. Clin Gastroenterol Hepatol. janv 2019;17(2):322-32.
15. Garidou L, Pomié C, Klopp P, Waget A, Charpentier J, Aloulou M, et al. The Gut Microbiota Regulates Intestinal CD4 T Cells Expressing ROR γ t and Controls Metabolic Disease. Cell Metab. 7 juill 2015;22(1):100-12.

16. Jastreboff AM, Sinha R, Lacadie C, Small DM, Sherwin RS, Potenza MN. Neural Correlates of Stress- and Food Cue–Induced Food Craving in Obesity: Association with insulin levels. *Diabetes Care*. 17 janv 2013;36(2):394-402.
17. Bourdier L, Fatseas M, Maria AS, Carre A, Berthoz S. The Psycho-Affective Roots of Obesity: Results from a French Study in the General Population. *Nutrients*. oct 2020;12(10):2962.
18. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. 2e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2016. (L'officiel ECN).
19. Chaput JP, McHill AW, Cox RC, Broussard JL, Dutil C, da Costa BGG, et al. The role of insufficient sleep and circadian misalignment in obesity. *Nat Rev Endocrinol*. 2023;19(2):82-97.
20. Cappuccio FP, Taggart FM, Kandala NB, Currie A, Peile E, Stranges S, et al. Meta-Analysis of Short Sleep Duration and Obesity in Children and Adults. *Sleep*. 1 mai 2008;31(5):619-26.
21. Boege HL, Bhatti MZ, St-Onge MP. Circadian rhythms and meal timing: impact on energy balance and body weight. *Curr Opin Biotechnol*. août 2021;70:1-6.
22. Basolo A, Bechi Genzano S, Piaggi P, Krakoff J, Santini F. Energy Balance and Control of Body Weight: Possible Effects of Meal Timing and Circadian Rhythm Dysregulation. *Nutrients*. 19 sept 2021;13(9):3276.
23. Dietz WH. Double-duty solutions for the double burden of malnutrition. *The Lancet*. 16 déc 2017;390(10113):2607-8.
24. Lustig RH. Processed Food—An Experiment That Failed. *JAMA Pediatr*. 1 mars 2017;171(3):212-4.
25. LIGNES DIRECTRICES DE L'OMS SUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LA SÉDENTARITÉ. 2020.
26. Epidemiology and determinants of obesity in China - The Lancet Diabetes & Endocrinology [Internet]. [cité 19 avr 2023]. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(21\)00045-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(21)00045-0/fulltext)
27. Lam TM, Vaartjes I, Grobbee DE, Karssenberg D, Lakerveld J. Associations between the built environment and obesity: an umbrella review. *Int J Health Geogr*. 1 févr 2021;20(1):7.
28. Block JP, He Y, Zaslavsky AM, Ding L, Ayanian JZ. Psychosocial Stress and Change in Weight Among US Adults. *Am J Epidemiol*. 15 juill 2009;170(2):181-92.
29. Grunberg NE, Straub RO. The role of gender and taste class in the effects of stress on eating. *Health Psychol*. 1992;11(2):97-100.
30. Kivimäki M, Head J, Ferrie JE, Shipley MJ, Brunner E, Vahtera J, et al. Work stress, weight gain and weight loss: evidence for bidirectional effects of job strain on body mass index in the Whitehall II study. *Int J Obes*. juin 2006;30(6):982-7.

31. Lumeng CN, Saltiel AR. Inflammatory links between obesity and metabolic disease. *J Clin Invest.* 1 juin 2011;121(6):2111-7.
32. Wu H, Ballantyne CM. Skeletal muscle inflammation and insulin resistance in obesity. *J Clin Invest.* 3 janv 2017;127(1):43-54.
33. Bisbal C, Lambert K, Avignon A. Antioxidants and glucose metabolism disorders: *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* juill 2010;13(4):439-46.
34. WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. WHO European Regional Obesity Report 2022. Disponible sur: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057738>
35. Khan SS, Ning H, Wilkins JT, Allen N, Carnethon M, Berry JD, et al. Association of Body Mass Index With Lifetime Risk of Cardiovascular Disease and Compression of Morbidity. *JAMA Cardiol.* 1 avr 2018;3(4):280-7.
36. Hall JE, Silva AA da, Carmo JM do, Dubinion J, Hamza S, Munusamy S, et al. Obesity-induced Hypertension: Role of Sympathetic Nervous System, Leptin, and Melanocortins *. *J Biol Chem.* 4 juin 2010;285(23):17271-6.
37. Diehl AM, Day C. Cause, Pathogenesis, and Treatment of Nonalcoholic Steatohepatitis. Longo DL, éditeur. *N Engl J Med.* 23 nov 2017;377(21):2063-72.
38. Cholongitas E, Pavlopoulou I, Papatheodoridi M, Markakis GE, Bouras E, Haidich AB, et al. Epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gastroenterol.* 2021;34(3):404-14.
39. Stéatose hépatique non alcoolique (NAFLD/NASH) | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/steatose-hepatique-non-alcoolique-nafldnash>
40. Zou B, Yeo YH, Cheung R, Ingelsson E, Nguyen MH. Fatty Liver Index and Development of Cardiovascular Disease: Findings from the UK Biobank. *Dig Dis Sci.* 1 juin 2021;66(6):2092-100.
41. O'Neill S, O'Driscoll L. Metabolic syndrome: a closer look at the growing epidemic and its associated pathologies. *Obes Rev.* 2015;16(1):1-12.
42. Gallagher EJ, LeRoith D. Epidemiology and Molecular Mechanisms Tying Obesity, Diabetes, and the Metabolic Syndrome With Cancer. *Diabetes Care.* août 2013;36(Suppl 2):S233-9.
43. Pi-Sunyer X. The Medical Risks of Obesity. *Postgrad Med.* 1 nov 2009;121:21-33.
44. Mannan M, Mamun A, Doi S, Clavarino A. Prospective Associations between Depression and Obesity for Adolescent Males and Females- A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *PLoS ONE.* 10 juin 2016;11(6):1-18.
45. Preiss K, Brennan L, Clarke D. A systematic review of variables associated with the relationship between obesity and depression. *Obes Rev.* 2013;14(11):906-18.

46. Amiri S, Behnezhad S. Obesity and anxiety symptoms: a systematic review and meta-analysis. *neuropsychiatrie*. juin 2019;33(2):72-89.
47. Larsen JK, van Strien T, Eisinga R, Engels RCME. Gender differences in the association between alexithymia and emotional eating in obese individuals. *J Psychosom Res*. 1 mars 2006;60(3):237-43.
48. Roelandt JL, Caria A, Benradia I, Bacle SV. De l'autostigmatisation aux origines du processus de stigmatisation. A propos de l'enquête internationale « Santé mentale en population générale : images et réalités » en France et dans 17 pays. *Psychol Soc Educ*. 2012;4(2):137-49.
49. Poulain JP. 5. Le malheur des obèses dans les sociétés modernes. In: *Sociologie de l'obésité* [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2009. p. 110-33. (Sciences sociales et sociétés). Disponible sur: <https://www.cairn.info/sociologie-de-l-obesite--9782130553137-p-110.htm>
50. Puhl RM, Brownell KD. Confronting and Coping with Weight Stigma: An Investigation of Overweight and Obese Adults. *Obesity*. 2006;14(10):1802-15.
51. Puhl R, Brownell KD. Bias, Discrimination, and Obesity. *Obes Res*. 2001;9(12):788-805.
52. Myers A, Rosen JC. Obesity stigmatization and coping: Relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *Int J Obes*. mars 1999;23(3):221-30.
53. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med*. 2020;26(4):485-97.
54. Caillet R. Conscientiser la stigmatisation pour (mieux) soigner. *Nutr Endocrinol*. avr 2022;20(100).
55. Carof S. Grossophobie : sociologie d'une discrimination invisible, Éditions de la maison des sciences de l'homme. *Cah LCD*. 2022;15(1):131-6.
56. Dunkeld Turnbull J, Heaslip S, McLeod HA. Pre-school children's attitudes to fat and normal male and female stimulus figures. *Int J Obes Relat Metab Disord*. déc 2000;24(12):1705.
57. Cramer P, Steinwert T. Thin is good, fat is bad: How early does it begin? *J Appl Dev Psychol*. 1 juill 1998;19(3):429-51.
58. Puhl RM, Heuer CA. The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*. 2009;17(5):941-64.
59. Vartanian LR, Smyth JM. Primum Non Nocere: Obesity Stigma and Public Health. *J Bioethical Inq*. 1 mars 2013;10(1):49-57.
60. Brewis A, SturtzSreetharan C, Wutich A. Obesity stigma as a globalizing health challenge. *Glob Health*. 13 févr 2018;14(1):20.

61. Reinka MA, Quinn DM, Puhl RM. Examining the relationship between weight controllability beliefs and eating behaviors: The role of internalized weight stigma and BMI. *Appetite*. 1 sept 2021;164:105257.
62. Carof S. Les représentations sociales du corps « gros ». *Anthropol Santé Rev Int Francoph Anthropol Santé*. 15 mai 2017 (14). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/2396#tocto2n8>
63. Carr D, Friedman MA. Is Obesity Stigmatizing? Body Weight, Perceived Discrimination, and Psychological Well-Being in the United States. *J Health Soc Behav*. 1 sept 2005;46(3):244-59.
64. Ligue contre l'obésité, Odoxa. Discriminations et obésité. 2021. Disponible sur: <https://www.liguecontrelobesite.org/app/uploads/2021/03/Odoxa-pour-OBEPi-2021-Discriminations-et-obe%CC%81site%CC%81-complet.pdf>
65. Sikorski C, Luppia M, Glaesmer H, Brähler E, König HH, Riedel-Heller SG. Attitudes of Health Care Professionals towards Female Obese Patients. *Obes Facts*. 1 nov 2013;6(6):512-22.
66. Tomiyama AJ, Carr D, Granberg EM, Major B, Robinson E, Sutin AR, et al. How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health. *BMC Med*. 15 août 2018;16(1):123.
67. Talumaa B, Brown A, Batterham RL, Kalea AZ. Effective strategies in ending weight stigma in healthcare. *Obes Rev*. oct 2022;23(10):e13494.
68. Bombak AE. The Contribution of Applied Social Sciences to Obesity Stigma-Related Public Health Approaches. *J Obes*. 24 mars 2014;2014:e267286.
69. Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, et al. Overweight and Obesity: Knowledge, Attitudes, and Practices of General Practitioners in France. *Obes Res*. 2005;13(4):787-95.
70. Thuan JF, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *Int J Obes*. sept 2005;29(9):1100-6.
71. EPIN A. Évaluation des représentations sociales de la personne en situation d'obésité par les étudiants français en médecine de troisième cycle, relation avec leur qualité de vie, impact sur la stigmatisation. 2022.
72. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
73. Puhl RM, Latner JD. Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychol Bull*. juill 2007;133(4):557-80.
74. Griffiths LJ, Wolke D, Page AS, Horwood JP. Obesity and bullying: different effects for boys and girls. *Arch Dis Child*. 1 févr 2006;91(2):121-5.

75. Stevens SD, Herbozo S, Morrell HE, Schaefer LM, Thompson JK. Adult and childhood weight influence body image and depression through weight stigmatization. *J Health Psychol.* 1 juill 2017;22(8):1084-93.
76. Meadows A, Higgs S. Impact of experienced and internalised weight stigma on eating behaviour and psychological outcomes. *Appetite.* 1 déc 2014;83:345.
77. Tomiyama AJ. Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite.* 1 nov 2014;82:8-15.
78. Major B, Hunger JM, Bunyan DP, Miller CT. The ironic effects of weight stigma. *J Exp Soc Psychol.* 1 mars 2014;51:74-80.
79. Hansen B, Dye MH. Damned if You Do, Damned if You Don't: The Stigma of Weight Loss Surgery. *Deviant Behav.* 1 févr 2018;39(2):137-47.
80. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *Am J Public Health.* mai 2013;103(5):813-21.
81. Puhl RM, Lessard LM, Himmelstein MS, Foster GD. The roles of experienced and internalized weight stigma in healthcare experiences: Perspectives of adults engaged in weight management across six countries. *PLoS ONE.* 6/1/2021 2021;16(6):1-20.
82. Olson CL, Schumaker HD, Yawn BP. Overweight women delay medical care. *Arch Fam Med.* oct 1994;3(10):888-92.
83. Alegria Drury CA, Louis M. Exploring the Association Between Body Weight, Stigma of Obesity, and Health Care Avoidance. *J Am Acad Nurse Pract.* 2002;14(12):554-61.
84. Sikorski C, Luppá M, Glaesmer H, Brähler E, König HH, Riedel-Heller SG. Attitudes of Health Care Professionals towards Female Obese Patients. *Obes Facts.* 1 nov 2013;6(6):512-22.
85. Phelan S, Burgess D, Yeazel M, Hellerstedt W, Griffin J, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev.* avr 2015;16(4):319-26.
86. Bidstrup H, Brennan L, Kaufmann L, de la Piedad Garcia X. Internalised weight stigma as a mediator of the relationship between experienced/perceived weight stigma and biopsychosocial outcomes: a systematic review. *Int J Obes.* janv 2022;46(1):1-9.
87. Robinson B "Bean" E, Bacon LC, O'reilly J. Fat phobia: Measuring, understanding, and changing anti-fat attitudes. *Int J Eat Disord.* déc 1993;14(4):467-80.
88. Bacon JG, Scheltema KE, Robinson BE. Fat phobia scale revisited: the short form. *Int J Obes Relat Metab Disord.* févr 2001;25(2):252.
89. Stein J, Luppá M, Ruzanska U, Sikorski C, König HH, Riedel-Heller SG. Measuring Negative Attitudes towards Overweight and Obesity in the German Population – Psychometric Properties and Reference Values for the German Short Version of the Fat Phobia Scale (FPS). *PLoS ONE.* déc 2014;9(12):1-18.

90. Puhl RM, Lessard LM, Pearl RL, Himmelstein MS, Foster GD. International comparisons of weight stigma: addressing a void in the field. *Int J Obes.* sept 2021;45(9):1976-85.
91. Hilbert A, Rief W, Braehler E. Stigmatizing Attitudes Toward Obesity in a Representative Population-based Sample. *Obesity.* 2008;16(7):1529-34.
92. Bacon L, Aphramor L. Weight Science: Evaluating the Evidence for a Paradigm Shift. *Nutr J.* 24 janv 2011;10:9.
93. Turker J, Crook T, Phelps J, Hakkak R. Identifying Attitudes of Healthcare Professionals toward Obese Individuals in a Hospital Setting. *J Acad Nutr Diet.* 1 sept 2015;115(9, Supplement):A27.
94. Sabin JA, Marini M, Nosek BA. Implicit and Explicit Anti-Fat Bias among a Large Sample of Medical Doctors by BMI, Race/Ethnicity and Gender. *PLOS ONE.* 7 nov 2012;7(11):e48448.
95. Swift JA, Hanlon S, El-Redy L, Puhl RM, Glazebrook C. Weight bias among UK trainee dietitians, doctors, nurses and nutritionists. *J Hum Nutr Diet.* 2013;26(4):395-402.
96. Fikkan JL, Rothblum ED. Is Fat a Feminist Issue? Exploring the Gendered Nature of Weight Bias. *Sex Roles.* 1 mai 2012;66(9):575-92.

Annexes

Annexe 1. Tableaux statistiques des résultats patients.

Tableau 13 Nombres et pourcentages des différentes formes de stigmatisation vécues

	Moqueries		Injustices		Discriminations	
	N	%	N	%	N	%
Oui	201	65	146	47	144	47
Non	109	35	164	53	162	53

Tableau 14 Nombres et pourcentages d'expériences stigmatisantes vécues en fonction du sexe.

	Femmes n=176		Hommes n=57		p
	N	%	N	%	
	Moqueries	135	77	28	
Injustices	110	63	13	23	<0,0001
Discriminations	112	64	15	26	<0,0001

Tableau 15 Nombres et pourcentages d'expériences stigmatisantes vécues en fonction de l'IMC.

	30 à >35 n= 49		35 à <40 n=63		≥40 n=122		p
	N	%	N	%	N	%	
	Moqueries	34	68	35	55	94	
Injustices	24	48	21	33	74	60	0,0005
Discriminations	22	44	22	34	74	61	0,0003

Annexe 2. Questionnaire transmis via la fiche de paie au personnel hospitalier

Le recueil et le traitement des données sont anonymes, l'exploitation se fera sur l'ensemble des données recueillies.

14 paires d'adjectifs sont listées ci-dessous : pour chaque paire, placez une croix en fonction de l'adjectif qui vous paraît le mieux correspondre à vos représentations d'une personne obèse

Catégorie SP :

Poids :

Age :

Taille :

Sexe :

Je ne souhaite pas répondre :

Sans volonté	<input type="checkbox"/>	Fait preuve de volonté				
Séduisant	<input type="checkbox"/>	Non séduisant				
Bonne maîtrise de soi	<input type="checkbox"/>	Faible maîtrise de soi				
Rapide	<input type="checkbox"/>	Lent				
Endurant	<input type="checkbox"/>	Non endurant				
Actif	<input type="checkbox"/>	Inactif				
Faible	<input type="checkbox"/>	Fort				
Indulgent avec lui-même	<input type="checkbox"/>	Se sacrifiant				
N'aime pas la nourriture	<input type="checkbox"/>	Aime la nourriture				
Mal proportionné	<input type="checkbox"/>	Bien proportionné				
Mange peu	<input type="checkbox"/>	Mange trop				
Anxieux	<input type="checkbox"/>	Serein				
A une faible estime de soi	<input type="checkbox"/>	Forte estime de soi				



ENQUETE PERCEPONIMES



Bonjour,

Nous réalisons une étude pour évaluer le ressenti des personnes en situation d'obésité.

Pour cela, nous vous proposons de répondre à ces 3 questions, soit en format papier à nous renvoyer par mail, soit via le lien QR Code.

Nous collectons également des données plus générales afin de pouvoir analyser nos résultats dans un contexte global.

Le recueil et le traitement des données sont anonymes, l'exploitation se fera sur l'ensemble des données recueillies.

Sexe :

Poids :

Taille :

Je ne souhaite pas répondre :

1) Avez-vous déjà subi des moqueries à cause de votre poids ?

- Oui
- Non

2) Avez-vous déjà été traité(e) de manière injuste à cause de votre poids ?

- Oui
- Non

3) Avez-vous déjà été discriminé(e) à cause de votre poids ?

- Oui
- Non

Serment d'Hippocrate

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

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

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

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Contexte : L'hôpital, en tant que lieu de soins, se doit d'offrir une prise en charge équivalente à chaque individu. Cependant, le milieu médical a souvent été décrit comme étant source de stigmatisation des personnes en situation d'obésité, bien que les études permettant de l'objectiver manquent. Cette étude vise à évaluer la perception des sujets obèses par le personnel hospitalier du CHU de Nîmes tout en recueillant le vécu de ces patients face à la stigmatisation.

Matériel et Méthode : 634 employés du CHU de Nîmes, de toutes catégories professionnelles confondues, ont répondu au questionnaire "Fat Phobia Scale" (FPS), conçu pour évaluer la perception des personnes en situation d'obésité. Dans le même temps, 312 patients ont répondu à un questionnaire visant à mesurer le nombre d'expériences de stigmatisation vécues.

Résultats : La moyenne globale du FPS dans notre population est de 2,65, reflétant une vision globalement négative des individus en situation d'obésité. Aucune différence significative n'a été observée en fonction des catégories professionnelles, du statut pondéral ou du genre.

Parallèlement, 69 % des patients interrogés rapportent au moins une expérience stigmatisante. Cela varie significativement en fonction du genre, les femmes rapportant plus de stigmatisation que les hommes.

Conclusion : Les représentations négatives des personnes en situation d'obésité sont encore très présentes au sein du personnel hospitalier, quels que soient le genre, la catégorie professionnelle ou la classe d'IMC. Chez les individus obèses, cela se manifeste par de nombreuses expériences de stigmatisation. Une réflexion pour sensibiliser l'ensemble des salariés du CHU s'impose comme nécessaire pour améliorer le vécu des patients.

Mots clés : Obésité, Stigmatisation, Soins, Centre Hospitalier Universitaire, Patients, Salariés.