



RAPPORT D'EXPERTISE

Master Affaires Publiques en Europe

Sciences Po Lille - Année 2024/2025

Obstacles à l'amélioration de la prise en soin de l'obésité

Etude de cas sur la région des Hauts-de-France

Par Julie DEVIGNES

Sous la direction de M. Benoit Lengaigne
maître de conférences en sciences économiques



Photographie « Les Baigneurs » (1984) – Fondation Giannada (Suisse)

Par l'artiste peintre, graveuse et sculptrice française **Catherine Marie-Agnès de Saint-Phalle dit « Niki »**. Dans la série de sculptures intitulée « Nanas ».



L'Association Européenne pour l'Étude de l'Obésité, ou *European Association for the Study of Obesity* (EASO), est une organisation scientifique paneuropéenne créée en 1986, dont le siège est situé à Londres, au Royaume-Uni. Elle regroupe des chercheurs, professionnels de santé, institutions et associations nationales **engagés dans la recherche, la prévention et la prise en charge de l'obésité** à l'échelle européenne.

Son objectif primaire est de valoriser une **meilleure compréhension scientifique, clinique et sociétale** de l'obésité en tant que maladie chronique complexe, pour faciliter la **diffusion des connaissances, le dialogue et la formulation de recommandations** fondées sur des données probantes. À travers ses travaux, l'EASO entend renforcer l'impact des politiques publiques de santé et encourager des **approches intégrées et équitables** de la prévention et du traitement de l'obésité.

L'association organise ponctuellement des congrès scientifiques (notamment l'European Congress on Obesity), soutient la publication de recherches dans des revues spécialisées et coordonne différents groupes de travail. Ses sujets de prédilection sont :

- La définition des déterminants sociaux et environnementaux de l'obésité
- Les approches cliniques et pharmacologiques du traitement
- Les politiques nutritionnelles et de prévention

Ce rapport s'inscrit dans les objectifs de l'EASO de soutenir l'élaboration de **stratégies européennes cohérentes et efficaces** en matière de santé publique. Dans un contexte où la prévalence de l'obésité ne cesse d'augmenter, exacerbant les inégalités sociales de santé, il est nécessaire de **renouveler l'approche** de la prise en soin en déterminant les **obstacles** qui mettent en **échec la réussite du parcours de soin**. En tant que plateforme d'expertise, l'EASO joue un rôle essentiel dans la reconnaissance de l'obésité comme enjeu de société, appelant des réponses à la fois médicales, sociales et politiques.



Liste des commanditaires



La Direction Générale de la Santé et de la Sécurité Alimentaire (DG SANTE) pour son rôle dans la mise à l’agenda d’initiatives de politiques de santé publique ciblées, son axe de réflexion sur la prévention de l’obésité et le soutien d’études sur les défis liés à la maladie par le financement du programme EU4Health.



Le Comité ENVI (Environnement, Santé Publique et Sécurité alimentaire) via le service de recherche au sein du Parlement Européen qui commande des études indépendantes sur la santé publique.



L’OMS (Organisation Mondiale de la Santé), active sur la question de l’obésité, qui détermine les politiques de prévention et la prise en charge institutionnelle au travers de plans d’action. Elle s’intéresse particulièrement aux inégalités d’accès aux soins.

Déclaration de l'auteur

Le présent travail a été réalisé à titre indépendant. Il reflète donc les seules opinions de son auteur.

Sciences Po Lille n'entend donner aucune approbation ni improbation aux thèses, arguments ou avis émis dans ce rapport d'expertise. Ceux-ci doivent être considérés comme propres à l'auteur.

J'atteste que ce rapport d'expertise (fictif) est le résultat d'un travail personnel, qu'il cite et référence l'ensemble des sources utilisées et qu'il ne contient aucun passage ayant été utilisé intégralement dans d'autres travaux.



I) Remerciements

La réalisation de ce rapport d'expertise n'aurait pas été possible sans le concours de plusieurs personnes, auxquelles j'exprime ici ma profonde gratitude pour leur aide, la richesse de leur expertise et la pertinence de leurs conseils.

En premier lieu, je souhaiterais remercier mon directeur de recherche, Monsieur Benoit Lengaigne, pour son accompagnement tout au long de l'année, sa bienveillance et ses encouragements. J'adresse également ma reconnaissance à Monsieur Stéphane Bracq, directeur de la majeure APEU, pour sa présence attentive et son soutien.

En second lieu, j'aimerais remercier l'ensemble des personnes interrogées dans le cadre de mes recherches pour le temps qu'elles ont accepté de me consacrer, la richesse de leurs témoignages et la sincérité de leurs réflexions. Leur contribution a été essentielle pour nourrir ma réflexion et donner à ce travail toute sa profondeur et sa pertinence.

Merci à Florian, Océane et Clémence, qui, en leur qualité de médecins généralistes, sont en première ligne pour diagnostiquer et prescrire les traitements de prise en soin de l'obésité. Ils m'ont offert des témoignages précieux sur les défis rencontrés au quotidien, avec beaucoup d'humilité et d'humanité.

Merci à Nadine, experte des politiques publiques au sein d'un établissement de santé publique régional, avec qui j'ai eu le plaisir d'échanger longuement. Cet entretien s'est révélé particulièrement riche et éclairant pour comprendre les enjeux politiques, économiques et sanitaires liés à l'obésité.

Merci à Flore, médecin de la nutrition au sein d'un Centre Spécialisé sur l'Obésité, qui m'a éclairée sur la manière dont la médecine sait s'adapter aux nouveaux enjeux de santé en dépit d'un manque d'allocation des ressources à cette cause. Son engagement quotidien, son regard bienveillant et à l'écoute souligne l'importance d'une approche toujours plus humaine dans le soin aux personnes concernées.

Merci à Didier, qui a bénéficié d'un parcours de soin préopératoire pour réaliser l'intervention de chirurgie bariatrique, et avec qui j'ai pu échanger sur la maladie, ses difficultés mais aussi ses attentes vis-à-vis de l'opération. Notre discussion a été très émouvante, et je tiens à le remercier chaleureusement pour sa grande sincérité, en lui

souhaitant de retrouver la forme au plus vite pour jouer avec ses petits-enfants, une grande source de motivation et de joie, dont il m'a tant parlé durant l'entretien.

Merci à Claudine et Aurélie, patientes partenaires, qui m'ont offert un regard précieux et renouvelé sur l'accompagnement de la maladie. Leurs témoignages ont mis en lumière la nécessité d'intégrer le savoir expérientiel des patients, de renforcer la dimension humaine du soin et de créer des communautés d'échange et d'entraide pour mieux informer et éduquer autour de l'obésité.

Merci à David, professeur de chirurgie digestive au CHU de Montpellier et cofondateur de la Ligue Nationale contre l'Obésité, qui m'a apporté des clés de compréhension essentielles sur la chirurgie de l'obésité, ses répercussions médicales et psychologiques, ainsi que sur les motivations profondes qui poussent les patients à envisager une telle intervention.

Mention spéciale à mes colocs, Emily et Adèle, qui ont fait preuve d'une patience infinie ces derniers mois. Notre complicité a allégé ce travail d'écriture et m'a permis de traverser cette période intense avec le sourire.

Un grand merci également à mes camarades et ami.e.s Lisa, Nicolas, Pierre et Lorie, qui ont été d'un soutien sans faille. Vos encouragements et nos longues discussions partagées lors de moments privilégiés ont été d'un soutien précieux et ont nourri ma motivation tout au long de ce travail.

II) Résumé – Abstract

Mots clés : Obésité, Obstacles, Soins, IMC, Stigmatisation, Personnalisation, Écoute, Patients, Soignants, Accompagnement, Humain.

Résumé : Dans un contexte sanitaire mondial marqué par une hausse de la prévalence de l'obésité, ce rapport explore les obstacles structurels et symboliques dans le suivi des patients en obésité, en mettant en lumière l'influence des représentations médico-sociales de la maladie - stigmates, préjugés - dans la construction de la relation patients-soignants. A ce jour, 18.1% des Français sont en situation d'obésité. La complexité médicale, sociale, économique et environnementale de l'obésité rend pertinente l'étude du cas de la région des Hauts-de-France, particulièrement touchée par les inégalités territoriales. De surcroît, ce travail examine les politiques publiques implémentées, leur efficacité et leurs limites, ainsi que le rôle de différents acteurs dans l'accompagnement de la prise en soins, dont les associations, les patients partenaires et les institutions. Enfin, des pistes d'amélioration sont proposées pour construire une approche plus intégrée, humaine et efficace de la prise en soins de l'obésité.

Abstract: In a global health context marked by the rising prevalence of obesity, this report explores both structural and symbolic barriers to the follow-up care of patients living with obesity. It highlights the influence of medical and social representations of the disease—such as stigma and prejudice—on the construction of patient-caregiver relationships. 18.1% of the French population is now affected by obesity. The medical, social, economic, and environmental complexity of obesity makes the case study of the Hauts-de-France region particularly relevant, as it is notably affected by territorial health inequalities. Furthermore, this work examines the public policies implemented, their effectiveness and limitations, as well as the role of various stakeholders in supporting care pathways, including associations, patient partners, and institutions. Finally, recommendations are proposed to help build a more integrated, humane, and effective approach to obesity care.

III) Liste des acronymes

AACE : Association Américaine d'Endocrinologie Clinique

AFERO : Association Française d'Etude et de Recherche sur l'Obésité

ADEME : Agence de l'Environnement et de la Maitrise de l'Energie

ALD : Affection de Longue Durée

APA : Activité Physique Adaptée

ARCOM : Autorité de Régulation de la Communication Audiovisuelle et Numérique

ARS : Agence Régionale de Santé

BMI : Body Mass Index

CJUE : Cour de Justice de l'Union Européenne

CNAO : Collectif National des Associations d'Obèses

CSO : Centre Spécialisé sur l'Obésité

CSO : Consultation de Suivi sur l'Obésité

CTO : Comité Territorial sur l'Obésité

DRAAF : Direction régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt

EOSS : Edmonton Obesity Staging System

HAS : Haute Autorité de Santé

HDF : Hauts-de-France

IMC : Indice de Masse Corporelle

LCO : Ligue Nationale contre l'Obésité

LIO : Lyon Info Obésité

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

NAAFA: National Association to Advance Fat Acceptance

OFEO : Observatoire Français d'Épidémiologie de l'Obésité

OIT : Organisation Internationale du Travail

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Plans Nationaux Nutrition Santé

PRAPS : Programme Régional relatif à l'Accès à la Prévention et aux Soins

PRS : Projet Régional de Santé

TCC : Thérapie Cognitive Comportementale

IV) Sommaire

Sommaire

I) Remerciements.....	7
II) Résumé – Abstract.....	9
III) Liste des acronymes.....	10
IV) Sommaire.....	11
V) Synthèse Opérationnelle.....	13
VI) Introduction.....	15
VII) Chapitre 1 : Vivre.....	29
VIII) Chapitre 2 : Soigner.....	61
IX) Chapitre 3 : Accompagner.....	86
X) Chapitre 4 : Recommandations.....	112
XI) Conclusion et ouverture.....	128
XII) Table des matières.....	129
XIII) Références bibliographiques.....	132
XIV) Annexes.....	141

Ce rapport d'expertise, sans être exhaustif du fait de l'ampleur du sujet, de sa complexité et de sa transversalité, offre une analyse étendue et pertinente des enjeux relatifs à la prise en soin de la maladie de l'obésité, proposant des pistes de réflexion, de réponses ainsi que des recommandations.

V) Synthèse Opérationnelle

Recommandation n°1 :

Faire de l'obésité une Grande Cause Nationale en 2026

- Affirmer une volonté politique forte en mobilisant l'ensemble de la société autour d'un enjeu de société global ;
- Accélérer la mise à l'agenda politique de l'obésité pour favoriser un cadre propice à des améliorations de long terme sur la prise en soin ;
- Sensibiliser le grand public à l'obésité en véhiculant une image positive de l'obésité au niveau sociétal, qui légitime sa reconnaissance en tant que maladie chronique.

Recommandation n°2 :

Renforcer la formation des acteurs de la santé sur la maladie de l'obésité

- Intégrer un module obligatoire consacré à l'obésité dans le cursus universitaire de médecine et des formations paramédicales ;
- Articulation entre une approche *théorique* – causes, diversité des profils cliniques – et *éthique* – conséquences de la stigmatisation, personnalisation des parcours -.
- Amélioration durable de la relation patient-soignant et réduction des ruptures de soin.

Recommandation n°3 :

Elargir le réseau de patients partenaires et d'associations à l'ensemble des territoires

- Améliorer la structure du maillage territorial du réseau de patients partenaires et d'associations impliqués dans la prise en soin de l'obésité ;
- Mieux représenter les réalités socio-culturelles et les besoins territoriaux, en particulier dans les zones éloignées des pôles urbains ;
- Création de relais locaux facilitant l'accès à l'information, l'orientation, le soutien et la co-construction des parcours de soin.

Recommandation n°4 :

Reconnaitre l'obésité de type II et III comme Affection Longue Durée (ALD)

- Ouvrir l'accès à un remboursement intégral des soins liés au traitement de l'obésité par l'Assurance Maladie pour permettre un meilleur accès aux parcours de soins coordonnés, pluridisciplinaires et continus ;
- Lutter contre les inégalités sociales de santé et les renoncements aux soins pour motifs financiers ;
- Réduction de la stigmatisation des personnes en obésité permise par la reconnaissance institutionnelle de l'obésité comme une maladie chronique.

Recommandation n°5 :

Repenser l'aménagement des espaces publics et hospitaliers pour les rendre accessibles à tous les corps

- Lutter contre l'invisibilisation des corps jugés « *déviants* » dans la conception des lieux publics -métro, parcs, hôpitaux- ;
- Encourager la révision des normes de conception dans l'aménagement urbain et hospitalier - assises, accès, mobilités, équipements médicaux - pour les rendre accessibles à tous les types de corps ;
- Favoriser la pratique d'une activité physique en extérieur dans un cadre sécurisé.

Recommandation n°6 :

Repenser les représentations médiatiques de l'obésité : pour une parole experte, digne et inclusive

- Favoriser une représentation médiatique diversifiée, respectueuse et experte des personnes en obésité pour mener une lutte contre les croyances sociales ;
- Former des professionnels des médias aux enjeux de stigmatisation et d'éthique de la représentation pour améliorer la qualité des contenus médiatiques.

Recommandation n°7 :

Encadrer plus strictement les pratiques des industries agroalimentaires

- Réduire l'impact négatif de l'alimentation industrielle sur la santé publique ;
- Promouvoir une offre alimentaire plus qualitative, accessible et locale en renforçant l'autonomie alimentaire des populations ;
- Protéger les publics vulnérables des influences marketing nocives.

VI) Introduction

« Je veux sortir de cette dichotomie qui consiste à asséner ou se taire. Je voudrais qu'une troisième voix s'élève : celle de la nuance et de la bienveillance. On peut avoir un point serré contre la grossophobie, et une main tendue vers ceux qui souhaitent guérir de cette maladie. C'est peut-être pour ça qu'on a précisément deux mains. Ce dont les obèses ont besoin, ce n'est pas d'une parole jugeante, mais d'une écoute bienveillante. Il faut des points d'interrogation, de l'amour et une farouche volonté de prendre soin.¹ »

(Anna Roy)

Les mots d'Anna Roy ont une résonance particulière, à l'heure où une hausse de la prévalence² de l'obésité s'observe aux quatre coins du globe. Cette situation inédite met en lumière la **double difficulté** des gouvernements à prendre les mesures adéquates pour **inverser la tendance de la courbe ascendante de l'obésité** et celle **d'adapter les systèmes de soin** dans une perspective renouvelée. Puisqu'au-delà de poser un enjeu sanitaire sans précédent, l'obésité s'inscrit au cœur des **réflexions sociale, économique et environnementale**³ pour penser la santé future de nos sociétés.

En 2022, 1 personne sur 8, soit environ **13.8%** de la population était en situation d'obésité⁴, une réalité qui concerne désormais près de **890 millions d'individus adultes** dans le monde. A l'occasion de la Journée Mondiale dédiée à l'Obésité le **4 mars 2025**, le rapport de la revue scientifique britannique *The Lancet* a alerté de l'amplification de l'épidémie⁵ d'obésité dans ses projections⁶, notamment auprès des plus jeunes : sans action de grande ampleur, **six personnes sur dix** seront touchées par le surpoids ou l'obésité d'ici à **2050**, une donnée qui met en lumière le caractère structurel et systémique de l'obésité.

Certaines régions du monde, historiquement touchées par des problématiques de **sous-nutrition**, dont l'Inde et l'Afrique subsaharienne, sont de plus en plus confrontées à une montée préoccupante des maladies chroniques en raison d'une **transformation rapide de leurs**

¹ Roy, A. (2025). *Énorme* (pp. 42–46). Larousse.

² Désigne la proportion de personnes atteintes d'une maladie au sein d'une population donnée

³ Penser ici le terme « *environnemental* » au sens large : nutritionnel, social, lieux de vie et de consommation.

⁴ Organisation mondiale de la Santé. (n.d.). *Principaux repères sur l'obésité et le surpoids*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Consulté le 20 février 2025.

⁵Au sens de la progression spectaculaire du taux de prévalence sur une courte période.

⁶ Gakidou, E., Afshin, A., Abate, D., et al. (2025). *Forecasting the global obesity epidemic through 2050*. The Lancet. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00260-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00260-0) Consulté le 19 mars 2025.

modèles alimentaires⁷. Longtemps considérée comme un signe extérieur de richesse, l'obésité est désormais un phénomène mondial, symptôme d'une précarité qui ne se manifeste plus par la privation alimentaire, mais par une surconsommation de produits industriels de faible qualité nutritionnelle⁸.

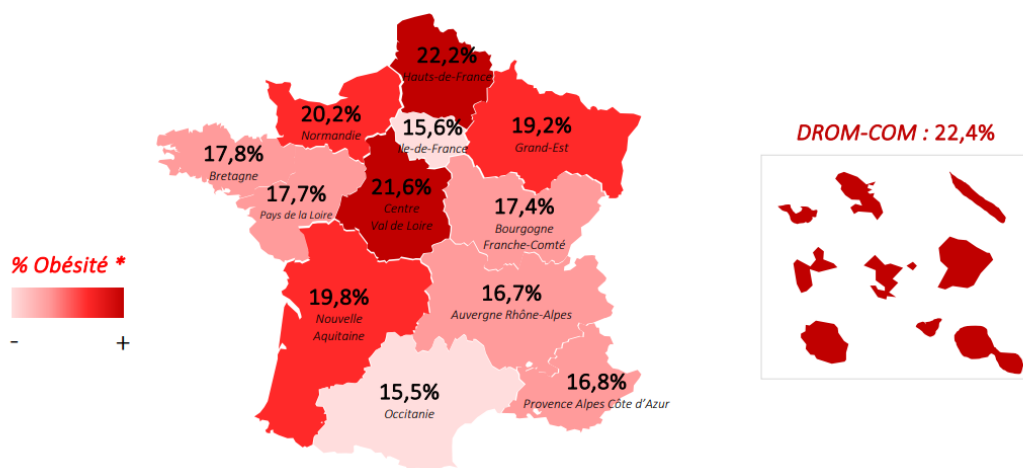
Figurant parmi les principales causes de mortalité dans le monde⁹, l'obésité est reconnue comme une maladie chronique dont les conséquences dépassent largement les enjeux esthétiques. Cette urgence sanitaire mondiale nécessite une réponse coordonnée et ambitieuse pour mener des actions préventives et d'intervention au sein des politiques publiques¹⁰. De surcroît, il s'agit de pallier les obstacles qui se dressent tout au long de la prise en soin, tant d'un point de vue médical, qu'institutionnel.

La France n'échappe pas à cette tendance. L'enquête sur le surpoids et l'obésité menée par l'Observatoire Français d'Épidémiologie de l'Obésité¹¹(OFEO) parue en juin 2024 estime que 18.1% des adultes sont désormais en situation d'obésité à l'échelle nationale.

Prévalence de l'obésité

en %

Moyenne nationale : 18,1%



⁷ Bernard Maire & Francis Delpuech, *La transition nutritionnelle, l'alimentation et les villes dans les pays en développement*, UR106 Nutrition, Alimentation, Sociétés, Centre collaborateur de l'OMS, IRD, 2000.

⁸ France Culture. (2025, 8 mars). *Obésité : vers une épidémie mondiale ?* [Épisode de podcast]. La transition de la semaine. <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/la-transition-de-la-semaine/obesite-vers-une-epidemie-mondiale-2676720> Écoulé le 20 avril 2025.

⁹ Banque mondiale. (2020, 6 février). *Les maladies liées à l'obésité figurent parmi les trois principales causes de décès dans la plupart des pays du monde*. <https://www.banquemonde.org/fr/news/press-release/2020/02/05/obesity-related-diseases-among-top-three-killers-in-most-countries-world-bank-says>

¹⁰ Laacher, S. (2021). *Ça me pèse : Obésité et corps embarrassant* (pp. 65-80). Éditions de l'Aube.

¹¹ Ligue Nationale Contre l'Obésité. (2024, 6 juin). *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité – OFEO 2024*. <https://www.obecentre.fr/wp-content/uploads/2024/06/Etude-epidemiologique-sur-le-surpoids-et-lobesite-Odoxa-LNCO-OFEO-2024-ConfPresse.pdf> Consulté le 10 mars 2025.

Les disparités s'apprécient au niveau régional, invitant à des **analyses ciblées**, encore trop peu nombreuses dans le champ sociologique français, pour comprendre les **spécificités** des territoires les plus touchés. Cette étude examine le cas de la région des Hauts-de-France, où la prévalence atteint **22,2 %**, le taux le plus élevé de la métropole.



Face à ces constats, la **définition** de certains concepts clés et la mise en lien de la thématique étudiée avec des domaines d'analyse sont nécessaires pour jeter les bases à la bonne lecture de ce rapport.

_1 : Qu'entend-t-on par le terme « obésité » ?

Apparu au Moyen Âge, le terme « *obésité* » trouve son origine dans le latin *obesitas*, qui signifie « *embonpoint* »¹². À l'époque, il était employé pour désigner l'état de richesse d'un individu, l'excès de poids étant perçu comme un marqueur de son statut social. Dérivé de *obedere*, il signifie littéralement le fait de « *manger en excès* », une interprétation qui accentue la **vision moralisatrice** d'une personne sans retenue.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'obésité comme « *une accumulation anormale de graisse corporelle qui peut nuire à la santé* ». La graisse est stockée dans le **tissu adipeux**¹³, lui-même composé de cellules qui peuvent s'agrandir en taille - **hypertrophie** - ou augmenter en nombre – **hyperplasie** - lorsqu'un individu prend du poids de manière prolongée. C'est l'**hypoxie**, soit la mauvaise oxygénation des cellules, qui altère la régulation hormonale, immunitaire et métabolique du tissu adipeux¹⁴. **Les altérations** du tissu adipeux contribuent à l'aggravation progressive de la maladie, c'est-à-dire au passage à la **chronicité** et la survenue de complications.

¹² Vigarello, G. (2010). *Les Métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité du Moyen Âge au XXe siècle*. Seuil.

¹³ Clément, K., & Viguerie, N. (2017, juillet 11). *Obésité : Une maladie des tissus adipeux*. Inserm. <https://www.inserm.fr/dossier/obesite/>

¹⁴ Voir Annexes

On privilégie parfois le concept « *adiposité* »¹⁵ pour éviter l'approche comportementale et stigmatisante de l'obésité au profit de son interprétation physiopathologique comme conséquence d'un dérèglement de l'organisme.

Le diagnostic clinique de l'obésité passe généralement par le calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC). Dans la terminologie médicale, est considéré comme « *obèse* » tout individu dont l'indice de masse corporelle se situe au-dessus de 30.

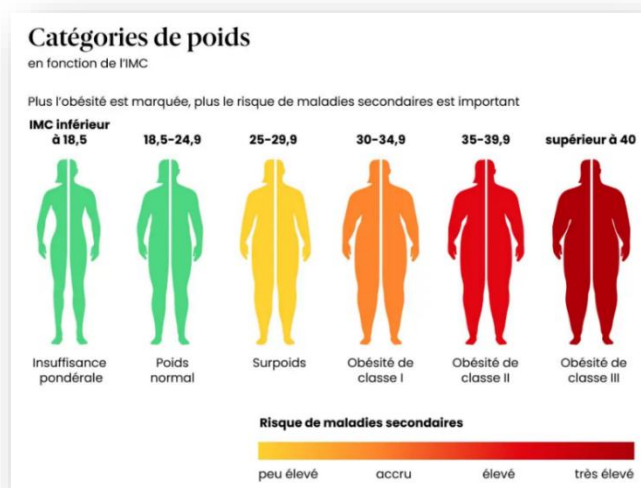
Mesurer l'obésité

Indicateur de référence = Indice de Masse Corporelle (IMC).

Formule = Poids en kg / taille² en m.

Ex : Une femme mesurant 1.65m et pesant 75kg a un IMC de 27.55. Elle est classée dans l'intervalle du surpoids.

N.B. : L'IMC seul est un indicateur imparfait pour mesurer l'obésité. Par exemple, le classement de l'Edmonton Obesity Staging system (EOSS) évalue les conséquences qualitative et fonctionnelle de l'obésité. (Annexes)



L'usage unique de cet indice dans le diagnostic de l'obésité est vivement critiqué, poussant à des réflexions sur la nécessité d'approfondir l'examen avec d'autres

indicateurs¹⁶. L'obésité est classée selon différents stades, permettant d'apprécier son degré de développement et d'évaluer les risques sanitaires qui y sont associés.

Historiquement considéré comme un facteur de risque susceptible de développer d'autres pathologies, l'OMS reconnaît l'obésité depuis 1997 comme une *maladie chronique* à part entière¹⁷. L'adjectif « *chronique* » rend compte de l'installation de cette maladie multifactorielle de façon irréversible et de son *aggravation progressive* en raison du

¹⁵ Laville, M., Clément, K., & Pattou, F. (2025). *La définition de l'obésité clinique évolue ! La Revue du Praticien*, 75(2), 119.

¹⁶ Brafman, N. (2025, 28 janvier). *Vers une nouvelle définition de l'obésité au-delà de l'indice de masse corporelle. Le Monde*. https://www.lemonde.fr/sciences/article/2025/01/28/vers-une-nouvelle-definition-de-l-obesite-au-dela-de-l-indice-de-masse-corporelle_6519448_1650684.html consulté le 2 février 2025.

¹⁷ WHO Consultation on Obesity (1999, Geneva, Switzerland) & World Health Organization. (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/42330>. Consulté le 16 mars 2025.

développement de **comorbidités associées**. Pour les individus souffrant d'obésité à des stades avancés (classe II ou III), cela peut entraîner une diminution de l'espérance de vie¹⁸.

Parler « *des obésités* » plutôt que de « *l'obésité* » permet de mieux refléter la pluralité des trajectoires de vie, des formes cliniques et des causes de la maladie, résultant de l'interaction complexe entre **facteurs biologiques, comportementaux, environnementaux, sociaux et psychologiques**. À ce jour, près de 229 facteurs ont été identifiés et plus de 17 maladies lui sont associées, parmi elles les maladies cardiovasculaires, l'apnée du sommeil et le diabète de type 2¹⁹.

Cependant, il est essentiel de noter que la reconnaissance de l'obésité comme maladie demeure l'objet de **débat**²⁰ au sein des communautés scientifiques et médicales, un contexte qui se répercute sur la qualité des traitements mis en place tout au long du suivi.

_2 : Quels obstacles ?

Les obstacles, à la fois **physiques et immatériels**²¹, désignent l'ensemble des **barrières psychologiques, sociétales, institutionnelles, communicationnelles et économiques** qui se dressent devant un individu engagé ou souhaitant s'engager dans un parcours de soin.

Il s'agit d'identifier ce qui **freine, entrave** ou **complique** l'accès à un suivi, peut causer une défiance du patient vis-à-vis du corps médical, voire sa **renonciation** à poursuivre le parcours de soin. Du côté des soignants, il convient de reconnaître que des **contraintes organisationnelles**, un **manque de ressources** ou des **lacunes** dans la formation peuvent limiter leur capacité à dispenser des soins appropriés.

Ces éléments impactent la qualité de la relation entre patient-soignant, et par conséquent **l'efficacité du suivi**. L'intérêt même de ce rapport est de mener une double réflexion critique entre ce qui est **souhaitable** dans l'accompagnement des individus et les **réalités** observées sur le terrain, en vue de proposer des **leviers d'amélioration**.

¹⁸France Télévisions. (2016, juillet 15). *Le surpoids et l'obésité diminuent l'espérance de vie*. Franceinfo. https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/le-surpoids-et-l-obesite-diminuent-l-espérance-de-vie_1548697.html

¹⁹ Organisation mondiale de la Santé. (s.d.). *Obésité*. <https://www.who.int/fr/health-topics/obesity>. Consulté le 25 avril 2025.

²⁰ Débat académique qui oppose les partisans de la définition de l'obésité comme facteur de risque ou maladie.

²¹ Haute Autorité de Santé. (2018, juillet). *Représentants des usagers en établissements de santé : Comment améliorer le parcours de santé des personnes en situation de handicap ?* Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/doc_ru_2018_09_26.pdf

3 : Distinguer prise en charge et prise en soin.

Ces deux notions, bien que très proches, reflètent **deux visions très différentes** de la relation entre le patient et le système de santé.

Réduire le patient à une charge, c'est considérer le **fardeau** que l'individu représente pour le système de soin, et plus spécifiquement pour le professionnel de santé²². Au niveau institutionnel, la progression de l'épidémie d'obésité nécessite une réorganisation en profondeur des systèmes médicaux de prise en charge. A contrario, cette logique se distingue des traitements traditionnels, car les caractéristiques intrinsèques de cette maladie, dont sa **multiformité clinique**²³, supposent qu'il faille conserver un suivi **personnalisé** pour augmenter les chances d'amélioration de l'état de santé du patient sur le temps long.

Ainsi, dépasser « *la prise en charge* », au sens organisationnel du terme pour parler de « *prise en soin* », nécessite de promouvoir un suivi attentif à l'individu dans sa globalité, ses **ressources, ses besoins et ses difficultés**. C'est dans cette optique que ce rapport met l'accent sur les **dimensions relationnelle et subjective** du soin, reconnaissant le patient comme un acteur autonome au sein d'une **relation coconstruite** avec le professionnel.

4 : La stratégie française.

« *Seuls les pays qui auront su maîtriser l'épidémie d'obésité pourront préserver leur système de protection sociale* »²⁴ : cette citation de 2008 attribuée à l'ancien Président de la Haute Autorité de Santé (HAS) Laurent Degos, soulève l'enjeu **inédit** que constitue l'obésité pour la **viabilité des systèmes de santé contemporains**. Cette situation exige une transformation profonde des logiques de soin françaises, encore largement orientées vers la responsabilisation individuelle, traduction des croyances persistantes sur la maladie.

Le 3 mars 2025, à la veille de la Journée mondiale contre l'obésité, se sont tenus les premiers **États généraux de l'obésité** au ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Ce rassemblement inédit a permis à un panel d'acteurs — soignants,

²² Chagnon, V., Dallaire, C., Espinasse, C. et Heurgon, É. (dir.) (2013). Prendre Soins Savoirs, Pratiques, Nouvelles Perspectives : Savoirs, Pratiques, Nouvelles Perspectives. Hermann. <https://doi.org/10.3917/herm.chagn.2013.01>

²³ Clément, K., & Viguerie, N. (2017, juillet 11). *Obésité : Une maladie des tissus adipeux*. Inserm. <https://www.inserm.fr/dossier/obesite/>

²⁴ Boyer, V. (2008). *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux de la mission sur la prévention de l'obésité*. Assemblée nationale. <https://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1131>

chercheurs, patients, hommes et femmes politiques— de **débatte et d'échanger**. A l'instar d'Anne-Sophie Joly²⁵, présidente du **Collectif National des Associations d'obèses** (CNAO), certains acteurs ont plaidé pour que l'obésité soit désignée comme Grande Cause nationale en 2026²⁶, une revendication qui illustre la volonté croissante de **faire évoluer les représentations** en dépit des réticences à inscrire l'obésité dans une **approche systémique**.

Depuis le début des années 2000, la France a mis en œuvre des Plans Nationaux Nutrition Santé (PNNS), implémentant des actions de prévention, d'éducation à la santé et de promotion de l'activité physique. Le dernier en date, intitulé « *Prise en charge de l'obésité 2023-2030* »²⁷, a été élaboré par la **Direction Générale de la Santé**. Il fixe plusieurs **objectifs prioritaires** :



- Renforcement des politiques de prévention auprès des jeunes publics ;
- Amélioration des parcours de soins adaptés ;
- Intégration d'une approche pluridisciplinaire ;
- Lutte contre la stigmatisation dans les pratiques médicales.

En complément, la Haute Autorité de Santé (HAS) fournit des **recommandations**²⁸ à destination des professionnels de santé qui couvrent divers aspects :

- Gradation des niveaux de soin²⁹ ;
- Prise en charge médicamenteuse ;
- Critères d'orientation des patients vers des structures spécialisées ;
- Rôle du médecin dans le dépistage de la maladie³⁰.

La **structuration** et l'organisation de la filière de soins dépendent du stade d'avancement de la maladie. L'objectif est de dispenser des soins **pertinents au moment opportun** et en **ciblant** le professionnel de santé approprié : généraliste, spécialiste, chirurgien, psychologue. Cependant, en France, l'obésité n'est pas reconnue en tant

²⁵ Franceinfo. (2025, mars 7). *Obésité : "C'est une maladie qui nécessite l'intervention de professionnels de santé aguerris et rien d'autre"*. Franceinfo. https://www.francetvinfo.fr/sante/video-obesite-c-est-une-maladie-qui-necessite-l-intervention-de-professionnels-de-sante-aguerris-et-rien-d-autre_7116081.html

²⁶ France Assos Santé. (2025, 1 mars). *Obésité : vers une mobilisation nationale ?* Consulté le 3 février 2025.

²⁷ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2025, février 25). *La prise en charge graduée de l'obésité* <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/la-prise-en-charge-graduee-de-l-obesite-430295>

²⁸ Ministère de la Santé, *La prise en charge graduée de l'obésité*, 2025. Consulté le 8 avril 2025.

²⁹ Voir Annexes

³⁰ Haute Autorité de santé (HAS), *Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours*, 2012. Consulté le 2 mai 2025.

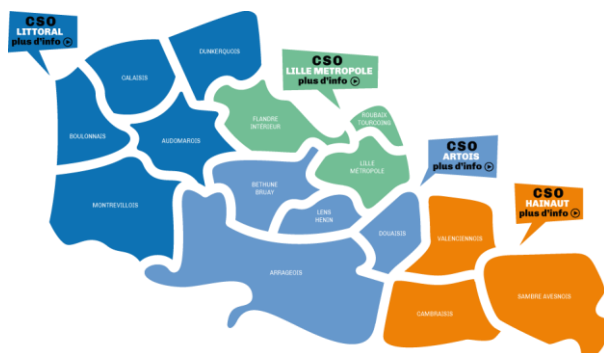
qu’Affection de Longue Durée (ALD), un dispositif qui permet un remboursement à 100% des soins et traitements, sauf en présence de complications associées invalidantes³¹.

Dès lors, en dépit de timides avancées, un fossé persiste entre les **ambitions nationales** et les **réalités observées sur le terrain**, résultant d’un manque cruel d’investissement financier et humain pour passer des paroles aux actes.

_5 : Structures et programmes spécialisés dans les Hauts-de-France

Les Hauts-de-France incarnent de façon marquée la nécessité d’implémenter des politiques adaptées selon les **déterminants structurels, sociaux, et organisationnels** propres à un territoire en vue de soutenir des **initiatives locales**.

L’offre de soins se concentre **majoritairement dans les zones urbaines**, en témoigne le recensement des Centres Spécialisés de l’Obésité (CSO) dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais³². Établissements de santé accrédités par le ministère de la Santé qui possèdent l’équipement, l’organisation et les compétences en médecine et chirurgie de l’obésité pour assurer un **suivi global**, ils sont spécialisés dans le suivi des patients souffrants de pathologies **multi-complexes**. Ils exercent aussi une mission de **coordinateur territorial** qui doit permettre de faciliter la **diffusion des compétences, de promouvoir une approche pluridisciplinaire et une meilleure lisibilité des offres de soins**.



Piloté par l’Agence Régionale de Santé (ARS), le **Projet Régional de Santé 2018-2028 (PRS)** des Hauts-de-France³³ intègre la problématique de **prévention et de réduction des inégalités** chez les populations les plus vulnérables en vue de faciliter leur accès au système de santé. Il est le fruit de la concertation avec des professionnels de santé qui ont affirmé la nécessité **d’intégrer les particularités socio-économiques** de la population et **d’orienter le patient vers le niveau de recours adéquat**, tout en développant des **outils de coordination** entre les acteurs de premier recours et hospitaliers. En parallèle, l’adoption de cadres d’orientation stratégiques comme



³¹ Assemblée nationale, *Question n° 6769 – Reconnaissance de l’obésité comme une ALD*, 2024.

³² Site internet Obésité-hdf.fr, *Centre hospitalier : CSO, CLO, ...*, s.d. Consulté le 2 mai 2025.

³³ Agence régionale de santé Hauts-de-France, *Le projet régional de santé Hauts-de-France 2018-2028*, 2025. Consulté le 3 février 2025.

le Programme Régional relatif à l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS), permet de déterminer les **objectifs et résultats attendus** pour améliorer l'état de santé global de la population.

Ces initiatives, bien qu'ambitieuses, se révèlent **insuffisantes** en raison de nombreuses barrières, comme ce rapport s'attache à le démontrer.

_6 : Un panel d'acteurs impliqués

Les acteurs interviennent à différentes échelles, allant de la construction des politiques à la prise en soin médicale. On peut les distinguer en **trois grandes catégories** :

- **Les professionnels de santé** : médecins généralistes, nutritionnistes, endocrinologues, diététiciens, psychologues, kinésithérapeutes, éducateurs en activité physique adaptée (APA) et infirmiers.
- **Les Acteurs publics et institutionnels** : ministère de la Santé, Agences de santé (ARS, HAS), collectivités territoriales et Assurance Maladie.
- **La société civile et associations** : Associations de patients (CNAO, Ligue nationale contre l'obésité LCO, Poids Plume France, Lyon Info Obésité LIO) et patients partenaires.

Il convient de rappeler que les personnes en obésité sont sans conteste les premières concernées par cette thématique, tant dans leur **expérience quotidienne de la maladie** que dans les **réponses apportées en matière de soins et de politiques de santé**.

_7 : Obésité et économie

L'obésité ne constitue pas seulement un enjeu sanitaire mais se situe au cœur de multiples **dynamiques économiques**. Elle représente une source d'opportunités économiques pour divers acteurs révélant des **intérêts souvent contradictoires**.

L'obésité engendre des dépenses importantes pour les systèmes de soins, estimées à 12.7 milliards d'euros en 2024, soit environ **3,9 %** du budget dédié à la santé en France³⁴. Ce coût augmente en raison du diagnostic croissant **de maladies chroniques** liées à l'obésité et d'une **pression accrue sur les ressources humaines, matérielles et médicales**.

³⁴Asterès. (2024). *L'obésité en France : un coût de 12,7 milliards d'euros en 2024 et potentiellement 15,4 milliards d'euros en 2030*. <https://asteres.fr/etude/lobesite-en-france-un-cout-de-127-mdse-en-2024-et-potentiellement-154-mdse-en-2030/> Consulté le 10 mars 2025.

Les **acteurs privés** sont de plus en plus sollicités pour réduire la part des déterminants de l'obésité liés aux modes de production et de consommation à l'image des industries pharmaceutiques et agroalimentaires. Cela aboutit parfois à des **incitations réglementaires**, dont l'illustration la plus probante est l'affichage optionnel de l'étiquetage nutritionnel du « *Nutri-Score* » par les entreprises agroalimentaires. Parallèlement, l'obésité génère un **marché lucratif** pour certains secteurs³⁵, dont celui de la Nutrition et du Bien-être – compléments alimentaires, régimes personnalisés, coaching –, symbole de **l'instrumentalisation** de la maladie à des fins économiques, au détriment de la santé publique.

Pour autant, ce travail n'entend pas traiter des liens de cause à effet entre la prévalence de l'obésité et la productivité économique, une réflexion jugée inappropriée dans ce rapport qui n'entend pas fournir de recommandations réfléchissant à des logiques de rentabilité individuelle. Réduire la problématique de l'obésité à ses seules conséquences économiques reviendrait à invisibiliser les **enjeux humains** qui traversent les parcours de soin.

Jusqu'à présent, le discours sur la « **responsabilité individuelle** » des patients sur leurs modes de consommation domine les discussions, au détriment d'une **réflexion transversale** intégrant les thématiques de **justice sociale, d'aménagement du territoire, d'éducation et d'environnement**, qui peinent à se faire une place au sein du débat public.

_ 8 : Obésité et stigmatisation

Dans ce mémoire, le choix a été fait de parler de personnes « **en situation d'obésité** » ou de patients « **en obésité** », dans une approche qui permet de dissocier l'individu de la maladie et d'adopter une **approche respectueuse et inclusive**.

« *L'obésité, on n'en guérit pas* » précise Aurélie³⁶, interviewée dans le cadre de ce rapport en sa qualité de patiente partenaire et de fondatrice de l'Association Lyon Info Obésité (LIO), un témoignage qui rappelle que **l'intériorisation de l'obésité** comme une maladie dans les **consciences collectives** doit contribuer à diminuer les comportements stigmatisants. Son combat est porté par un large éventail d'associations de patients - Ligue Nationale contre l'obésité (LCO), Gras Politique, Poids Plume France - même si certaines

³⁵ Boyer, V. (2008). *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux de la mission sur la prévention de l'obésité*. Assemblée nationale. <https://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1131.asp>

³⁶ Entretien du 15 janvier 2025

méthodes employées, parfois controversées, peuvent susciter des **divisions** au sein du mouvement.

Plusieurs failles du suivi médical découlent en effet d'une **juxtaposition de représentations** biaisées de l'obésité qui imprègnent toutes les sphères de la société. Aujourd'hui, la **stigmatisation** est perçue comme **facteur aggravant** de la maladie et de l'isolement social³⁷.

Être en obésité en 2025, c'est mener une **double lutte**³⁸ : d'une part celle contre les **multiples répercussions de la maladie** sur l'état de santé des individus et dont l'impact sur leur quotidien est manifeste, et d'autre part contre les **comportements stigmatisants répétés**, dans des sociétés où l'ensemble des institutions, représentations et habitudes ont largement contribuées à atténuer les séquelles psychologiques qui en résultent.

Aujourd'hui, ce rapport propose de lutter non pas contre l'obésité en se fondant sur la perte de poids comme finalité, mais de **lutter pour sa reconnaissance comme maladie**, en détricotant pas à pas les idées reçues. Il s'agit d'analyser l'obésité dans toute sa complexité et de s'engager pour l'implémentation de mesures visant à **améliorer la qualité de vie des individus concernés**, en proposant une **réflexion sur les leviers d'action disponibles et pertinents** dans leur parcours de soin.

³⁷ Poulain, J.-P. (2009). 5. Le Malheur des Obèses Dans les Sociétés Modernes. *Sociologie de l'obésité* (p. 110-133). Presses Universitaires de France. <https://shs.cairn.info/sociologie-de-l-obesite--9782130553137-page-110?lang=fr>

³⁸ Lebretonchel, L., & Fardet, A. (2021, mai 25). Obésité : lutter à la fois contre la stigmatisation et contre la maladie. *The Conversation*

Objet et étendue du rapport



Comment les constructions médico-sociales de la maladie de l'obésité influencent-elles la prise en soin des patients, entravant une gestion efficace de leur traitement ? Quels sont les axes d'amélioration pour une prise en soin personnalisée et globale ?

- ✓ Face à ces enjeux, ce rapport d'expertise postule une nécessité de repenser la prise en soin globale de la maladie de l'obésité au terme d'une **analyse sociologique approfondie** des obstacles rencontrés par les acteurs concernés et des leviers d'action potentiels.

_01 : Ce rapport cherche à contribuer aux discussions sur la prise en soin de l'obésité en France, en s'intéressant aux obstacles rencontrés avec certaines données spécifiques des Hauts-de-France. Dans un contexte marqué par la stigmatisation continue des individus et de l'existence d'inégalités d'accès aux soins, il s'agit de s'intéresser à l'influence des représentations sociales sur les parcours de soin qui freinent une prise en soin adaptée.

_02 : Il s'agit également d'identifier des leviers d'amélioration dans l'organisation des soins, en proposant des pistes d'action concrètes pour une gestion plus équitable et intégrée de cette pathologie chronique. Le rapport formule des recommandations sur les évolutions souhaitables des pratiques et des politiques de santé.

Annnonce de plan

Ce rapport s'articule en trois temps. **Vivre**, d'abord, c'est analyser les facteurs et les représentations qui influencent l'installation et la perception de la maladie, même au sein de son diagnostic. **Soigner**, ensuite, c'est interroger les pratiques médicales, les traitements disponibles et la relation patient-soignant à l'épreuve des stéréotypes. Enfin, **Accompagner**, c'est reconnaître l'importance des soutiens — humains, institutionnels, politiques — pour offrir un parcours de soin plus juste et inclusif.

Ce parcours réflexif organisé en trois étapes vise à humaniser les trajectoires de vie des personnes en obésité pour ouvrir la voie à un changement de regard collectif.

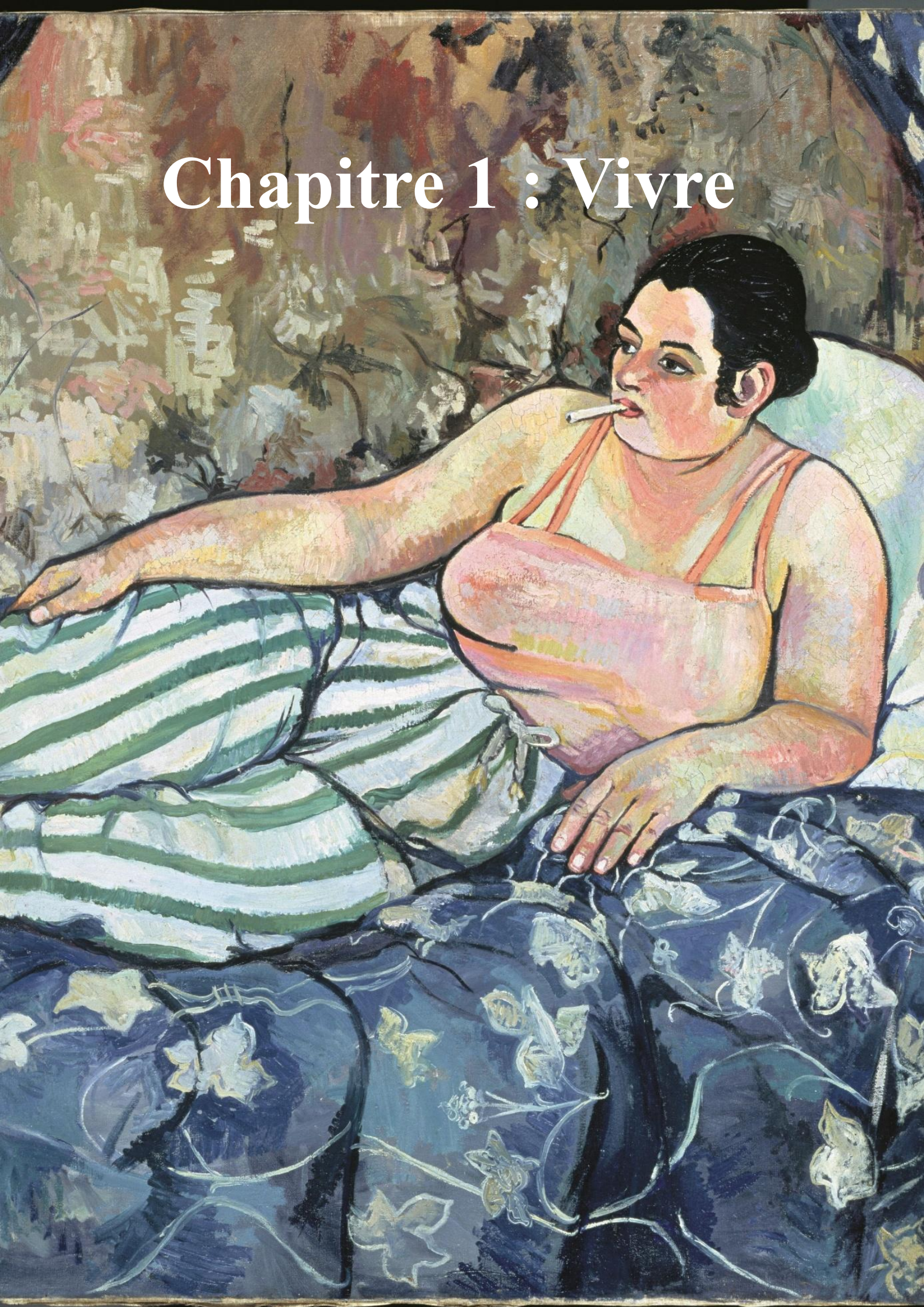


Méthodologie

Recueil et évaluation des éléments probants et pertinents en vue de la réalisation de ce rapport :

- Examen et analyse des législations nationales, régionales et locales, ainsi que des propositions et recommandations formulées par divers acteurs publics et privés (HAS, ARS, etc).
- Consultation de rapports, articles scientifiques, sociologiques et académiques, ainsi que de témoignages biographiques.
- Réalisation de 9 entretiens qualitatifs (en présentiel et visioconférence) avec un panel d'acteurs variés : médecins généralistes, nutritionnistes, patient en obésité, patients partenaires, chirurgiens, acteur des politiques publiques dans les Hauts-de-France. Ils soutiennent l'argumentation de rapport tout au long de son analyse. (Annexes).

Chapitre 1 : Vivre



« La Chambre Bleue » - 1923 – Centre George Pompidou (Paris)

Par l'artiste peintre et graveuse française **Suzanne Valadon**.

VII) Chapitre 1 : Vivre

La première étape pour déconstruire les prénotions sur ce sujet consiste à dépasser une lecture ponctuelle de l'obésité, qui la réduit à un événement soudain et isolé dans la vie d'un individu, pour la reconnaître comme une maladie chronique qui s'installe sur le temps long et s'inscrit dans l'expérience quotidienne des individus.

L'obésité s'ancre dans les moments les plus fondamentaux de la vie, en commençant par le regard que pose l'individu sur son corps et son estime de lui confrontée au jugement d'autrui - stigmates, attentes implicites, préjugés -. En clair, les représentations impactent les choix de vie professionnels, médicaux et affectifs d'un individu, jusque dans la manière de justifier et de légitimer sa présence dans l'espace public.

Ce chapitre se consacre d'abord à l'ensemble des déterminants – environnementaux, biologiques, psychologiques, sociaux - qui peuvent influencer l'apparition de la maladie en mettant l'accent sur la diversité des trajectoires de vie des personnes en obésité. L'étude de la région des Hauts-de-France se révèle pertinente dans la mesure où elle offre un éclairage sur la relation entre le niveau de pauvreté d'une population et la prévalence de l'obésité. En complément, le chapitre s'intéresse aux controverses qui structurent le débat sur le diagnostic de l'obésité entre les professionnels de santé, notamment autour de l'utilisation de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) comme indicateur unique et invite à repenser une définition inclusive qui reconnaît la diversité des parcours de vie. Enfin, aborder le vécu de la maladie nécessite de s'interroger sur les représentations qui invisibilisent les facteurs collectifs de la maladie en ne se focalisant que sur les seuls facteurs individuels. Ce discours, largement intériorisé dans la sphère sociétale, masque en réalité les répercussions psychologiques et sociales, renforçant de surcroît la trajectoire de la maladie et sa chronicisation.

Ainsi, ce chapitre, intitulé "*Vivre*", explore l'expérience corporelle, émotionnelle et sociale de l'obésité, en parallèle des controverses qui traversent son diagnostic et sa reconnaissance comme une maladie à part entière.



_1 : Aux origines de l'obésité : un environnement façonné par des déterminants pluriels.

Cette première partie remet en cause l'idée largement véhiculée³⁹ que l'individu porte seul la responsabilité de sa prise de poids, supposément causée par « *un manque de volonté* » et la conséquence de choix alimentaires inadaptés⁴⁰. L'intérêt est ici de rendre compte de l'intrication de différents facteurs qui façonnent un cadre de vie propice à l'apparition de la maladie et son installation durable⁴¹. Pratiquer une activité sportive régulière, manger de façon saine et équilibrée, comme les messages de prévention le préconisent⁴², n'est pas qu'une simple affaire de choix personnel.

D'une part, mettre en lumière les facteurs biologiques, génétiques, hormonaux ou psychologiques encourage à penser l'obésité non pas comme une fatalité individuelle, mais comme une manifestation d'un dérèglement de l'organisme dont les causes sont multifactorielles. D'autre part, l'objectif est d'explorer les mutations qui ont induit des changements dans les modes de vie et de consommation, influençant l'apparition de ce que les sociologues qualifient d'environnement « *obésogène* »⁴³, un phénomène aggravé par la persistance d'inégalités structurelles inscrites dans les territoires, les trajectoires de vie et les conditions matérielles d'existence.

- **Depuis la Seconde Guerre Mondiale, une réorganisation profonde des modes de vie et de consommation.**

Dès 1945, les pays industrialisés ont connu des modifications progressives de leurs pratiques de consommation et d'alimentation, un phénomène associé au concept de « *transition nutritionnelle* »⁴⁴ popularisé au début des années 1990.

³⁹ Alice Bellicha, Chantal Julia, Jean-Michel Oppert et Mathilde Touvier, ** *Obésité et « manque de volonté » : les préjugés négatifs ont la vie dure*, The Conversation, 31 mai 2023, <https://theconversation.com/obesite-et-manque-de-volonte-les-prejuges-negatifs-ont-la-vie-dure-205763> Consulté le 10 avril 2025.

⁴⁰ Carof, S. (2019). Être grosse. Du corps discréditable au corps discrédité. *Sociologie*, 10(3), 105-110. <https://doi.org/10.4000/sociologie.5835>

⁴¹ Dupuy, G., Minster, C. et Watel, R. (2011). Environnement urbain et obésité : peut-on transposer en Europe les approches nord-américaines ? *Annales de géographie*, 682(6), 604-628. <https://doi.org/10.3917/ag.682.0604>.

⁴² Santé publique France, *Manger Bouger*, s.d., <https://www.mangerbouger.fr/> Consulté le 3 mai 2025.

⁴³ Matthieu Stricot, "Comment le cadre de vie pèse-t-il sur l'obésité ?", *Le Journal du CNRS*, 11 janvier 2021, <https://lejournal.cnrs.fr/articles/comment-le-cadre-de-vie-pese-t-il-sur-l-obesite>.

⁴⁴ Pierre Combris, *Les transitions nutritionnelles et leurs déterminants*, dans *Les politiques de la nutrition* (pp. 277-278), Éditions CNRS, 2020, <https://books.openedition.org/editions-cnrs/10500>.

Le nutritionniste américain Barry Popkin a décrit ce processus en plusieurs étapes pour démontrer l'impact de la croissance économique sur les changements de modèle alimentaire⁴⁵ :

1. *Au sortir de la Seconde Guerre Mondiale* : l'amélioration globale du niveau de vie met fin à la famine, état caractéristique des sociétés préindustrielles qui souffrent de l'insécurité alimentaire, la sous-nutrition et d'un régime alimentaire peu diversifié. L'essor de l'agriculture productiviste et des progrès techniques s'accompagne d'une consommation importante de céréales « *supérieures* », dont le riz et le blé.
2. *Dès le début des Trente Glorieuses en France* : l'alimentation se diversifie et la consommation de céréales recule au profit des produits animaliers et ultra transformés, saturés en graisse et sucrés. Ce basculement reflète l'influence du modèle alimentaire nord-américain, incarné par le florissement des chaînes de restauration rapide. Parallèlement, l'abondance alimentaire facilite l'augmentation significative de l'apport calorique moyen⁴⁶ qui accompagne les mutations structurelles du travail, de la production et des modes de vie, marquant une reconfiguration globale de la société française. Ces évolutions, couplées au phénomène d'urbanisation et à une sédentarisation croissante, elle-même induite par la baisse de l'activité physique et la mécanisation des productions⁴⁷, entraînent l'augmentation de la survenue de maladies métaboliques à l'image de l'hypertension artérielle, de l'obésité ou de l'hypercholestérolémie.
3. *Depuis le début des années 2000* : une prise de conscience croissante des enjeux nutritionnels, environnementaux et de durabilité a orienté les pratiques alimentaires vers une valorisation des circuits courts, de l'agriculture biologique et d'une meilleure qualité nutritionnelle. Ces préoccupations ont progressivement été intégrées dans les politiques publiques de santé, articulant prévention nutritionnelle et objectifs écologiques dans une approche systémique de l'alimentation.

⁴⁵ *Transition alimentaire*, Géoconfluences, ENS de Lyon, s. d., <https://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/transition-alimentaire> (consulté le 15 décembre 2024).

⁴⁶ La rédaction, "Une fois de plus, les États-Unis et l'Europe sont en avance sur l'apport calorique quotidien", *Paris Times*, 13 décembre 2022, <https://www.paris-times.fr/2022/12/une-fois-de-plus-les-etats-unis-et-leurope-sont-en-avance-sur-lapport-calorique-quotidien/>.

⁴⁷ Solenn Carof, (2021) *Grossophobie : Sociologie d'une discrimination invisible*, Paris, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, 155-160.

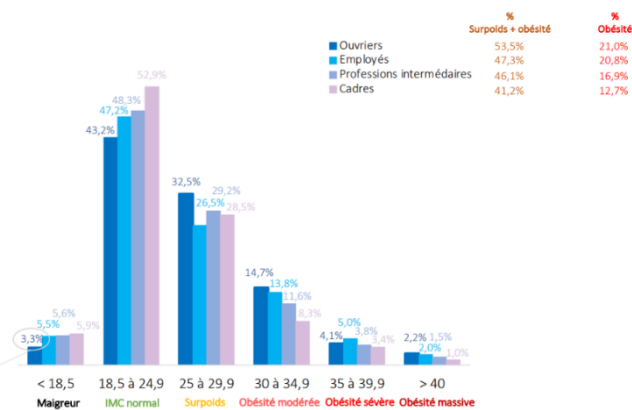
Dans ce contexte, l'essor des technologies numériques et la multiplication des sollicitations publicitaires ont accentué la sédentarité et favorisé des comportements de surconsommation⁴⁸, reflet d'une difficulté croissante de l'individu à réguler sa balance énergétique, soit l'équilibre entre ses dépenses énergétiques et son apport calorique, face à des modes de vie en mutation rapide. Les connaissances sur les apports nutritionnels adéquats demeurent inégalement accessibles : les populations les plus précaires demeurent particulièrement exposées aux effets d'un environnement « *obésogène* »⁴⁹, caractérisé par une offre alimentaire peu coûteuse, dense en énergie mais pauvre sur le plan nutritionnel.

Par ailleurs, les évolutions des modes de vie et de consommation alimentaire ne suffisent pas à comprendre la hausse exponentielle de la prévalence de l'obésité sans se pencher sur les déterminants socio-économiques.

- **L'obésité comme traduction des profondes inégalités socio-économiques qui traversent les Hauts-de-France.**

L'obésité est un référentiel saillant des inégalités socio-économiques, dont les effets se traduisent dans les corps. Selon une étude de l'Insee réalisée en 2020⁵⁰, 17.2% des habitants des Hauts-de-France vivent sous le seuil de pauvreté monétaire, ce qui en fait la deuxième région la plus exposée dans l'Hexagone.

Les résultats de l'enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité commandée par La Ligue Nationale contre l'obésité (LCO) à l'Institut de sondages Odoxa en 2024⁵¹, réalisée à l'aide d'un échantillon d'environ 10 000 adultes résidant en



⁴⁸ Basdevant, A. (2008). L'impact économique de l'obésité. *Les Tribunes de la santé*, 21(4), 57-64. <https://doi.org/10.3917/seve.021.0057>.

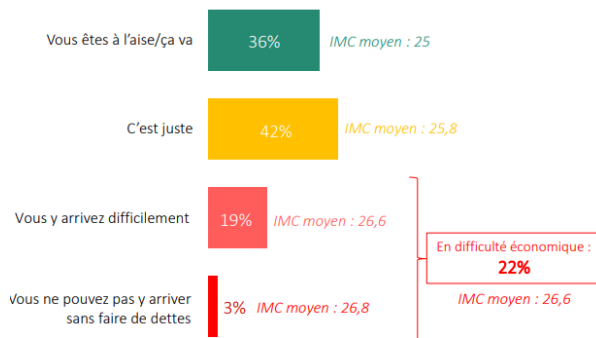
⁴⁹ Alexandra Pech, "Quand notre environnement nous rend obèses : comment l'environnement influence-t-il nos pratiques alimentaires ?", *Géoconfluences*, ENS de Lyon, 17 mai 2021, <https://geoconfluences.ens-lyon.fr/informations-scientifiques/dossiers-thematiques/geographie-de-la-sante-espaces-et-societes/articles-scientifiques/obesite>. Consulté le 10 mars 2025

⁵⁰ Kevin Fusillier et Cyril Gicquiaux, *Les multiples visages de la pauvreté dans les Hauts-de-France*, Insee, 2023, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7675852>.

⁵¹ Ligue Nationale Contre l'Obésité et Observatoire Français de l'Équilibre et de l'Obésité, *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité*, 2024, <https://www.obecentre.fr/wp-content/uploads/2024/06/Etude-epidemiologique-sur-le-surpoids-et-lobesite-Odoxa-LNCO-OFE0-2024-ConfPresse.pdf>.

France métropolitaine, établissent un lien de corrélation entre la catégorie socioprofessionnelle et la prévalence de l'obésité.

Ainsi, la problématique de l'obésité touche davantage les ouvriers (21%), suivi de près par les employés (20.8%) avec un écart d'environ 9 points de pourcentage observé avec les cadres (12.7%).



Par ailleurs, le risque d'être confronté au surpoids ou à l'obésité augmente à mesure que la situation financière d'un foyer se détériore, ce qu'indique la mesure de l'IMC moyen selon l'aisance économique des individus.

Cette étude confirme l'existence d'un « gradient social de santé », selon lequel une situation économique favorable tend à être associée à une meilleure santé globale⁵², notamment liée à une valorisation sociale de la minceur et d'une attention particulière portée au corps dans les classes aisées, ici représentées par les cadres.

En outre, l'obésité peut se comprendre comme la traduction corporelle d'évènements de vie qui fragilisent d'autant plus les classes sociales les plus exposées à la précarité, les ruptures familiales ou professionnelles au cours de leur existence. Clémence, médecin généraliste dans le dunkerquois, observe aussi des différences entre les milieux sociaux en consultation dans la façon de percevoir une problématique de santé :

« Il y a plus d'obésité dans les classes défavorisées. Et puis, généralement, même s'il y a des personnes obèses dans la classe moyenne haute, ils ont déjà consulté des diététiciennes, ils ont déjà essayé de mettre en place pas mal de choses. Il y a un peu plus d'éducation concernant l'alimentation. Ils savent déjà plus ce qui est bon, pas bon pour la santé. Alors que les milieux défavorisés, on part vraiment souvent de zéro en termes de connaissances sur les bienfaits de l'alimentation, sur les qualités nutritionnelles. » Entretien du 14 mars 2025.

⁵² Youmatter, *Obésité : le poids des inégalités sociales et économiques*, 24 février 2023, mis à jour le 28 février 2023, <https://youmatter.world/fr/obesite-le-poids-des-inegalites-sociales-et-economiques/>. Consulté le 24 avril 2025.

Le comportement alimentaire d'un individu n'est donc pas le résultat d'un acte isolé, mais la traduction du poids des déterminants sociaux de santé, tels que le niveau de revenu et les conditions de travail. D'après l'Endocrinologue et Nutritionniste Alain Scheimann, les pratiques alimentaires sont également transmises au cours du processus de socialisation d'un individu par le biais de préférences gustatives⁵³.

L'obésité est devenue un symptôme visible des fractures sociales et des inégalités territoriales, à l'image de la situation des HDF, territoire fragilisé par un passé industriel marqué par la précarisation de l'emploi. Les pratiques de consommation s'inscrivent dans un enchevêtrement de facteurs sociaux, économiques et culturels qui affectent les contraintes budgétaires, l'accès aux structures de prévention et aux produits de qualité, ainsi qu'à une information nutritionnelle de qualité⁵⁴. Cet argument est soutenu par Nadine, experte des politiques publiques au sein d'une institution publique compétente en matière de santé :

« Dans la région, plus le niveau d'études est bas, plus la prévalence augmente, très fortement liée à la précarité par les habitudes de vie. Aussi, la part disponible pour les achats alimentaires se concentre vers les aliments plus gras, plus sucrés qui coûtent moins chers. Il y a des études qui montrent qu'en dessous d'un certain budget journalier, c'est très compliqué de maintenir une alimentation équilibrée. » Entretien du 6 mars 2025.

De surcroît, les personnes en obésité font face à une offre alimentaire appauvrie, un accès réduit aux infrastructures sportives et aux soins spécialisés, avec un discours de prévention sur la santé publique auquel ils sont généralement peu réceptifs⁵⁵. Pour remédier à ses difficultés et tenter de toucher une audience plus large, des initiatives comme le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins⁵⁶ des personnes les plus démunies (PRAPS) sont implémentées avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé (ARS) des HDF pour développer une offre de soin diversifiée et accessible.

Bien que les indices socio-économiques se révèlent pertinents pour cibler les populations les plus touchées, l'analyse des spécificités culturelles d'un territoire permet

⁵³ Scheimann, A. (2003). *Excès de poids, obésité : Bien maigrir et manger équilibré*. Préface du Pr André Grimaldi.

⁵⁴ Poulain, J.-P. (2013). *Sociologies de l'alimentation : Les mangeurs et l'espace social alimentaire*. Presses Universitaires de France, 56-66. <https://doi.org/10.3917/puf.poul.2013.01>.

⁵⁵ Youmatter, *Obésité : le poids des inégalités sociales et économiques*, 24 février 2023, mis à jour le 28 février 2023, <https://youmatter.world/fr/obesite-le-poids-des-inegalites-sociales-et-economiques/>.

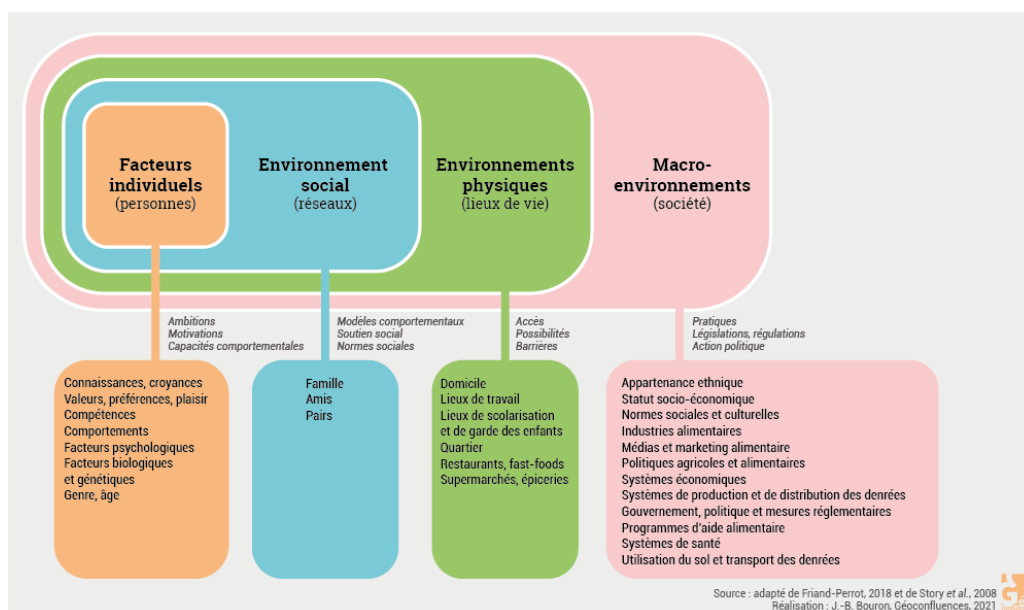
⁵⁶ Agence régionale de santé Hauts-de-France, *Le projet régional de santé Hauts-de-France 2018-2028*, 2018, <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/index.php/le-projet-regional-de-sante-hauts-de-france-2018-2028-1>.

d'adapter plus finement les actions de prévention et de soin, en tenant compte des normes, des pratiques alimentaires et des représentations locales de la santé et du corps.

- **Habitudes alimentaires, environnement et culture : des racines territoriales de l'obésité dans les Hauts-de-France.**

Saisir la place qu'occupent les habitudes alimentaires, culturelles et les caractéristiques géographiques d'un territoire est essentiel pour comprendre l'ancrage de l'obésité dans un territoire spécifique.

L'environnement alimentaire, déterminé par différents indices, parmi lesquels la disponibilité d'aliments frais et sains à proximité, joue un rôle clé dans la construction des comportements et des habitudes de vie⁵⁷. Lorsqu'ils interagissent de manière durable, les différents environnements - sociaux, physiques, individuels, macro - favorisent la création d'un terrain fertile à la prise de poids comme l'indique ce schéma.



Le diagnostic du système alimentaire des Hauts-de-France fourni par la Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DRAAF) en 2023⁵⁸ souligne la présence de « déserts alimentaires » dans la région en raison d'une offre de nourriture

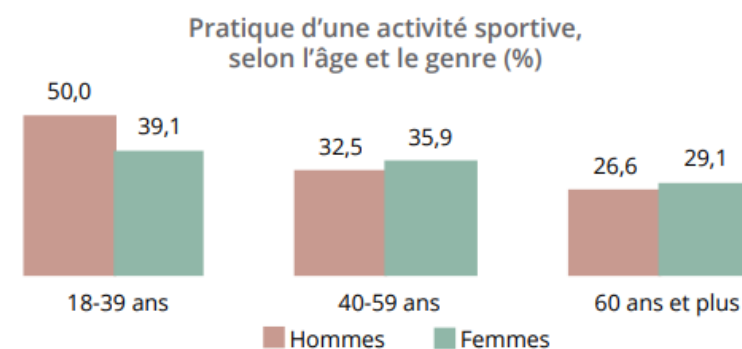
⁵⁷ Alexandra Pech, "Quand notre environnement nous rend obèses : comment l'environnement influence-t-il nos pratiques alimentaires ?", *Géoconfluences*, ENS de Lyon, 17 mai 2021, <https://geoconfluences.ens-lyon.fr/informatives-scientifiques/dossiers-thematiques/geographie-de-la-sante-espaces-et-societes/articles-scientifiques/obesite>.

⁵⁸ DRAAF Hauts-de-France, *Diagnostic du système alimentaire des Hauts-de-France*, ministère de l'Agriculture et de la Souveraineté alimentaire, 4 décembre 2023, en ligne : <https://draaf.hauts-de-france.agriculture.gouv.fr/diagnostic-du-systeme-alimentaire-des-hauts-de-france-a4241.html> (consulté le 3 mai 2025).

disponible déséquilibrée, souvent ultra transformée, riche en sucres et en graisses. En outre, la région demeure très dépendante des importations extérieures, spécifiquement de fruits et légumes, ce qui l'empêche de s'autosuffire dans la fourniture d'une nourriture saine, abordable et locale. Ce constat est renforcé par des habitudes de consommation liées à des spécificités culturelles locales⁵⁹, notamment dans les aliments privilégiés pour cuisiner, comme le souligne Clémence :

« On sait qu'il y a une origine culturelle, qu'il y a la nourriture, clairement. Plus on va dans le nord, plus l'alimentation est grasse, alors que plus on va dans le sud, plus c'est de la cuisine avec de l'huile d'olive, etc. Et après, c'est surtout ça qui est retrouvé. C'est vrai que bien manger, bien gras dans le nord, c'est culturel avec les frites, les plats en sauce. » Entretien du 14 mars 2025.

Le lieu de vie tient également une place importante dans la démocratisation de l'activité physique, qui est caractérisé ici par l'absence d'un paysage montagneux ou maritime, et accentué par un climat souvent humide peu propice à la pratique du sport en extérieur. L'enquête Nutrition santé dans les HDF de 2017⁶⁰ confirme cette tendance liée à une pratique inégalement répartie du sport, corrélée à l'âge et au genre des individus. Les raisons sont variées : présence de contraintes professionnelles, scolaires, familiales, de temps, problèmes de santé, absence de personne avec qui pratiquer, difficultés d'accès aux infrastructures dans les territoires ruraux ou motifs budgétaires.



Source : Nutrition santé 2017 - ARS Hauts-de-France, OR25

⁵⁹ Léo Marron, *Obésité dans les Hauts-de-France : état des lieux dans la région la plus touchée par le phénomène*, France 3 Régions, 4 mars 2025, en ligne : <https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/nord-0/lille/obesite-dans-les-hauts-de-france-etat-des-lieux-dans-la-region-la-plus-touchee-par-le-phenomene-3116998.html> (consulté le 4 avril 2025).

⁶⁰ Agence régionale de santé Hauts-de-France, *Alimentation et activité physique : Nutrition santé dans les Hauts-de-France*, 2018, en ligne : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2018-11/Nutrition%20Sant%C3%A9%20-%20HDF.pdf> (consulté le 3 mars 2025).

Ainsi, la situation régionale s'inscrit dans un contexte plus large des « *territoires de l'obésité* », un terme qui imbrique la dégradation progressive de l'état de santé d'un territoire en raison de la déprise économique, ici spécifiquement liée à la désindustrialisation massive du bassin minier depuis la décennie 1970, pour analyser le sentiment de désaffection des individus avec leur environnement immédiat, créant un contexte favorable à l'augmentation de la prévalence de l'obésité.⁶¹

En vue de compléter cette classification des causes associées à l'obésité, il est nécessaire de se pencher sur les facteurs biologiques qui entraînent ou aggravent la maladie au fil du temps, déterminant sa chronicité.

- **Facteurs biologiques de l'obésité : entre prédisposition et aggravation.**

Là-encore, cette partie vise à contrer l'idée de l'obésité comme la conséquence de choix de vie individuels inappropriés, une interprétation qui promeut une lecture simpliste des causes du développement de l'obésité au détriment d'une lecture complexe des facteurs qui dérèglent l'organisme et le comportement d'un individu.

Les déterminants biologiques, qui désignent l'ensemble des mécanismes internes à l'organisme, prédisposent ou déclenchent la prise de poids et sa chronicité⁶². A noter qu'à ce jour, 293 facteurs ont été répertoriés comme responsables ou aggravants, avec 17 maladies associées à l'obésité⁶³.

Parmi ces facteurs, on retrouve les dimensions génétiques, épigénétiques, hormonales, traumatiques et microbiotiques. Dans certaines formes, dites monogéniques, l'obésité résulte d'une mutation d'un gène unique touchant le fonctionnement de l'hypothalamus, organe régulateur de l'appétit⁶⁴. L'endocrinologue et nutritionniste Muriel Coupaye, ancienne présidente de l'Association Française d'Etude et de Recherche sur l'Obésité (AFERO) mentionne une fréquence plus importante de la présence de cas d'obésité sous la forme

⁶¹ Dupuy, G., Minster, C. et Watel, R. (2011). Environnement urbain et obésité : peut-on transposer en Europe les approches nord-américaines ? *Annales de géographie*, 682(6), 604-628. <https://doi.org/10.3917/ag.682.0604>.

⁶² *L'obésité est une maladie chronique grave dont il faut généraliser le dépistage et la prise en charge.* *Challenges*, 2024, www.challenges.fr/entreprise/sante-et-pharmacie/l-obesite-est-une-maladie-chronique-grave-dont-il-faut-generaliser-le-depistage-et-la-prise-en-charge_908901. Consulté le 31 Oct. 2024.

⁶³ Organisation mondiale de la Santé. (s.d.). *Obésité*. <https://www.who.int/fr/health-topics/obesity>. Consulté le 25 avril 2025

⁶⁴ France Culture. (2025, 8 mars). *Obésité : vers une épidémie mondiale ?* [Épisode de podcast]. La transition de la semaine. <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/la-transition-de-la-semaine/obesite-vers-une-epidemie-mondiale-2676720>

polygénique, qui découle de l'interaction de plusieurs gènes prédisposant avec un environnement défavorable à une prise de poids, dont par exemple une alimentation déséquilibrée et des aliments ultra-transformés.

Plus encore, la surexposition des individus aux perturbateurs endocriniens, substances chimiques présentes dans notre environnement quotidien, - alimentation, cosmétiques, pollution industrielle et atmosphérique, matériaux de construction - peut conduire à des déséquilibres hormonaux propices au développement de l'obésité⁶⁵. A cela s'ajoute le dérèglement du microbiote intestinal, soit l'ensemble des micro-organismes vivant dans l'intestin, dont la moindre diversité ou déséquilibre peut encourager l'inflammation chronique. En perturbant la régulation de l'appétit, cela peut accentuer la perméabilité intestinale, favoriser le stockage des graisses, contribuant ainsi à une prise de poids.

De nos jours, les chercheurs admettent que l'hérédité intervient dans 30% de la constitution d'une obésité, qui gouverne à la fois les goûts alimentaires et les aptitudes à l'activité physique, mais aussi la répartition du tissu graisseux dans le corps et la survenue des complications associées, telles que l'hypertension artérielle, le diabète ou l'hypercholestérolémie⁶⁶. Grâce aux analyses de l'ADN des sujets en obésité dans le cadre des recherches en génétique, des mécanismes ont pu être identifiés (environ 200 gènes) comme impactant la régulation du poids et des dépenses énergétiques.

Cependant, cette partie resterait incomplète sans évoquer le poids des événements traumatiques ou psychologiques qui influencent lourdement les comportements alimentaires. Des états comme le stress, la dépression ou une faible estime de soi peuvent dicter les comportements alimentaires tels que le grignotage compulsif, renforçant ainsi la prise de poids⁶⁷. La nourriture devient un anxiolytique extrêmement puissant, remède d'une société rongée par l'anxiété.

De même, les violences subies, notamment dans l'enfance, augmentent significativement le risque d'obésité : selon une étude de l'Université de Toronto parue en

⁶⁵ Horel, S. (2015). *Intoxication : Perturbateurs endocriniens, lobbyistes et eurocrates : Une bataille d'influence contre la santé*. La Découverte.

⁶⁶ Scheimann, A. (2003). *Excès de poids, obésité : Bien maigrir et manger équilibré*. Préface du Pr André Grimaldi.

⁶⁷ Planète Santé. (2014, mai 15). *Obésité : et si une violence subie était en cause ?* <https://www.planetesante.ch/Magazine/Alimentation-et-nutrition/Surpoids-et-obesite/Obesite-et-si-une-violence-subie-etait-en-cause>

2013⁶⁸, les femmes victimes de violences physiques durant l'enfance présentent 47 % de risques supplémentaires de souffrir d'obésité à l'âge adulte en comparaison à des femmes ayant grandi dans un milieu non violent. En France, peu de statistiques répertorient l'impact des violences sexuelles sur la prise de poids, bien que plusieurs enquêtés aient soulevé cette problématique, régulièrement évoquée par les femmes, moins fréquemment par les hommes, d'après l'expérience d'Aurélië à la rencontre des patients :

« Très sincèrement, je pense qu'il y a au moins, à minima, en tout cas chez les femmes, parce que chez les hommes, c'est un petit peu plus compliqué d'aborder peut-être ce sujet, chez les femmes atteintes d'obésité, au moins 70 à 75% des femmes qui ont subi des violences sexuelles, de toutes sortes. Voilà, c'est expérientiel, il n'y a pas de chiffre officiel là-dessus, mais moi, je vous le dis, et je suis encore très loin de la réalité, je pense. » Entretien du 15 janvier 2025

Dans son enquête intitulée « *Violences sexuelles et obésité : le langage des maux passés* »⁶⁹ en date de 2018, l'infirmière et sexologue Judith Chappaz constate le rapport entre les violences sexuelles et la construction de l'image corporelle d'un individu, un phénomène intrinsèquement lié à son comportement alimentaire, qu'elle explique au sein de ce schéma.

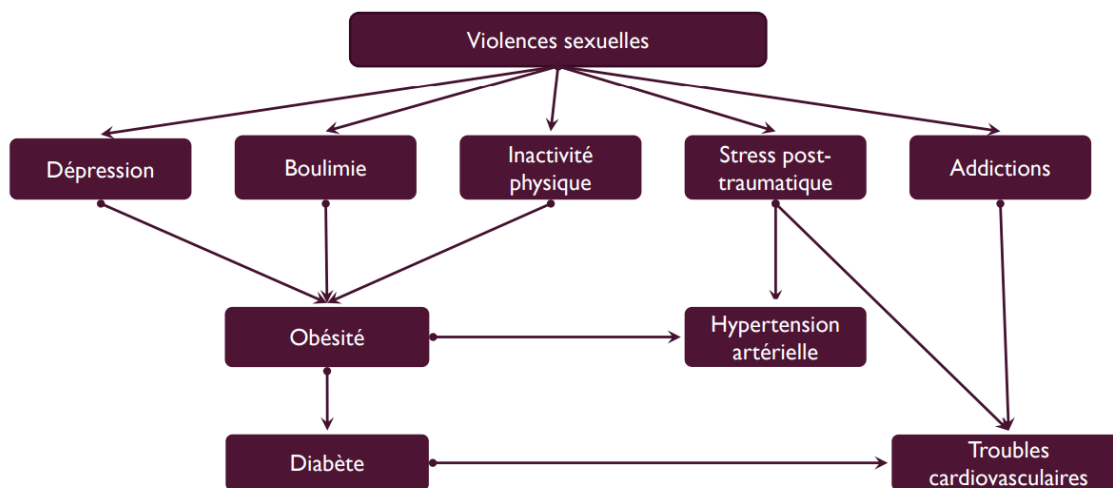


Fig1. Mécanismes physiopathologiques impliqués dans la genèse des troubles métaboliques et cardio-vasculaires

⁶⁸ Agence QMI. (2013, août 13). *Obésité : les femmes victimes de violences physiques sont plus à risque*. *Journal de Montréal*. <https://www.journaldemontreal.com/2013/08/13/obesite-les-femmes-victimes-de-violences-physiques-sont-plus-a-risque> Consulté le 20 avril 2025.

⁶⁹ Chappaz, J. (s.d.). *Violences sexuelles et obésité : Le langage des maux passés...* Clinique Château de Vernhes, Bondigoux. <https://www.afdet.net/wp-content/uploads/2018/02/violences-sexuelles-et-obesite-le-langage-des-maux-passes-clinique-chateau-de-vernhes-bondigoux.pdf> Consulté le 10 avril 2025.

Sur les 346 questionnaires distribués au sein de la clinique de Bondigoux (Tarn), 38.4% des patients en obésité révèlent avoir subi un « évènement sexuel » avant leurs 18 ans, une appellation qui renvoie à l'ensemble des actes sexuels commis avec violence, contrainte, menace ou surprise. L'étude ne distingue pas



les violences incestueuses, les viols ou encore les agressions verbales ou écrites. 82.7% sont des femmes, une donnée évocatrice de la manière disproportionnée dont elles sont concernées par les violences par rapport aux hommes. L'hypothèse de ce rapport envisage le corps comme un champ d'expression des violences sexuelles à travers l'addiction alimentaire, une réaction pour se protéger de la honte et de la culpabilité⁷⁰.

Ainsi l'obésité est le fruit d'une combinaison de facteurs biologiques internes qui interagissent en permanence avec l'environnement social, alimentaire et psychologique pour construire la trajectoire pondérale d'un individu.

Conclusion partielle et transition

Après une mise en exergue de la diversité des facteurs biologiques, environnementaux, sociaux et culturels qui façonnent les trajectoires de l'obésité, il semble préférable de parler « des obésités » pour couvrir toutes les formes de la maladie.

L'exploration de ce rapport se poursuit en se penchant sur les conditions dans lesquelles la maladie est reconnue, évaluée et prise en soin dans son diagnostic. Car si les origines de l'obésité sont profondément enracinées dans notre organisation sociale, leur traduction médicale passe par un processus de diagnostic qui, loin d'être neutre, influence la perception de la maladie, la légitimité des patients et l'accès aux soins.

Cette seconde partie est dédiée au diagnostic de la maladie, semé de difficultés dans sa réalisation bien qu'il pose un enjeu majeur pour la reconnaissance d'une définition plus inclusive de la maladie.

⁷⁰ Roy, A. (2025). *Énorme*. Larousse

2 : Diagnostiquer l'obésité : difficultés et controverses

Cette seconde partie met l'accent sur le diagnostic de l'obésité, soit l'acte médical permettant d'identifier la nature et la cause de l'affection dont un patient est atteint par l'interprétation de signes cliniques et de mesures objectives.⁷¹

Il s'agit de mener une réflexion critique sur l'émergence, l'institutionnalisation et les limites de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) comme indicateur de référence qui s'est imposé au fil du temps pour classer les individus selon leur poids relatif.

Etudier le contexte historique dans lequel s'ancre le développement de l'IMC à partir du XIXème siècle dans un mouvement de quantification du corps et d'étude de la statistique morale est d'abord essentiel pour comprendre la médicalisation progressive de la grosseur et la définition des normes pondérales. Ensuite, débattre autour des critiques contemporaines sur la mesure de l'obésité par l'IMC permet d'offrir une vue d'ensemble sur les enjeux autour de la reconnaissance de la diversité des profils corporels. Enfin, analyser les implications des débats scientifiques sur la nature de l'obésité – facteurs de risques ou maladie - offre un éclairage sur les répercussions de sa définition comme pathologie et son diagnostic dans le cabinet médical.

- **Retour historique sur l'émergence et la prise en compte de l'IMC comme indicateur de référence pour mesurer l'obésité.**

Au XIXème s'amorce un mouvement de quantification et de chiffrage du corps dans lequel s'inscrit la construction du diagnostic de l'obésité. L'essor des sciences statistiques va de pair avec une volonté croissante de gouverner les populations par des données mesurables⁷². Le corps devient progressivement un objet d'évaluation et de normalisation. Un lien de causalité statistique est établi entre le poids et le risque de mortalité, ce qui tend à médicaliser la grosseur. Adolphe Quételet, mathématicien et astronome belge est l'un des pionniers de la statistique moderne⁷³. Au travers de ses travaux d'anthropométrie sur les conscrits, il élabore une ébauche de l'indice de Quetelet, qui deviendra plus tard l'Indice de Masse Corporelle (IMC).

⁷¹ Définition officielle du dictionnaire Larousse en ligne

⁷² Basdevant, A. (2008). L'impact économique de l'obésité. *Les Tribunes de la santé*, 21(4), 57-64.
<https://doi.org/10.3917/seve.021.0057>.

⁷³Bair, J. (2015). À propos de l'indice de masse corporelle. *Losanges*, (31), 3-7.

Cette logique est associée à la "*statistique morale*"⁷⁴, une science qui vise à définir l'« *homme moyen* » en élaborant une formule mathématique liant le poids à la taille pour identifier les écarts à cette norme. L'approche tend à instaurer une représentation de la corpulence déviante comme un marqueur de risque, amorçant ainsi la pathologisation des corps "*hors norme*", une réflexion déjà entamée durant l'Antiquité. En effet, Hippocrate évoquait déjà l'excès de poids comme un facteur de mort subite, résultant de la dégradation d'un état parfait. Cette idée se consolide par l'usage du terme « *poids idéal* » au XIXème siècle, soit le poids à maintenir pour garantir la bonne santé du corps.

Après 1945, cette quantification pondérale trouve un prolongement économique avec l'implication des compagnies d'assurances qui veulent déterminer les risques financiers liés à la mortalité de leurs assurés pour fixer les niveaux de primes⁷⁵. Différents facteurs de risques sont définis, dont le tabagisme, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, le diabète et le poids idéal, donc l'obésité. Les travaux de Quételet sont réinvestis pour confirmer le lien entre la surcharge pondérale et l'IMC, ce qui aboutit à la création du Body Mass Index (BMI) ou IMC par la *Metropolitan Life Insurance Company* aux Etats-Unis.

$$\text{IMC} = \frac{\text{poids (en kg)}}{\text{taille}^2 \text{ (en m)}}$$

D'abord marginalisée parmi les facteurs, l'obésité devient une préoccupation centrale lorsque la hausse de sa prévalence déborde le continent Nord-américain pour atteindre le Royaume-Uni, l'Europe et progressivement les pays émergents à la fin du XXème siècle.

Encore aujourd'hui, les seuils définis au XIXème siècle servent de mesure de référence pour classer les stades de l'obésité en dépit des voix qui s'élèvent pour critiquer les failles de cet indicateur. Les médecins traitants, qui sont le premier recours du parcours de soin, continuent de l'utiliser principalement dans le diagnostic de la maladie, en raison du manque d'outils aussi simples et accessibles permettant une évaluation approfondie au sein de leur cabinet. Plusieurs médecins généralistes interrogés dans le cadre de ce rapport évoquent la difficulté d'aller au-delà de la mesure de l'IMC pour débiter une discussion sur l'état de santé de leurs patients, comme l'explique Clémence :

⁷⁴ Carof, S. (2021). *Grossophobie : Sociologie d'une discrimination invisible* (pp. 140–155). Paris : Maison des Sciences de l'Homme. (Coll. « Interventions »).

⁷⁵ Basdevant, A. (2008). L'impact économique de l'obésité. *Les Tribunes de la santé*, 21(4), 57-64. <https://doi.org/10.3917/seve.021.0057>.

« Moi, j'essaye quand même d'en parler le plus souvent possible parce que ça fait partie de notre rôle, c'est une maladie à part entière, donc on doit la soigner comme toutes les autres. Moi, j'utilise justement l'IMC, je prends le poids, la taille, et du coup, je leur donne le chiffre et je leur dis dans quelle catégorie ils se situent, si c'est dans l'IMC normal ou l'IMC sur poids, obésité. Après, j'ouvre la discussion là-dessus » Entretien du 14 mars 2025.

David, chirurgien digestif et co-fondateur de la Ligue Nationale contre l'Obésité (LCO) indique que, de son point de vue, l'IMC est un indicateur fiable, en admettant la nécessité d'interroger des critères subjectifs liés à la morphologie de l'individu :

« On n'a pas besoin d'un autre indicateur en plus pour diagnostiquer l'obésité, si on a un doute on voit selon la morphologie » Entretien du 13 janvier 2025.

Cette approche qui, bien qu'animée d'une intention louable — sensibiliser les patients à leur situation corporelle —, reste fondamentalement réductrice en enfermant l'obésité dans une seule logique de classement numérique, exposée à des perceptions subjectives fournies par le professionnel de santé. Bien qu'objective sur le plan médical, la seule mesure de l'IMC tend à minimiser la complexité physiologique, métabolique et psychologique de la maladie.

En outre, cette réalité illustre les barrières persistantes qui se dressent pour penser l'obésité dans une optique différenciée de l'indicateur purement chiffré, qui laisse une place à la complexité biologique, sociale et psychologique du patient au sein du cabinet.

- **Vers un diagnostic plus inclusif au-delà de la simple mesure de l'IMC**

L'utilisation exclusive de l'IMC montre ses limites en omettant de considérer certaines données fondamentales dans l'évaluation de l'état de santé d'un individu, que nous pouvons répertorier ci-dessous⁷⁶ :

- **L'âge** : la composition corporelle évolue avec l'âge ; la masse grasse tend à augmenter avec l'âge, même en l'absence de variation importante de poids. Par exemple, l'IMC est moins prédictif du risque métabolique chez les personnes âgées.
- **Le sexe** : la répartition naturelle de la graisse est différente chez les hommes et les femmes. La même valeur de l'IMC n'induit pas forcément les mêmes risques. Une accumulation de graisse abdominale dite graisse androïde est associée à un risque

⁷⁶ Société française d'endocrinologie, Segrestin, B., & Gatta-Cherifi, B. (2024). *La maladie obésité et son traitement : Vers de nouvelles approches* (Essentiels 2024). Société française d'endocrinologie.

cardiovasculaire plus important que pour la graisse g noide, présente dans les hanches et les cuisses.

- **Trajectoire pondérale de l'individu** : l'IMC n'informe pas des variations pondérales au fil du temps, tandis qu'une prise ou une perte de poids rapide peut entraîner des complications ou être le signe d'un dérèglement de l'organisme, symptôme de l'apparition d'une maladie ou d'un facteur de risques.
- **Etat nutritionnel** : l'IMC ne rend pas compte de la qualité de la masse corporelle. Une personne en ob sitt  peut être en situation de dénutrition, notamment en cas de perte importante de masse musculaire. Les critères de dénutrition permettent une évaluation plus fine de la santé métabolique

En outre, l'interprétation brute de l'IMC sans prendre en compte la répartition de la masse musculaire⁷⁷ peut être trompeuse et ne reflète pas la réalité corporelle, comme l'explique Océane, médecin généraliste, en prenant l'exemple des sportifs de haut niveau :

« Par exemple, un sportif de haut niveau qui va être très musclé, ce n'est pas de la masse graisseuse, sa masse musculaire n'est pas du tout la même, on ne peut donc pas dire qu'il est en ob sitt . » Entretien du 7 mars 2025.

Si la prise en compte de la répartition de la masse graisseuse semble être évidente pour les individus visiblement sportifs, il reste cependant rare qu'un diagnostic poussé soit réalisé pour les autres patients. Toutefois, Nadine rappelle que l'IMC n'a pas vocation à établir un diagnostic précis puisqu'il s'agit d'un indicateur d'évaluation des tendances générales de santé publique, qui se doit d'être complété :

«   la base, l'IMC, c'est une mesure populationnelle épidémiologique. C'est pas une mesure individuellement seule. Elle doit être combinée à la circonférence abdominale, qui est l'indicateur de risque cardiovasculaire métabolique. [...] Les gens, ils vont chez le médecin, et tout est en fonction de la balance. Et ça simplifie les choses. Les soignants vont passer à côté de l'histoire de vie de la personne. » Entretien du 6 mars 2025.

Le poids est souvent l'indicateur central de l'évaluation médicale, parfois surinvesti dans le diagnostic d'autres pathologies. Une des explications réside dans la façon dont les

⁷⁷ France Culture. (2025, 8 mars). *Ob sitt  : vers une épidémie mondiale ?* [ pisode de podcast]. La transition de la semaine. <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/la-transition-de-la-semaine/obesite-vers-une-epidemie-mondiale-2676720>

recherches cliniques actuelles sur les causes de l'obésité sont menées⁷⁸. Celles-ci se concentrent majoritairement sur des patients déjà en situation de surpoids ou d'obésité et négligent les événements précoces du processus de prise de poids. Cette focalisation tardive rend plus difficile la compréhension fine des mécanismes initiaux et complique le développement d'outils diagnostiques plus prédictifs de l'obésité.

De nos jours, des approches renouvelées recommandent un diagnostic plus complexe en fonction des trajectoires individuelles⁷⁹ qui prend en compte la physiopathologie - distribution des graisses, anomalies métaboliques -, les effets mécaniques, ainsi que les dimensions psychologiques, notamment liées aux conséquences de la stigmatisation. A cet égard, l'Association Américaine d'endocrinologie clinique (AACE)⁸⁰ intègre au sein de sa classification des stades de la maladie chronique liée à l'adiposité – modèle ABCD -, la stigmatisation comme un facteur social au même titre que les complications physiques. Cela rend compte de l'importance de soigner la maladie dès le premier stade, même sans complications physiques. Fournir un diagnostic complet doit reposer sur la collecte de données sociologiques et cliniques fines : évaluation des sensations alimentaires, analyse de la dépense énergétique réelle en fonction du mode de vie, état psychologique du patient, antécédents familiaux et sociaux.

Table adaptée du consensus de l'Association américaine d'endocrinologie clinique 2023 : Aborder la stigmatisation et les préjugés dans le diagnostic et la prise en charge des patients atteints d'obésité/de maladies chroniques liées à l'adiposité et évaluer les préjugés et la stigmatisation en tant que déterminants de la gravité de la maladie (Nadolovsky, Endoc Pract 2023)

Stade	Définition du stade de la maladie chronique liée à l'adiposité (ABCD)
1	Aucune complication cardiovasculaire, mécanique ou autre complication physique connue de l'ABCD. Risque accru de complications (par exemple, cancer) qui peut être réduit par la perte de poids. ET/OU Les préjugés et la stigmatisation liés au poids, les conditions psychologiques et les déterminants sociaux de la santé n'entraînent pas d'effets négatifs sur la qualité de vie mais peuvent nécessiter une prise en charge dans le cadre d'un plan de soins individualisé.
2	Une ou plusieurs complications de l'ABCD légères à modérées et un risque accru d'autres complications. ET/OU Présence de préjugés et de stigmatisation intériorisés liés au poids, de troubles psychologiques ou de déterminants sociaux de la santé qui ont des effets néfastes sur la qualité de vie ou qui pourraient potentiellement nuire à la qualité de vie ou au traitement de ABCD. Ces questions doivent être prises en compte dans l'élaboration d'un plan de traitement individualisé efficace et individualisé.
3	Au moins une complication grave de l'ABCD et un risque accru d'autres complications. ET/OU Présence de préjugés et de stigmatisation intériorisés liés au poids, de troubles psychologiques ou de déterminants sociaux de la santé qui ont des effets néfastes prononcés sur la qualité de vie ou rendent le traitement inefficace. Une intervention visant à traiter et à remédier à ces problèmes doit être mise en place dans l'intérêt du bien-être du patient et pour garantir l'efficacité du traitement.

Figure adaptée du Consensus AACE 2023

L'absence d'un diagnostic poussé est intrinsèquement liée à la difficulté de prendre en soin médicalement l'obésité sur le long terme, voire de diagnostiquer d'autres pathologies

⁷⁸ Clément, K., & Viguerie, N. (2017, juillet 11). *Obésité : Une maladie des tissus adipeux*. Inserm. <https://www.inserm.fr/dossier/obesite/>

⁷⁹ Société française d'endocrinologie, Segrestin, B., & Gatta-Cherifi, B. (2024). *La maladie obésité et son traitement : Vers de nouvelles approches* (Essentiels 2024). Société française d'endocrinologie.

⁸⁰ American Association of Clinical Endocrinology. (n.d.). *Publications*. <https://pro.aace.com/publications> Consulté le 5 mars 2025.

dont les causes sont indépendantes à la prise de poids. En effet, tandis que l'obésité touche un nombre croissant de personnes, sa prise en soin exige un diagnostic personnalisé, en raison de la complexité et de la singularité de chaque parcours.

L'utilisation de l'IMC et la réduction du patient à son poids traduisent des représentations plus profondes de l'obésité par les professionnels de santé, elles-mêmes alimentées par un débat qui reste vif sur sa nature même : maladie chronique, facteur de risque ou simple conséquence de comportements de vie inadaptés.

- **L'obésité : une définition en débat**

Bien que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la reconnaisse en tant que maladie à part entière depuis 1997, les débats sur sa définition persistent au sein de la communauté scientifique et médicale.

En janvier 2025, une commission du magazine *The Lancet. Diabetes and Endocrinology* formée de 56 experts internationaux s'est réunie à Québec pour tenter de régler cette controverse⁸¹. Ceux-ci ont admis que l'obésité est un des débats « *les plus controversés et les plus polarisants de la médecine moderne* », une citation qui rappelle que sa reconnaissance en tant que maladie engage des enjeux majeurs en termes de légitimité des patients, d'accès aux soins, de financement des traitements et de priorisation des politiques de santé publique.

Les experts ont proposé une nouvelle définition de l'obésité en vue d'adapter les interventions entre les mesures préventives et les traitements médicaux. **Elle distingue :**

- **L'obésité préclinique.** Elle est considérée comme un facteur de risques et caractérisée par un excès de masse grasse sans atteinte organique ni symptômes. Il existe un risque accru de développement de maladies mais aucune complication immédiate.
- **L'obésité clinique.** Ici, l'obésité est une maladie chronique et systémique causée par des dysfonctionnements de l'organismes ou de systèmes liés à l'obésité, avec des manifestations directes.

⁸¹ Brafman, N. (2025, 28 janvier). *Vers une nouvelle définition de l'obésité au-delà de l'indice de masse corporelle*. Le Monde. https://www.lemonde.fr/sciences/article/2025/01/28/vers-une-nouvelle-definition-de-l-obesite-au-dela-de-l-indice-de-masse-corporelle_6519448_1650684.html Consulté le 2 février 2025.

Les conclusions indiquent que l'IMC seul est un indicateur insuffisant pour diagnostiquer l'obésité au niveau individuel. Les experts plaident pour l'utilisation d'indicateurs complémentaires comme le rapport taille-hanche ou la mesure du tour de taille.

Cependant, au sein de ce rapport d'expertise, a été fait le choix d'évoquer l'obésité comme une maladie, sans porter attention à la présence ou non de symptômes associés. Ce choix repose sur la considération qu'engager des interventions précoces permettent de prévenir l'évolution de la maladie vers des complications graves par le biais d'un suivi médical adapté et personnalisé selon le stade d'avancement de l'obésité.

Ces controverses sur la définition de l'obésité, loin d'être purement théoriques, ont des répercussions concrètes sur la manière dont l'obésité est perçue par le système de santé dans son ensemble, allant de la prise en charge institutionnelle à la prise en soin médicale.

- **Implications du débat sur la définition de l'obésité dans sa perception par le corps médical et son remboursement en France.**

En outre, ce débat a des implications majeures sur la façon dont les patients accèdent aux soins et au remboursement de leurs traitements, mais également sur les représentations des professionnels de santé dans leur manière de mener leurs consultations, qui hésitent entre le fait de médicaliser l'obésité ou d'adopter une approche centrée sur la responsabilité individuelle en préconisant des modifications de leurs modes de vie.

En France, cette hésitation s'illustre par la non-reconnaissance de l'obésité comme Affection de Longue Durée (ALD) par le système de santé⁸². Cela limite l'accès des patients à une prise en charge globale, prolongée et financée, reflet d'une forme de déni institutionnel sur le caractère chronique de l'obésité. Dans certains cas, lorsque ses répercussions sur l'autonomie ou la vie quotidienne sont majeures, l'obésité peut toutefois faire l'objet d'un dossier auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), mais cette reconnaissance reste exceptionnelle et dépendante de critères restrictifs. Sur le plan économique, cette décision peut être perçue comme pragmatique pour limiter les coûts pour la Sécurité Sociale bien qu'elle néglige les besoins des patients et l'importance d'une prise

⁸² Assemblée nationale. (2024, 20 février). *Question écrite n° 6769 : Reconnaissance de l'obésité comme une affection longue durée (ALD). Réponse publiée au journal officiel.* <https://questions.assemblee-nationale.fr/q16/16-6769QE.htm>

en soin globale et équitable, ce dont témoigne Claudine, Patiente Partenaire et fondatrice de Poids Plume France :

« Ça coûte aussi du pognon à la société d'être en situation d'obésité parce que c'est des dépenses médicales en plus, des dépenses à la Sécurité sociale, parce qu'une consultation psychologue ou une consultation diététicienne en ville n'est pas remboursée par la sécurité sociale, la prise de vitamine non plus, donc effectivement, on ne peut pas avoir tout gratuitement, mais il faut aussi que les pouvoirs publics puissent libérer un peu les robinets. » Entretien du 14 Janvier 2025.

De surcroît, Nadine précise qu'au-delà d'améliorer l'efficacité de la prise en soin, le remboursement intégral des soins peut avoir de véritables bénéfices sur les représentations sociétales de l'obésité :

« De façon pragmatique, vu les prévalences d'obésité en France, je ne sais pas si l'Assurance Maladie sera prête à rembourser pour des soins pour 17% en moyenne de la population française. Mais en même temps, effectivement, le fait de la reconnaître comme une maladie permettrait de dédramatiser et de soulager, en tout cas de déstigmatiser des personnes. » Entretien du 6 mars 2025.

Les programmes d'éducation thérapeutique (ETP) sont néanmoins pris en charge par la Sécurité Sociale, sous réserve du diagnostic d'une maladie chronique et de la prescription par un professionnel de santé. Ceux-ci s'adressent aux patients souhaitant engager un processus de suivi continu, qui s'organise au travers d'ateliers et d'un soutien psychosocial, pour les aider à acquérir ou maintenir des compétences dans la gestion de leur maladie chronique⁸³.

On en dénombre plus de 500 dans les HDF, qui sont organisés autour de thématiques diverses : obésité, pathologies cardiovasculaires, etc. La carte ci-joint, proposée par la Haute Autorité de Santé (HAS) répertorie l'offre d'ETP dans la région.



⁸³ Haute Autorité de Santé. (2013, 25 février). *Éducation thérapeutique du patient (ETP)*. https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp Consulté le 1er janvier.

Florian, médecin généraliste, est favorable à cette perspective d'accompagnement global via l'ETP qui prend en compte d'autres dimensions de la maladie et dépasse le cadre strictement médical pour s'intéresser à l'humain :

« Je pense qu'il faut arrêter de trop médicaliser l'obésité et parler de ce qui est non médical, notamment le côté psychologique, non médicamenteux, l'activité physique mais aussi miser sur la confiance avec le professionnel de santé. » Entretien du 31 janvier 2025.

En effet, une partie du corps médical exprime des réticences à « médicaliser » l'obésité, craignant que ce qualificatif renforce la stigmatisation des patients dans une catégorie d'individus « malades » et que cela encourage une forme de fatalisme qui les déresponsabilise vis-à-vis de leurs comportements de santé. En pratique, cette reconnaissance a des effets bénéfiques⁸⁴ pour déculpabiliser le patient dans sa légitimité à être pris en charge par l'institution, même si les solutions avancées par les professionnels de santé sont généralement centrées sur le mode de vie des individus, notamment le régime alimentaire, l'activité physique, la perte de poids, omettant les dimensions sociales et psychologiques, qui exercent une influence durable sur l'individu.

Ainsi, même en refusant une approche purement médicale, la prise en soin reste souvent focalisée sur des leviers individuels.

Conclusion partielle et transition

En réduisant l'obésité à un indicateur chiffré, et en consacrant les solutions proposées sur la modification à la marge des comportements individuels, les influences structurelles, sociales et symboliques qui façonnent l'apparition de la maladie sont invisibilisées.

Cette approche reflète une tendance sociétale dominante qui minimise l'impact des facteurs extérieurs, et donc les solutions collectives et structurelles qui pourraient permettre d'améliorer la prévention et le traitement de la maladie.

Les perceptions de l'obésité font donc l'objet de cette troisième partie consacrée à une réflexion sur la construction des représentations sur l'obésité et ses implications.

⁸⁴ Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., Nadglowski, J., & Aronne, L. J. (2019). *Should obesity be recognised as a disease?* BMJ, 366, l4258. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4258>

_3 : Regard sur l'obésité : un prisme individualisant qui occulte les déterminants collectifs.

Cette troisième partie prolonge les réflexions déjà entamées sur le rôle des comportements stigmatisants dans l'aggravation de la maladie de l'obésité. En partant du constat que l'obésité est souvent perçue comme un échec personnel, elle examine comment cette représentation s'ancre dans les esprits, normalisant peu à peu les attitudes stigmatisantes et contribuant à l'exclusion des personnes concernées de l'espace public.

Elle éclaire sur l'occultation des dimensions collectives – sociales, économiques, psychologiques – mises en exergue dans la première partie de ce chapitre, dans la construction du mythe de la volonté personnelle. Cette réécriture, largement relayée par les sphères politiques, médiatiques et sociales, contribuent à faire de l'obésité un marqueur de disqualification morale.

Dans cette perspective, l'analyse porte sur l'impact de ces représentations sur les parcours de soin, la manière dont les patients perçoivent leur maladie et leur expérience au quotidien, en accordant une attention particulière aux différences liées au genre ainsi qu'à l'influence des représentations médiatiques contemporaines.

- **Une responsabilisation excessive des individus dans la gestion de leur poids : le mythe de la volonté personnelle.**

La pandémie de Covid 19 a révélé les failles des systèmes de santé face à la gestion de cette crise sanitaire d'une ampleur sans précédent. A cette occasion, les relais médiatiques et politiques ont participé à forger une image des personnes en obésité comme une menace pour la collectivité, en insistant sur leur vulnérabilité accrue au virus et leur supposée responsabilité dans la saturation des hôpitaux. Le médecin nutritionniste Arnaud Cocaul⁸⁵ évoque la double peine subie par les personnes concernées, à la fois culpabilisées pour leur état de santé et perçues comme un fardeau collectif, - une situation qui a encore fragilisé leur confiance envers les institutions médicales.

Cet exemple est évocateur de la manière dont la stigmatisation de l'obésité est profondément ancrée dans des constructions sociales, façonnées par les normes dominantes

⁸⁵ Postface Laacher, S. (2021). *Ça me pèse : Obésité et corps embarrassant*. Éditions de l'Aube.

et dont les significations varient selon les contextes historiques, culturels et géographiques.⁸⁶ Autrefois perçue comme un symbole de richesse et de prospérité, l'obésité change de sens au XIX^{ème} siècle, pour incarner une forme de vulgarité associée au développement des classes ouvrières. Les classes bourgeoises valorisent les corps toniques et énergiques, signes de maîtrise de soi et de productivité, tandis qu'elles dévalorisent les corps gros, assimilés comme l'expression d'une incapacité à maîtriser ses pulsions alimentaires et associés à la paresse.⁸⁷ En clair, le corps devient le reflet du comportement moral de l'individu.

Cette responsabilisation excessive de l'individu dans la gestion de son poids pousse à la création d'un contrat social implicite qui associe la valeur morale d'une personne selon sa capacité à « *se prendre en main* »⁸⁸, marquant la naissance du mythe de « *la volonté personnelle* ». Les facteurs les plus prégnants dans le développement de l'obésité, soit les causes externes – environnement, situation économique, inégalités – sont occultées. L'absence de politiques publiques pédagogiques et le manque d'information de qualité entretiennent ces représentations erronées.

Le stigmate de l'obésité n'offre aucun levier de valorisation sociale, comme cela peut parfois être le cas pour d'autres maladies, dont l'exemple le plus probant est celui du cancer⁸⁹, qui peut susciter de l'empathie, du soutien, voire une reconnaissance publique.

Erving Goffman⁹⁰ a analysé le corps obèse comme un perturbateur des interactions sociales ordinaires. Considéré comme une anomalie du fait qu'il accroche le regard, il est difficilement camouflable en dépit de l'existence de nombreuses stratégies d'invisibilisation : être souriant, se faire discret, ne pas se plaindre, être drôle. Le sociologue l'interprète comme un moyen de minimiser l'attention portée sur le corps pour faciliter les interactions et maintenir une image de soi socialement acceptable.

Plus encore, Gabrielle Deydier⁹¹ mentionne la notion de « *masse silencieuse* », soulignant que ces stratégies d'adaptation, parfois inconscientes, peuvent entraîner des

⁸⁶ Tibère, L., Dupuy, A. et Poulain, J.-P. (2019). Obésité et image du corps : quelles attitudes face au regard de l'Autre ? *Corps*, 17(1), 243-256. <https://doi.org/10.3917/corp1.017.0243>.

⁸⁷ Alice Bellicha, Chantal Julia, Jean-Michel Oppert et Mathilde Touvier, ** *Obésité et « manque de volonté » : les préjugés négatifs ont la vie dure*, *The Conversation*, 31 mai 2023, <https://theconversation.com/obesite-et-manque-de-volonte-les-prejuges-negatifs-ont-la-vie-dure-205763>

⁸⁸ Laacher, S. (2021). *Ça me pèse : Obésité et corps embarrassant*. Éditions de l'Aube.

⁸⁹ Heatherton, T. F., Kleck, R. E., Hebl, M. R., & Hull, J. G. (2000). *The social psychology of stigma*. The Guilford Press.

⁹⁰ Goffman, E. (1975). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps* (J. P. Lévine, Trad.). Éditions de Minuit.

⁹¹ Deydier, G. (2017). *On ne naît pas grosse*. Éditions Goutte d'Or, 55-70.

répercussions psychologiques importantes, renforçant le sentiment de honte et d'isolement chez les personnes concernées. Elle-même en obésité, elle consacre un pan de son ouvrage à une réflexion sur le glissement du stigmate de l'obésité vers une discrimination effective, relatant les situations discriminatoires rencontrées sur le marché de l'emploi.

Les stéréotypes sur l'émotivité présumée ou encore leur mauvais état de santé réduisent en effet les chances pour une personne en situation d'obésité, d'être recrutées.⁹² Le baromètre réalisé en 2016 par le Défenseur des droits et l'Organisation internationale du travail (OIT)⁹³ indique que les femmes en surpoids et en obésité rapportent 5 fois plus souvent que les femmes à l'IMC « normal » avoir été discriminées à cause de leur apparence physique. Cette situation concerne 6 fois plus les hommes en surpoids et en obésité.

En dépit de quelques avancées juridiques, la reconnaissance de discriminations liées à l'obésité dépend souvent de la capacité à prouver l'impact durable sur la vie professionnelle. La cour de justice de l'Union européenne (CJUE) a été saisie en 2014⁹⁴ dans une affaire danoise opposant un ancien assistant maternel à son employeur. Le requérant accuse la mairie dans laquelle il était employé de l'avoir licencié en raison de sa situation corporelle, le discriminant ainsi sur son apparence physique. Au sens du droit européen, la Cour a jugé que l'obésité ne constitue pas un handicap. En France, elle peut être considérée comme tel

Caractéristiques des personnes déclarant avoir été discriminées à l'embauche en raison de l'apparence physique (n=998)

	Femmes %	Hommes %	Total %
Âge			
18-24	9	7	9
25-49	11	7	9
50-65	10	4	6
IMC			
Normal + Maigre	*** 8	5	*** 5
Surpoids	11	6	5
Obèse	34	25	20
Style			
Classique	*** 8	5	*** 6
Décontracté	11	6	8
Atypique	34	25	30
Importance de l'apparence physique pour le poste			
Oui	14	8	11
Non	9	6	7
Niveau d'études			
≤Bac	*** 11	6	*** 8
>Bac	9	7	8
Total	10%	6%	8%

⁹² Le Monde. (2023, 22 février). Recrutement : l'obésité, un facteur de discrimination insidieux en entreprise. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/emploi/article/2023/02/22/recrutement-l-obesite-un-facteur-de-discrimination-insidieux-en-entreprise_6162795_1698637.html

⁹³ Défenseur des droits & Organisation internationale du travail (OIT). (2016). *9e baromètre de la perception des discriminations dans l'emploi : « Le physique de l'emploi »*. Défenseur des droits. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2023-10/ddd-OIT_etude_09e-barometre-discriminations-emploi_20160201.pdf

⁹⁴ Ulla, M. (2015). L'obésité d'un travailleur constitutive d'un handicap relevant de la protection de la Directive 2000/78 — L'Évolution récente de la notion de handicap en Droit de l'Union Européenne. *Revue québécoise de droit international*, 28(1), 185–202. <https://doi.org/10.7202/1067898a>

si cela entraîne des limitations durables et des restrictions de participation à la vie en société en lien avec l'environnement de l'individu, sans reconnaissance de la pathologie en soi⁹⁵.

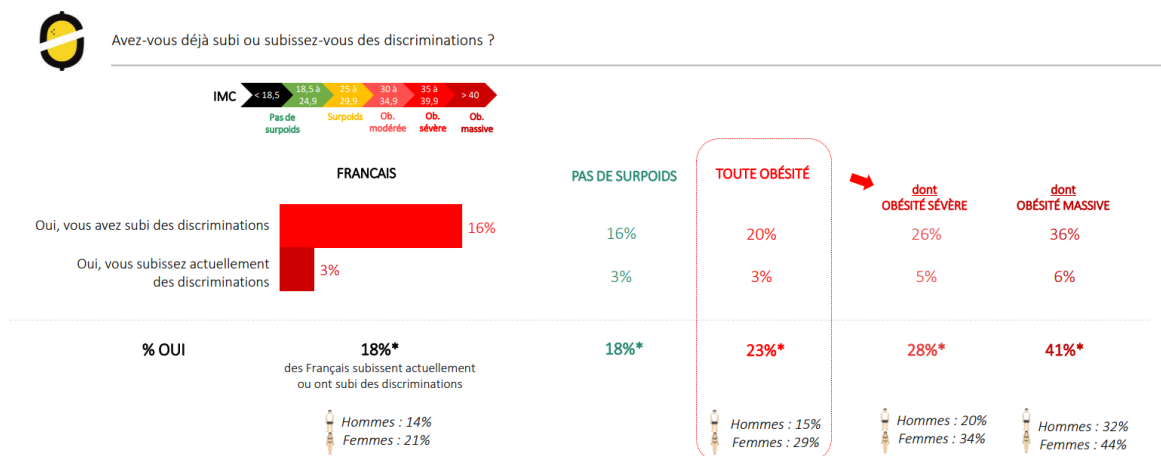
Cette décision, qui marque une avancée dans la protection offerte par la législation anti-discrimination européenne, reste néanmoins limitée face à l'ampleur du stigmatisme social qui entoure l'obésité. Aurélie évoque l'obésité comme « *l'une des stigmatisations les plus courantes et les plus tolérées dans la société* », dont les représentations continuent d'entraver aussi bien l'accès aux droits, que la qualité de l'accompagnement médical.

Dès lors, ces dynamiques de stigmatisation ne se limitent pas à des représentations abstraites : elles impactent durablement les interactions sociales, professionnelles et la manière dont les personnes concernées se perçoivent et se valorisent en tant qu'être humain.

- **La grossophobie : un stigmatisme aux effets réciproques sur les comportements et l'identité des patients.**

La grossophobie, peut se définir comme « *l'ensemble des attitudes et des comportements hostiles qui stigmatisent et discriminent les personnes grasses, en surpoids ou obèses* »⁹⁶. C'est la forme spécifique du stigmatisme qui vise le poids corporel.

Une enquête menée par Odoxa en 2020⁹⁷ pour la Ligue nationale contre l'obésité (LCO) dresse un état des lieux des chiffres de la grossophobie. Les résultats se fondent sur un échantillon représentatif de 12000 français interrogés par Internet. Elle révèle que les



⁹⁵ Loi n°2005-102 de février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées en France dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF)

⁹⁶ Lebretonchel, L., & Fardet, A. (2021, mai 25). Obésité : lutter à la fois contre la stigmatisation et contre la maladie. *The Conversation*

⁹⁷ Ligue contre l'obésité & Odoxa. (2021). *Les vrais chiffres de la grossophobie : Discriminations et obésité : état des lieux*. Ligue contre l'obésité. <https://www.liguecontrelobesite.org/app/uploads/2021/03/Odoxa-pour-OBEPi-2021-Discriminations-et-obe%CC%81site%CC%81-complet.pdf> Consulté le 25 avril 2025

discriminations sont un fléau qui concerne l'ensemble de la population, mais particulièrement les personnes en situation d'obésité qui les subissent de façon répétée.

En moyenne, 18% des français affirment avoir déjà été discriminés, une donnée qui concerne 23% des personnes en obésité, et 41% des personnes regroupées sous l'appellation « *en obésité massive* », soit ayant un IMC qui se situe au-dessus de 40.

La grossophobie impacte lourdement le quotidien des individus : aucune sphère sociétale, qu'elle soit publique, éducative, médicale ou professionnelle n'est épargnée par ce fléau, soulignant l'urgence d'une prise de conscience collective et institutionnelle.

Son omniprésence conduit à ce que les patients s'empêchent eux-mêmes de reconnaître l'obésité comme une maladie chronique, à l'instar d'autres pathologies comme le cancer. La sage-femme Anna Roy⁹⁸, ayant souffert de l'obésité, évoque le vécu différencié des événements et de l'image corporelle par les individus, qu'elle résume dans la citation : « *Nous les gros, on n'a pas le même printemps* ». La métaphore du printemps traduit ici le contraste entre la légèreté du retour des beaux jours et les inconforts physiques rencontrés par les individus à cause des jugements liés à leur poids.

Dans une moindre mesure, on peut évoquer le caractère « *totalisant* » de la maladie, qui s'impose dans chaque moment de l'existence, qu'il soit intime ou trivial. Cette pression sociale continue influe sur la capacité à interpréter les comportements d'autrui, engendrant méfiance, jugement et parfois reproduction de la stigmatisation entre pairs. Didier, patient en obésité de 63 ans exprime son besoin de se comparer, parfois même de se rassurer mais affirme ne pas avoir de complexe au quotidien avec son apparence :

« T'en as plein, tous les jours, ils disent le gros, tout ça. Les gens font ça en blaguant mais c'est vrai que des fois... Moi c'est tout, j'ai pas de complexe, je suis comme ça. Si j'ai envie d'aller à la piscine, je vais à la piscine. [...] Mais tu te sens observé, les gens te regardent. Moi je fais pareil, on se rend pas compte mais on fait la même chose. Mais c'est quand tu vois, je ne sais pas. Moi, ça me dérange, je crois. Parce que moi aussi, des fois, je me dis... Ah oui, elle est grosse. ». Entretien du 16 février 2025.

L'enquête montre une certaine résilience face aux jugements externes, semblant avoir normalisé et intériorisé les réflexions quotidiennes tout en reconnaissant se sentir observé

⁹⁸ Roy, A. (2025). *Énorme*. Larousse, 95-105.

par une forme de conscience sociale sur son physique. Ce passage évoque la confrontation entre l'acceptation de soi et ses propres jugements vis-à-vis des autres, lui-même ayant intériorisé les normes sociales liées à l'apparence physique.

Une autre dimension évoquée dans l'étude Odoxa est également à prendre en compte. Les femmes en situation d'obésité sont beaucoup plus touchées (29 %) que les hommes (15 %) par la grossophobie, avec un écart qui se creuse pour les formes les plus sévères d'obésité (44 % des femmes contre 32 % des hommes en obésité massive). Les effets de genre se recouvrent en effet autour du corps obèse féminin, qui cristallisent des attentes sociales, une réalité qui renforce davantage les mécanismes de stigmatisation.

- **Quand le genre renforce la stigmatisation : la spécificité du vécu féminin de l'obésité.**

Le regard porté sur l'obésité féminine est souvent plus sévère que celui porté sur les hommes. Le contrôle de l'alimentation est souvent associé à une pratique efféminée, ce qui renvoie à une forme de pression sociale bien plus prégnante pour les femmes, premières victimes de commentaires déplacés sur leur trajectoire pondérale⁹⁹.

Comme évoqué dans la section consacrée à l'impact des violences sexuelles sur les trajectoires pondérales, les femmes en situation d'obésité sont fréquemment exposées à ce type de violences, un facteur susceptible de contribuer à la prise de poids ou de l'aggraver. Toutefois, les données disponibles sur ce sujet restent limitées dans la sociologie française, en dehors de quelques enquêtes menées en milieu hospitalier.¹⁰⁰

Paradoxalement, tandis que les femmes ont conquis de nouveaux droits, grossir est parfois un mécanisme de protection face aux violences misogynes¹⁰¹. En retour, la société leur demande de restreindre leur présence dans la sphère sociale, les forçant souvent à une invisibilité corporelle qui se traduit par une invisibilisation politique. Cette situation est analysée par la psychothérapeute et psychanalyste britannique Susie Orbach dès 1978, qui

⁹⁹ De Saint Pol, T. (2013). Obésité, normes et inégalités sociales. *Le Journal des psychologues*, 311(8), 19-22. <https://doi.org/10.3917/jdp.311.0019>.

¹⁰⁰ Chappaz, J. (s.d.). *Violences sexuelles et obésité : Le langage des maux passés...* Clinique Château de Vernhes, Bondigoux. <https://www.afdet.net/wp-content/uploads/2018/02/violences-sexuelles-et-obesite-le-langage-des-maux-passes-clinique-chateau-de-vernhes-bondigoux.pdf>

¹⁰¹ Orbach, S. (2017). *Le poids, un enjeu féministe* (Trad. française). Marabout.

explique que la norme sociale impose aux femmes de contrôler leur corps en réponse à la volonté patriarcale de les contrôler.

Cette idée est appuyée par Anna Roy, qui fait le lien entre les deux viols qu'elle a subis et sa prise de poids comme moyen de se protéger contre les violences extérieures, notamment sexuelles, un argument qu'elle reflète au sein de cette citation : "*On ne viole pas les grosses*". Cette phrase illustre une perception violente et profonde, qui fait écho à des réalités sociales et culturelles, qui, bien que fausses et destructrices, associent la prise de poids à un rempart contre la violence au sein d'un environnement hostile.

Océane, dans son témoignage, remarque que les femmes éprouvent davantage de difficultés à parler de leur poids que les hommes, pour qui l'obésité peut être perçue avec davantage d'indulgence, voire associée à des traits valorisants comme la force de caractère ou la réussite sociale. En consultation, elle note que beaucoup d'entre elles abordent leur poids avec une lourde culpabilité :

« C'est sûr que ce n'est pas un sujet facile à aborder, surtout chez les femmes. J'ai l'impression qu'en consultation, elles sont souvent plus complexées, plus stigmatisées aussi, que les hommes. Oui, chez eux en même temps, il y a le truc je suis un bon vivant, ce n'est pas trop grave » Entretien du 7 mars 2025.

Ces jugements portés sur l'obésité féminine et renforcés par des mécanismes de contrôle social et des violences systémiques, trouvent un écho dans le traitement médiatique réservé à l'obésité. Largement influencés par les normes de beauté et les attentes sociales, ces discours reproduisent les stéréotypes, exacerbant davantage la marginalisation des individus.

- **Médiatisation et politisation de l'obésité : une fabrique à préjugés.**

Les médias tiennent une place centrale dans la diffusion d'une image alarmiste de l'obésité, en témoigne l'usage régulier du terme de « *pandémie* » pour qualifier la hausse de la prévalence de l'obésité. Cette interprétation suggère qu'en étant simplement en contact avec une personne en obésité, un individu pourrait soi-même développer la maladie¹⁰², alimentant ainsi une vision préjudiciable, éloignée d'un discours pondéré et réflexif.

¹⁰² Deydier, G. (2017). *On ne naît pas grosse*. Éditions Goutte d'Or, 25-27.

De plus, les médias participent à une boucle auto-renforçante d'exclusion : plus une personne est stigmatisée, plus elle risque de se replier socialement, ce qui peut aggraver son état de santé¹⁰³. Anna Roy relate son expérience de l'obésité en évoquant une « île », une métaphore qui met l'accent sur le sentiment de solitude et d'isolement qui l'accompagne. Cette dynamique de marginalisation¹⁰⁴ véhicule une image biaisée, centrée sur certains traits de caractère présumés, dont la paresse, le dégoût et l'absence de volonté, au travers de documentaires sensationnalistes¹⁰⁵.

Les réseaux sociaux quant à eux, tout en prônant parfois un discours anti-grossophobie, sont tout autant responsables du maintien de cette pression sociale continue. Certaines études, dont celle réalisée par l'entreprise pharmaceutique danoise Novo Nordisk en 2021¹⁰⁶ qui a analysé plus de 187 000 publications sur diverses plateformes, démontrent la persistance des comportements à caractère grossophobe.



Marine Creuzet présente les réseaux sociaux comme des « nouveaux juges de beauté »¹⁰⁷ qui prônent l'injonction à l'acceptation de soi par le biais du mouvement américain « *body positive* ». A l'origine l'objectif était de donner de la visibilité aux corps marginalisés. Au fil du temps, il a été réapproprié par des influenceurs qui répondent aux critères de canons de beauté traditionnels, ce qui a progressivement vidé le contenu de son message initial.

Dans ce contexte, les politiques publiques peinent à se faire une place dans la sphère médiatique. L'écosystème ultra-compétitif nuit à la diffusion des messages de prévention et de sensibilisation sur l'obésité, rendant difficile la diffusion d'une approche plus inclusive et moins stigmatisante, ce que mentionne Nadine au cours de son interview :

« La personne, elle est noyée. Au milieu, il y a les messages de santé publique qui doivent se trouver une place au milieu de tout cet écosystème hyper compétitif. » Entretien du 6 mars

¹⁰³ Poulain, J.-P. (2009). 5. Le Malheur des Obèses Dans les Sociétés Modernes. *Sociologie de l'obésité* (p. 110-133). Presses Universitaires de France. <https://shs.cairn.info/sociologie-de-l-obesite--9782130553137-page-110?lang=fr>

¹⁰⁴ Carof, S. (2021). *Grossophobie : Sociologie d'une discrimination invisible*. Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, 89-105

¹⁰⁵ Chollet, M. (2012). *Beauté fatale : Les nouveaux visages d'une aliénation féminine*. La Découverte.

¹⁰⁶ Laacher, S. (2021). *Résumé du rapport sur l'obésité pour Novo Nordisk*. Novo Nordisk France. <https://www.novonordisk.fr/content/dam/nncorp/fr/fr/media/pdfs/R%C3%A9sum%C3%A9%20S.%20Laacher%20pour%20Novo%20Nordisk%2018.10.2021.pdf>

¹⁰⁷ Creuzet, M. (2019). *Corps sous influence. Les réseaux sociaux entre carcan et émancipation*. L'Harmattan.

Au sein des politiques publiques en réalité, les efforts pour combattre l'obésité sont souvent mal orientés, ciblant là encore les comportements individuels au détriment des causes structurelles et sociales de la maladie. L'exemple le plus probant est le slogan de la campagne de mangerbouger.fr qui recommande de « *manger cinq fruits et légumes par jour* ». Bien que simple et mémorable, le message occulte l'impact des inégalités économiques, de l'environnement alimentaire et des déterminants sociaux sur les comportements alimentaires.

En définitive, l'analyse des représentations médiatiques et politiques de l'obésité révèle une continuité dans la diffusion d'un message centré sur les déterminants individuels, loin de déconstruire les préjugés. Pourtant, interroger les normes sociales et donner à voir la complexité des réalités vécues par les personnes concernées doit permettre la construction d'un regard plus nuancé et informé de la maladie.

_ Conclusion générale du Chapitre 1 et transition

Ce premier chapitre s'est intéressé à la construction sociale de l'obésité dans son ensemble. Cette maladie s'enracine dans un environnement complexe et une multiplicité de facteurs qui interagissent. Vivre avec l'obésité, c'est vivre dans un monde façonné par des inégalités structurelles, particulièrement marquées dans les Hauts-de-France, où les conditions de vie et les héritages sociaux influencent les trajectoires corporelles.

Son diagnostic, longtemps réduit à la mesure de l'IMC, reste le reflet d'une approche simplificatrice qui masque la richesse des déterminants en jeu, dont les normes sociales qui pèsent sur les personnes concernées. La stigmatisation fait partie de leur quotidien : moqueries, discriminations institutionnelles, injonction sur les normes de beauté, etc.

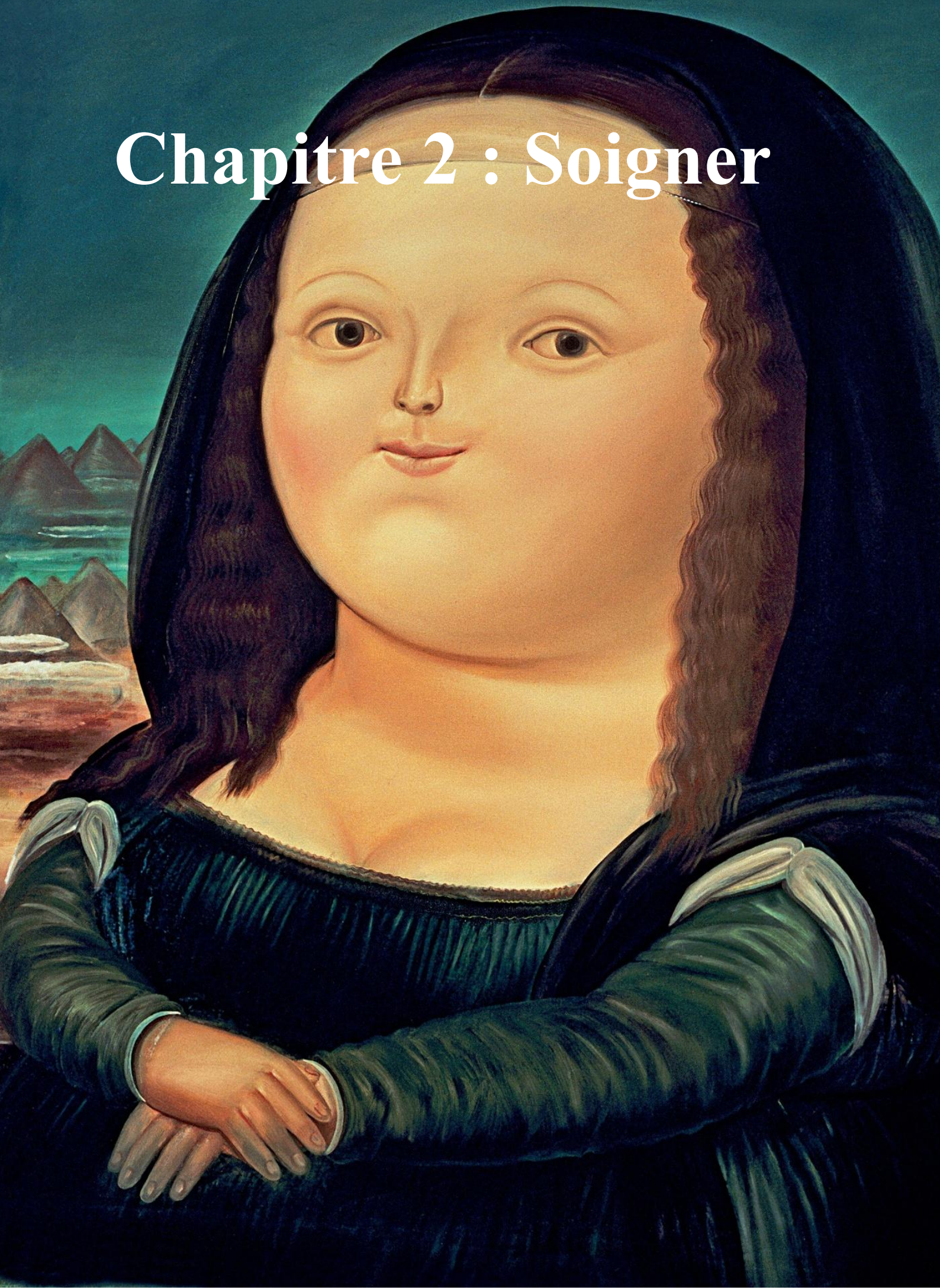
Dès lors, le corps des individus devient une manière d'être au monde, de circuler, de se valoriser et d'exister aux yeux de la société. Ce constat doit permettre d'amorcer une réflexion sur notre regard collectif, de sortir des logiques de culpabilisation et d'ouvrir la voie à une société plus inclusive.

Il est désormais de rigueur de s'interroger sur la manière dont est soignée l'obésité par les professionnels de santé. L'intérêt de cette perspective est de mettre en regard la relation patients-soignants autour des obstacles qui fragilisent leur lien de confiance et révèlent les failles d'un système de soin souvent inadapté. Car c'est au cœur de cette relation que repose la réussite d'un parcours de soin.

A ce titre, le professionnel de santé est, au-delà d'un simple prescripteur et interprète des savoirs médicaux, un acteur de la (re)construction du lien thérapeutique, en particulier lorsque ce dernier a été fragilisé par des expériences de soins antérieures. De surcroît, il lui revient de favoriser l'implication du patient tout au long du parcours de soin, en l'accompagnant vers une position d'acteur éclairé et autonome.



Chapitre 2 : Soigner



« Mona Lisa » - 1978 – Botero Museum – Bogotá (Colombie)

Par l'artiste peintre et sculpteur colombien **Fernando Botero**

VIII) Chapitre 2 : Soigner

Après une mise en abîme sur le diagnostic et le vécu de la maladie, la seconde étape pour évoquer la complexité de la prise en soin de l'obésité est de discuter des traitements disponibles. Il faut entendre ici le terme de soigner au-delà de l'acte thérapeutique qui consiste à conseiller et prescrire, pour envisager la relation de deux humains qui réfléchissent aux obstacles qui se dressent dans leur relation pour pallier les failles de l'institution médicale.

Changer de perspective sur la prise en « charge », au sens institutionnel du terme, pour adopter une approche de prise en « soin », plus humaine et inclusive, induit une transformation profonde des pratiques professionnelles et institutionnelles. En reconnaissant l'autonomie du patient et son savoir expérientiel, cette évolution repose aussi sur le développement d'une écoute active et empathique.

Désormais, « faire pour » le patient ne suffit plus : il s'agit de « faire avec » la personne, en l'impliquant activement dans la co-construction de son parcours thérapeutique, lui-même ajusté selon ses déterminants de vie : réalité physique, psychique, sociale et culturelle.

Dans cette optique, il s'agit d'abord d'examiner les traitements disponibles selon le stade d'avancement de la maladie et leurs effets parfois ambivalents. Le chapitre s'attache ensuite à adopter tour à tour le point de vue de la personne en situation d'obésité et celui du soignant, afin de mieux comprendre comment les biais de représentation et un sentiment d'appréhension mutuelle peuvent fragiliser leur relation de confiance. Enfin, il questionne l'efficacité des solutions thérapeutiques aujourd'hui proposées face à la rigidité institutionnelle qui pèse pour permettre l'établissement d'un suivi adapté, comme l'illustre le cas des Hauts-de-France.

Ainsi, ce chapitre intitulé « Soigner » explore les tensions, limites et potentiels de la prise en soin de l'obésité, en s'attachant à dépasser une vision strictement biomédicale pour intégrer les dimensions relationnelles, sociales et territoriales de l'accompagnement.



1 : Traitements et suivi de l'obésité dans une approche globale

Cette première partie mène une réflexion autour des diverses formes de ressources thérapeutiques disponibles dans la prise en soin de l'obésité, qu'elles soient traditionnellement utilisées – conseils nutritionnels, chirurgie bariatrique – ou plus récentes à l'image de la mise sur le marché des médicaments analogues du GLP-1¹⁰⁸. Les stratégies de traitement se diversifient, traduisant à la fois des avancées médicales majeures, mais aussi les tensions inhérentes au traitement de cette pathologie multiforme.

À travers une analyse de leur efficacité et de leurs impacts sur les trajectoires individuelles, il s'agit de montrer que, si ces traitements visent principalement une perte de poids durable, leur succès repose en réalité sur une approche globale et adaptée à l'évolution chronique de la maladie.

Au-delà des dispositifs médicaux disponibles, cette réflexion appuie la nécessité d'un suivi soutenu et personnalisé selon le stade de la maladie, qui prend en compte les risques liés aux traitements, ainsi que les enjeux économiques contradictoires qui structurent aujourd'hui le champ de l'obésité.

- **Soigner l'obésité : une stratégie thérapeutique au rythme de l'évolution de la maladie**

Les modalités de traitement de l'obésité varient sensiblement selon le stade d'évolution de la maladie, impliquant une adaptation des ressources thérapeutiques mobilisées¹⁰⁹. Au même titre, les professionnels de santé engagés dans le parcours de soin diffèrent. (voir tableau ci-joint publié en 2022 par la HAS).

Tableau 2. Professionnels et structures impliqués dans la prise en charge de l'obésité dans les différents niveaux de recours

Niveau 1	Le médecin généraliste (qui est le coordonnateur de la prise en charge de l'obésité), diététiciens, pharmaciens, infirmiers, infirmiers en pratique avancée, sages-femmes, psychologues, psychiatres, médecins du travail, enseignants en activité physique adaptée, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, éducateurs sportifs, travailleurs sociaux.	
Niveau 2	Le médecin spécialiste de l'obésité (à savoir : le médecin nutritionniste qui est le coordonnateur de la prise en charge de l'obésité) (dans les centres de soins publics ou privés, ou en secteur ambulatoire, services spécialisés dans la prise en charge de l'obésité au sein des établissements de soins publics ou privés), et exerçant en partenariat avec les autres professionnels concernés par l'obésité, SSR spécialisés en « digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition ».	En lien avec les professionnels et structures de santé du niveau 1
Niveau 3	Centres spécialisés de l'obésité (CSO) ou centres hospitaliers universitaires (CHU). Peuvent être amenées à participer au niveau 3 des structures qui leur sont associées par convention, notamment les SSR spécialisés en « digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition » et plus particulièrement celles capables de recevoir des patients ayant un IMC ≥ 50 kg/m ² .	En lien avec les professionnels et structures de santé des niveaux 1 et 2

¹⁰⁸ Assurance Maladie. (s. d.). *Surpoids et obésité de l'adulte : traitements*. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/surpoids-obesite-adulte/traitement-medicamenteux-chirurgical>.

Consulté le 24 avril 2025.

¹⁰⁹ Poulain, J.-P. (2009). *Sociologie de l'obésité* (pp. 13–136). Presses Universitaires de France.

On peut ici distinguer trois grandes catégories de ressources selon leur nature et leur mode d'action :

1. *Les ressources comportementales et éducatives.*

Elles fondent la base du traitement dans les stades initiaux du développement de la maladie, lorsque la prise de poids s'installe ou que l'obésité est encore modérée (stade I). Le cœur de cette approche vise à modifier les habitudes de vie, notamment l'alimentation, l'activité physique et les déterminants psychologiques.

En outre, les ressources comportementales et éducatives comprennent :

- Les conseils diététiques, qui sont fondés sur les recommandations de la HAS publiées dans son « *Guide du Parcours de Soins : surpoids et obésité de l'adulte* »¹¹⁰ ;
- L'activité physique adaptée (APA) également recommandée par la HAS dans l'Organisation des parcours, qui est prescrite sous forme de programmes structurés limités dans le temps (souvent 3 mois renouvelable), dispensés par un professionnel¹¹¹ ;
- Le soutien psychologique et les thérapies cognitive-comportementales (TCC) si nécessaire ;
- Les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP)¹¹², qui visent à renforcer son autonomie et sa capacité à gérer sa maladie au quotidien, prescrits par un professionnel de santé et pris en charge par l'Assurance Maladie.

Ces ressources visent des modifications des modes de vie des patients pour qu'ils retrouvent un rapport sain à l'alimentation et accordent de l'importance à la qualité nutritionnelle, la régularité, la gestion des quantités et la redécouverte du plaisir gustatif.

Clémence les utilise régulièrement dans le traitement des patients en obésité, en particulier la prescription des programmes ETP, ayant réalisé sa thèse de médecine sur le

¹¹⁰ Haute Autorité de Santé (HAS). (2023). *Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte*. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3413203/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-de-l-adulte Consulté le 4 janvier 2025.

¹¹¹ Assurance Maladie. (s. d.). *Prescription d'activité physique adaptée (APA)*. <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/activite-physique-activite-physique-adaptee/prescription-activite-physique-adaptee> Consulté le 12 janvier 2025.

¹¹² Haute Autorité de Santé (HAS). (s. d.). *Éducation thérapeutique du patient (ETP)*. https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp Consulté le 13 janvier 2025.

sujet pour comprendre les incitations des patients à prendre part à ces parcours. Elle suggère également la nécessité d'intégrer progressivement de nouvelles habitudes dans les modes de vie de ses patients, ce qui doit passer par des petits gestes pour maximiser les chances de tenir les résolutions sur le long terme :

« Je leur dis juste qu'ils doivent regarder dans leur repas du quotidien s'ils repèrent des petits excès, des quantités peut-être un peu trop élevées, s'il y a toujours du grignotage, ou un peu beaucoup de fromage à la fin du repas. Je leur demande juste d'identifier au quotidien s'ils peuvent faire des petits efforts, et après, je leur dis de revenir en parler en consultation. Et donc, il faut que ça se fasse progressivement, parce qu'en fait, s'ils changent tout drastiquement, ils sont frustrés, ils ne tiennent pas le rythme, parce que ce n'est pas leur rythme habituel, et du coup, ils replongent direct » Entretien du 14 mars 2025.

Cette approche pourrait s'avérer optimale¹¹³ à la condition que les déterminants biologiques, sociaux et psychologiques de la prise de poids soient précocement identifiés et pris en compte dans le diagnostic. Tandis qu'elle renforce une approche comportementale qui entrevoit l'obésité comme la résultante d'un manque de volonté personnelle, cette méthode peut en parallèle réduire l'accompagnement à une simple identification de quelques comportements à modifier. A cela s'ajoutent les effets potentiellement contre-productifs d'une telle approche, qui accentuent les sentiments d'échec et de culpabilité du patient en cas de reprise de poids.

Lorsque l'obésité atteint un stade avancé, marqué par des déséquilibres métaboliques prégnants et une résistance accrue du tissu adipeux pour des raisons biologiques, cette première approche est inefficace, nécessitant une évolution des stratégies mises en œuvre.

2. Les ressources médicales et pharmacologiques

Elles interviennent lorsque les approches comportementales seules sont insuffisantes, en particulier dans les cas d'obésité de stade II ou III. La HAS publie également des recommandations¹¹⁴ pour la prise en soin de cette forme plus avancée de la maladie.

¹¹³ Académie nationale de médecine. (2025). *Quand l'obésité devient une maladie* [communiqué]. <https://www.academie-medecine.fr/quand-lobesite-devient-une-maladie/> Consulté le 10 mai 2025.

¹¹⁴ Haute Autorité de Santé. (n.d.). *Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2892062/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux consulté le 15 mars 2025.

Les ressources médicales et pharmacologiques comprennent :

- Les traitements médicamenteux, notamment les analogues du GLP-1, dont le liraglutide Saxenda commercialisé depuis 2021 ou le sémaglutide Wegovy autorisé depuis 2024, qui agissent sur la satiété et le métabolisme : ils traduisent la médicalisation progressive de l'obésité¹¹⁵. Parfois présentés comme une révolution thérapeutique, ils soulèvent certaines réserves dans le milieu médical en raison de leurs effets secondaires, de leur coût élevé, leur absence de remboursement par la Sécurité sociale et le manque de recul sur leurs effets à long terme. Ces arguments limitent aujourd'hui leur intégration comme solution de référence.
- Les consultations spécialisées dans des structures pluridisciplinaires : centres spécialisés de l'obésité (CSO), endocrinologues, nutritionnistes, etc ;
- Un suivi médical régulier pour surveiller les comorbidités : diabète, hypertension, etc.

3. *Les ressources chirurgicales*

Enfin, lorsque ces deux premières approches deviennent insuffisantes, l'indication d'une chirurgie peut être proposée dans le cadre d'un parcours de soins coordonné et pluridisciplinaire. Elles sont réservées spécifiquement aux formes sévères d'obésité (IMC \geq 40 ou \geq 35 avec comorbidités), souvent comme une solution de dernier recours, après échec des autres traitements.

La chirurgie bariatrique est divisée en plusieurs types d'intervention. D'abord, la sleeve gastrectomie qui représente environ 60 à 70 % des interventions¹¹⁶ et consiste à retirer une grande partie de l'estomac. Ensuite, le bypass gastrique, environ 20 à 30% des interventions, opération qui consiste à modifier le volume de l'estomac et le circuit de digestion. Enfin, tandis qu'elle était beaucoup pratiquée au début des années 2000, la chirurgie de l'anneau gastrique ne représente plus que 5% des interventions. Cette hiérarchisation évoque les préférences des chirurgiens qui privilégient la sécurité et la simplicité technique.

¹¹⁵ European Genomic Institute for Diabetes & Centre National de Médecine de Précision des Diabètes – PreciDIAB. (2025, mars 4). *Révolution et limites des médicaments GLP-1 à l'ère de la médecine personnalisée* [Conférence]. Journée Mondiale de l'Obésité. <https://www.precidiab.org/agenda/obesite-revolution-et-limites-des-traitements-glp-1-a-lere-de-la-medecine-personnalisee/>

¹¹⁶ Santi, P. (2018, 13 avril). *La chirurgie de l'obésité en 5 chiffres*. Le Monde. https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/04/13/la-chirurgie-de-l-obesite-en-5-chiffres_5284856_4355770.html

En dehors du cadre médical, des nouvelles ressources thérapeutiques émergent, notamment sur les réseaux sociaux¹¹⁷, où le nombre de conseils présumés « médicaux » se multiplie, souvent porteurs de normes implicites et d'injonctions supplémentaires aux normes de « beauté »¹¹⁸. Si ces espaces peuvent offrir un soutien informel, ils participent aussi à brouiller les repères thérapeutiques, voire à alimenter des pratiques à risque.

- **Un suivi pluridisciplinaire, clé d'une prise en soin efficace : exemple de la chirurgie bariatrique.**

L'ensemble de ces éléments souligne que l'efficacité du traitement de l'obésité repose avant tout sur un suivi prolongé, personnalisé et global. Pris isolément, aucun traitement ne peut produire des effets durables, ce que rappelle Florian dans son interview, en citant ce que sont pour lui les piliers d'un suivi réussi :

« Une prise en charge globale, ça repose sur 4 piliers : la santé mentale, le sommeil, l'activité physique et l'alimentation ». Interview du 31 janvier 2025.

Cette réalité s'illustre notamment dans le cas de la chirurgie bariatrique, qui ne garantit pas à elle seule une perte de poids durable sans modifications des modes de vie et un suivi approfondi. Cette chirurgie n'est en effet pas anodine et nécessite une prise en compte des risques physiques, psychiques et sociaux associés à l'intervention¹¹⁹.

Un parcours préopératoire et postopératoire incluant un suivi nutritionnel, psychologique et médical est obligatoire : ce suivi se poursuit en moyenne pendant deux ans après l'opération, mais on observe une chute progressive du nombre de patients qui poursuivent ce suivi au-delà de cette période.¹²⁰ Certains professionnels plaident pour un suivi à vie, à l'image de Flore, médecin de la nutrition au sein d'un CSO dans les Hauts-de-France. Elle explique l'activité du centre, également connu pour son rôle de « recours » dans la prise en soin des patients ayant rencontré des difficultés post-opératoires à la suite d'une

¹¹⁷ Creuzet, M. (2019). *Corps sous influence. Les réseaux sociaux entre carcan et émancipation* (pp. 55-60). L'Harmattan.

¹¹⁸ Chollet, M. (2012). *Beauté fatale : Les nouveaux visages d'une aliénation féminine* (pp. 120-135). Éditions Zones.

¹¹⁹ Gallenga, G., Beldame, Y., Ferez, S., Perera, É., & Nocca, D. (2021). Opération du poids et poids de l'opération : Les régimes de justification de patients obèses en attente d'une chirurgie bariatrique. *Sciences sociales et santé*, 39(3), 41–67. <https://stm.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2021-3-page-41.htm>Cairn+9

¹²⁰ Haute Autorité de Santé (HAS). (2023). *Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte*. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3413203/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-de-l-adulte Consulté le 4 janvier 2025.

chirurgie bariatrique ou qui souhaitent un nouvel avis médical après s'être vu refuser l'opération dans un autre hôpital. Elle insiste sur l'importance d'un suivi de qualité et personnalisé avant et après l'opération, adapté aux besoins du patient :

« Il y a toute une partie préopératoire sur laquelle on intervient avec les autres professionnels du secteur, et en fait il va y avoir ce qu'on appelle une validation pluridisciplinaire pour le projet, c'est-à-dire qu'il faut qu'il y ait un certain travail en amont de la chirurgie pour qu'elle soit validée, et ça c'est ce qu'on appelle des critères éducatifs. [...] On va être vraiment très attentifs à ce que cette chirurgie, si elle doit avoir lieu, qu'elle se passe dans de bonnes conditions. Et les bonnes conditions, ce n'est pas forcément toujours les bonnes conditions d'un patient. C'est-à-dire que nous, on va privilégier une perte de poids qui se constitue peut-être un peu plus lentement ou un peu moindre en quantité, mais de telle sorte qu'elle ne s'accompagne pas ni de carences, ni de troubles de l'humeur comme une dépression, ni de pertes de masse musculaire, ni de récurrences addictologiques » Entretien du 26 mars 2025.

Ce constat s'explique en partie par la nature chronique et évolutive de l'obésité. Il est essentiel d'ajuster le traitement aux stades successifs de la maladie, de la prévention précoce à l'accompagnement post-opératoire. La logique d'un suivi global et intégré s'impose comme une nécessité absolue, une approche qui s'incarne aussi dans la prescription de dispositifs d'éducation thérapeutique, pensés pour ne plus laisser les patients seuls face à leur parcours de soins. Elle se manifeste aussi par l'augmentation des structures spécialisées, à l'image des Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO).

L'enjeu désormais consiste à optimiser la chaîne de soins pour clarifier les rôles des différents acteurs et structures, ce qui implique une transformation profonde des organisations, des pratiques médicales, et une adaptation des ressources disponibles¹²¹. Parmi les points critiques figurent la capacité d'accueil et de suivi, la disponibilité des professionnels médicaux et paramédicaux, les équipements, la prise en compte des déterminants médico-sociaux, la cohérence du parcours de soins, l'intégration de l'obésité dans les systèmes d'information et la question des tarifications.

¹²¹ Basdevant, A., & Ciangura, C. (2023). *L'obésité, une maladie en soi*. Académie nationale de médecine. <https://www.academie-medecine.fr/lobesite-une-maladie-en-soi/>

Au-delà de l'aspect organisationnel, il est crucial de s'interroger sur les dangers de ces traitements et sur leurs conséquences réelles pour les individus concernés.

- **Effets secondaires et désillusions : limites des traitements de l'obésité**

Malgré les bénéfices indéniables des traitements contre l'obésité, il est essentiel de souligner qu'ils peuvent aussi engendrer des effets secondaires importants, souvent sous-estimés dans le discours médical dominant.

C'est notamment le cas de la chirurgie bariatrique, dont la fréquence a fortement augmenté en France au cours des dernières décennies : on recense aujourd'hui environ 60 000 interventions par an, soit vingt fois plus qu'en 1997. Ce recours massif interroge la transformation d'un traitement initialement envisagé comme exceptionnel en une réponse de plus en plus standardisée à un problème pourtant multifactoriel. Cette évolution s'inscrit dans un contexte d'augmentation exponentielle de la prévalence de l'obésité, passée de 8,2 % en 1997 à 18,1 %.¹²².

Bien que reconnue pour ses résultats significatifs¹²³, en particulier sur l'amélioration de la qualité de vie des patients, la chirurgie bariatrique comporte certains risques, notamment celui d'une reprise de poids après la période dite de « *lune de miel* » – une phase d'environ 18 mois durant laquelle la perte de poids est rapide et généralement perçue comme facile¹²⁴longuement étudiée par les sociologues Aurélie Croiset et Florence Sordes. À moyen terme, des troubles du comportement alimentaire ou diverses complications médicales peuvent apparaître, impactant la qualité de vie.

Le caractère quasi irréversible de la chirurgie dans la majorité des cas, peut aussi générer des regrets, comme le raconte Gabrielle Deydier dans ses travaux, voire mener à des situations dramatiques. Certaines études mettent en lumière le lien entre le recours à une

¹²² Ligue Nationale Contre l'Obésité. (2024, 6 juin). *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité – OFEO 2024*. <https://www.obecentre.fr/wp-content/uploads/2024/06/Etude-epidemiologique-sur-le-surpoids-et-lobesite-Odoxa-LNCO-OFEO-2024-ConfPresse.pdf>

¹²³ Bach, S. (2025, 19 février). *L'impact de la chirurgie bariatrique sur la qualité de vie des patients*. Le Guide Santé. <https://www.le-guide-sante.org/actualites/sante-publique/limpact-de-la-chirurgie-bariatrique-sur-la-qualite-de-vie-des-patients>

¹²⁴ Croiset, A., & Sordes, F. (2014). *Chirurgie de l'obésité et qualité de vie : ses facteurs déterminants et son évaluation*. *Diabète & Obésité*, 8(1), 10–13. https://obesite.univ-tlse3.fr/medias/fichier/diabetemg8_zoomsur_1426866632959.pdf

opération de chirurgie bariatrique et l'augmentation du risque suicidaire comme la conséquence extrême d'une détresse psychologique souvent mal anticipée¹²⁵.

Le recours aux médicaments, en particulier aux analogues du GLP-1, soulève d'autres enjeux. Outre leur coût et leur non-remboursement, leur arrêt brutal entraîne fréquemment une reprise de poids. Des effets secondaires comme les vomissements, les occlusions intestinales, ou même un risque accru de cancers thyroïdiens ont été documentés¹²⁶, rappelant que ces traitements, bien qu'innovants, ne sont pas sans danger. Le mésusage de ces médicaments, parfois pris sans encadrement médical, accentue encore ces risques¹²⁷. À cela s'ajoute l'impact délétère des régimes à répétition, en particulier le phénomène du « yoyo », qui altère l'estime de soi et fragilise durablement les patients. Entre sentiment d'échec, culpabilité persistante et déséquilibres nutritionnels, les répercussions sont à la fois psychologiques et physiologiques.

En somme, si la médicalisation et la technicisation de l'obésité offrent de nouvelles options thérapeutiques, elles imposent également un devoir de vigilance. Car la réponse à l'obésité ne peut se limiter à une perte de poids : elle doit intégrer l'humain dans sa globalité, en anticipant les risques d'une prise en soin parfois plus conséquente que la maladie elle-même.

Si la souffrance des patients est bien réelle, leur expérience s'inscrit aussi dans un contexte économique où l'obésité, devenue épidémie mondiale, attire de plus en plus l'intérêt d'acteurs industriels et pharmaceutiques.

- **Le business de l'obésité : entre avancées médicales et logiques marchandes**

Derrière les avancées scientifiques et les innovations thérapeutiques, se dessine ainsi un marché florissant, où le corps gros devient à la fois un problème à corriger et une manne financière à exploiter.

¹²⁵ Croiset, A., Sordes, F., & Ritz, P. (2021). *Vulnérabilité et risque suicidaire en postopératoire d'une chirurgie de l'obésité : un risque augmenté ?* Congrès AFPSA 2021. https://congres2021.afpsa.fr/wp-content/uploads/2021/06/Poster_AFPSA2021_Croiset.pdf

¹²⁶ Bezin, J., Duong, M., Lassalle, R., Droz-Perroteau, C., Pariente, A., & Faillie, J.-L. (2023). GLP-1 Receptor Agonists and the Risk of Thyroid Cancer. *Diabetes Care*, 46(2), 384–391. <https://doi.org/10.2337/dc22-1234>

¹²⁷ Le Monde. (2023, 11 octobre). *Les effets indésirables de l'Ozempic, cet antidiabétique détourné pour maigrir, de mieux en mieux mesurés.* https://www.lemonde.fr/sciences/article/2023/10/11/alerte-sur-les-effets-indesirables-des-antidiabetiques-amaigrissants_6193703_1650684.html

Les études scientifiques sur la mise en lumière des facteurs génétiques et intra-utérins, le rôle clé des hormones et la compréhension des mécanismes cellulaires et moléculaires régulant la prise alimentaire et le tissu adipeux ont permis une reconnaissance de l'obésité comme une pathologie complexe, à la croisée de multiples déterminants biologiques, psychologiques et sociaux. En parallèle, ces progrès ont ouvert des perspectives thérapeutiques majeures, mais aussi un marché très lucratif¹²⁸.

L'entrée en scène massive des industries pharmaceutiques dans le développement de traitements – notamment les analogues du GLP-1 – témoigne de l'intérêt économique grandissant pour l'obésité. Pour la seule année 2023, Novo Nordisk a généré environ 17,7 milliards de dollars grâce à ses médicaments à base de sémaglutide pour le diabète (Ozempic, Rybelsus, Victoza), dont 6 milliards proviennent spécifiquement des traitements de l'obésité tels que Wegovy et Saxenda.¹²⁹ Le capitalisme, qui valorise un idéal corporel opposé à celui du corps gros, trouve dans l'obésité une double opportunité : faire du corps une cible à normaliser, et en tirer profit¹³⁰.

Mais cette médicalisation a un coût. L'absence de reconnaissance de l'obésité comme Affection Longue Durée (ALD) empêche de nombreux patients d'accéder à des soins remboursés, car les consultations de psychologues et diététiciens ne sont pas toujours remboursées. Cette inégalité sociale face aux soins renforce le sentiment d'exclusion et d'injustice chez les patients. Claudine, patiente partenaire résume avec ironie cette logique marchande pour en accentuer l'hypocrisie :

« Il y a beaucoup de personnes qui sont du gras sur les grosses. J'aime beaucoup mon expression que j'ai inventée, et je trouve que c'est important de le dire aussi. Déjà, c'est la médecine pour les riches, il ne faut pas se leurrer la face. » Entretien du 14 janvier 2025.

Ses propos rappellent que derrière les innovations médicales, se cache aussi une réalité économique incontournable. L'agroalimentaire, les laboratoires, les centres privés spécialisés : tous participent à structurer une offre de soins et de produits qui, sans régulation, risque de creuser davantage les inégalités de santé. Cet argument s'illustre avec le cas du

¹²⁸ Basdevant, A., & Ciangura, C. (2023). *L'obésité, une maladie en soi*. Académie nationale de médecine. <https://www.academie-medecine.fr/lobesite-une-maladie-en-soi/> Consulté le 25 avril 2025.

¹²⁹ Novo Nordisk A/S. (2024). *Annual Report 2023*. https://www.novonordisk.com/content/dam/nncorp/global/en/investors/irmaterial/annual_report/2024/novo-nordisk-annual-report-2023.pdf Consulté le 10 avril 2025.

¹³⁰ Carof, S. (2021). *Grossophobie : Sociologie d'une discrimination invisible* (pp. 185–190). Paris : Maison des Sciences de l'Homme. (Coll. « Interventions »).

géant de l'agro-industrie Nestlé, qui investit massivement dans la recherche contre les maladies de l'intestin¹³¹, dont l'origine serait en partie liée à l'ajout d'émulsifiants que l'entreprise commercialise dans ses produits.

Ce modèle économique, par lequel les entreprises génèrent des profits à la fois en vendant des produits nuisibles à la santé et en développant des traitements pour les maladies qu'ils provoquent, illustre une logique perverse et hypocrite, qui souligne la nécessité d'intégrer des questions éthiques sur la responsabilité des entreprises face aux conséquences de leurs produits sur la santé publique.

_ Conclusion partielle et transition

La réflexion sur les ressources thérapeutiques disponibles dans le traitement de l'obésité nous amène à aborder un aspect souvent sous-estimé du parcours de soins : la relation entre le patient et l'institution médicale.

Tandis que les avancées médicales offrent de nouvelles possibilités de traitement, elles ne sont pas exemptes de défis, notamment en ce qui concerne le suivi personnalisé et la gestion des risques. L'humain est au cœur de cette relation, parfois fragilisée et qu'il s'agit de mettre en regard dans cette seconde partie.

_2 : Une relation patient-médecin fragilisée : analyse d'une défiance croissante

Cette partie questionne les expériences individuelles des patients dans leur parcours de prise en soin. L'intérêt est de comprendre leurs perceptions de ce qu'ils identifient comme des obstacles pouvant parfois les amener à faire une rupture de soin. Le cas de l'obésité est particulier, dans la mesure où les patients sont souvent victimes de comportements grossophobes, en particulier de la part des professionnels de santé, qui peuvent prendre des formes diverses : négligence, mépris, dévalorisation.

Face à une médicalisation de l'obésité qui se traduit par un enchaînement de traitements, de prescriptions et de suivis de plus en plus impersonnels, un sentiment de

¹³¹ Hagoug, I. (2025, janvier 29). Quand les géants de la malbouffe financent nos médicaments. *Reporterre*. <https://reporterre.net/Quand-les-geants-de-la-malbouffe-financent-nos-medicaments> Consulté le 10 avril 2025.

défiante croissant se manifeste chez les patients. Ces derniers, souvent désillusionnés par les résultats ou les effets secondaires des traitements, se retrouvent dans une position fragile vis-à-vis du système de santé.

- **Briser le tabou de la grossophobie au sein du milieu médical**

Comme étudié précédemment, l'obésité résulte de l'interaction entre de multiples facteurs à la fois biologiques, psychologiques, environnementaux et sociaux. A cet égard, la stigmatisation dont sont victimes les patients joue un rôle aggravant non négligeable. Cette discrimination, qui s'ajoute à celle déjà vécue dans la sphère sociale, s'exprime aussi dans les interactions avec les professionnels de santé.

De nombreux patients rapportent des expériences médicales traumatisantes, marquées par une absence d'écoute, des remarques culpabilisantes ou encore une tendance à attribuer systématiquement tous leurs symptômes à leur poids, une expérience que relatent souvent les patients à Aurélie, qui témoigne :

« Il faut absolument qu'on écoute le patient, qu'on écoute ce qu'il a à dire, qu'on le croit aussi, parce que le nombre de patients que j'ai entendu dire, moi, j'ai dit que, et puis le médecin m'a dit, ouais, vous mangez en cachette, c'est grave, quoi. C'est grave, tout ça. » Entretien du 15 janvier 2025.

Ces attitudes peuvent engendrer des erreurs de diagnostic et altèrent profondément la relation de confiance avec le système de soins, notamment lorsque ces situations se réitèrent. L'Association France Assos Santé¹³² créée en 2017 pour porter la voix des patients et usagers évoque un phénomène d'auto-exclusion : par peur du jugement, certains patients, découragés, renoncent à se soigner. Le manque de données chiffrées sur les ruptures ou les renoncements aux soins empêche toutefois une évaluation précise de l'ampleur du phénomène ; à ce jour, le rapport sur le renoncement aux soins réalisé en Guyane n'a pas été reproduit dans d'autres territoires ou à l'échelle nationale¹³³. Cette étude de l'INSEE publiée en 2019 n'évoque toutefois pas la stigmatisation comme une cause de renoncement à se soigner, mais évoque les motifs financiers ou de délais d'attente.

¹³² France Assos Santé. (2025, 1 mars). *Obésité : vers une mobilisation nationale ?* Consulté le 3 février 2025.

¹³³ INSEE. (2021, juin). *Un tiers des Guyanais ont retardé ou renoncé à un soin médical en 2019.* <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5391092>

Ce phénomène de renoncement au soin est, pour Claudine, lié à un monde médical déconnecté, voire désintéressé au sujet des dimensions psychologiques de la maladie. Elle mentionne par un exemple de discours très évocateur :

« Tu es gros, tu pèses 170 kilos, tu n'as pas de volonté. Est-ce que vous pensez que le patient va être super, déjà il va se sentir attaqué, je pense, et il va faire une rupture. Et il y a beaucoup de personnes qui font de la rupture de soin à cause de ça. Parce que justement, la population des médecins ne sont pas assez bienveillants avec les patients » Entretien du 14 janvier 2025.

Une thèse de médecine soutenue en 2022¹³⁴ s'est intéressée à la problématique de la grossophobie en recueillant près de 176 réponses de patients en obésité au travers d'un questionnaire en ligne, dont 104 étaient recevables, portant sur : « *L'étude des comportements vécus comme grossophobes par les patients dans le milieu médical* ». L'exploitation des résultats a permis d'établir un lien de corrélation entre l'IMC d'un individu et le sentiment d'avoir été confronté à de la grossophobie médicale.

Il semble que plus l'IMC d'un individu est élevé, plus ce sentiment est fort, une idée qui s'illustre notamment par l'écart de 13 points entre les patients en obésité « modérée » qui l'affirment à 81% et « morbide » qui affirment ce ressenti à 94%.

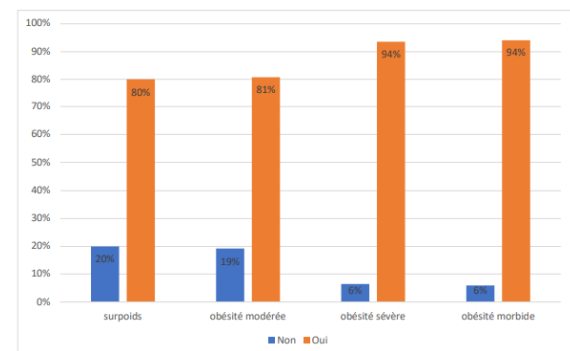


Figure 11. Grossophobie médicale en fonction du groupe IMC

De surcroît, on observe une tendance discriminante plus importante chez les médecins généralistes et spécialistes qui sont davantage cités dans les catégories de professionnels par rapport à d'autres acteurs de santé comme les aides-soignants, les pharmaciens ou les infirmiers.

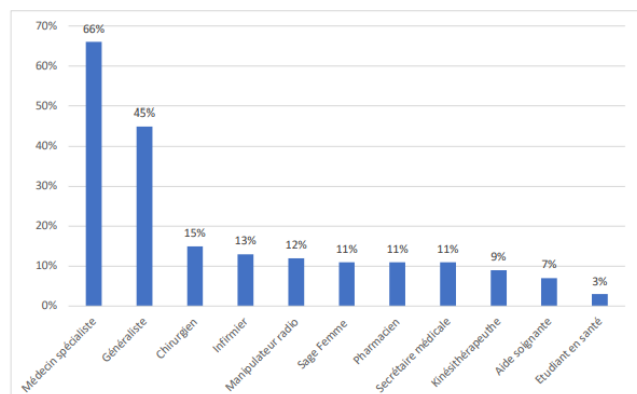


Figure 12. Vécu de grossophobie selon le professionnel

¹³⁴ Le Merle, A., & Payeur, R. (2022). *Étude des expériences vécues comme grossophobes par les patients en surpoids ou obèses dans le milieu des soins, et les conséquences sur leur prise en charge médicale* [Mémoire de fin d'études, Université Grenoble Alpes]. DUMAS. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03616950>

Ce constat peut s'expliquer par le fait qu'ils représentent souvent le premier point de contact pouvant conditionner l'ouverture ou, au contraire, la fermeture d'autres possibilités de prise en soin. Cependant, leurs perceptions personnelles peuvent influencer de manière significative la qualité de l'accueil, le diagnostic et le suivi proposés aux patients¹³⁵.

Par conséquent, la grossophobie médicale ne se limite pas à des attitudes isolées ou à des maladresses individuelles : elle s'inscrit dans un système de soins qui, trop souvent, reste figé dans une logique descendante, peu attentive aux besoins exprimés par les patients. Derrière les discriminations vécues se dessine une posture médicale encore fortement marquée par un rapport d'autorité, où le savoir du professionnel prime sur l'expérience vécue du patient. C'est dans cette perspective qu'il convient désormais d'interroger les limites d'une médecine qui demeure paternaliste.

- **Une relation soignant-soigné en déséquilibre : la persistance d'une approche paternaliste.**

Le paternalisme médical fait référence à « *une attitude par laquelle les médecins prennent des décisions pour le patient sans tenir compte de ses désirs, ses besoins ou son autonomie* »¹³⁶. Ce modèle traduit la relation d'autorité entre le médecin, expert de sa discipline qui impose son choix au patient, l'empêchant de devenir acteur de sa propre santé et se manifeste par l'imposition de traitements sans consultation préalable des contraintes du patient. Cette approche peut s'avérer infantilisante, en se traduisant par des comportements qui présupposent l'incapacité du patient à comprendre les enjeux de sa pathologie. En clair, l'ensemble de ces pratiques nuisent à la qualité de la relation patient-médecin.

¹³⁵ Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., & van Ryn, M. (2015). Implicit and explicit weight bias among health care professionals: A systematic review. *Medical Care*, 53(2), 65–73. <https://doi.org/10.1097/MLR.000000000000281>

¹³⁶ Bourgeault, I. L., & Sinding, C. (2003). *Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient*. *Raisons politiques*, 11(3), 59-76. <https://shs.cairn.info/revue-raisons-politiques-2003-3-page-59>

Le paternalisme est reporté comme une caractéristique des comportements grossophobes par 71 % des patients concernés, un chiffre révélateur de sa prégnance.

Une médecine encore trop souvent inadaptée aux besoins réels des patients se traduit par une déconnexion entre les savoirs expérientiels des patients et les réponses proposées par les professionnels de santé.

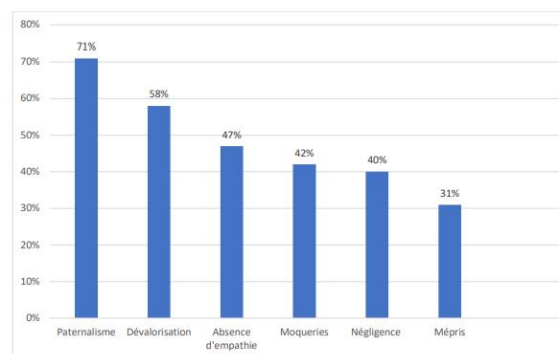


Figure 14. Caractéristiques des comportements grossophobes ressentis par les patients concernés

En effet, de nombreux patients maîtrisent déjà les recommandations primaires avant même qu'elles ne leur soient rappelées par les professionnels de santé. Par exemple, d'après une étude commandée par l'ARS en 2023, 90 % des personnes interrogées dans les Hauts-de-France savent qu'il est souhaitable de consommer cinq fruits et légumes par jour¹³⁷. Ce phénomène contribue à un sentiment de lassitude vis-à-vis des slogans nationaux, qui se vident de leur sens au contact des pratiques réelles des soignants.

Bien que les jeunes générations de médecins soient formées pour encourager l'autonomie des patients et leur implication active dans le processus de soins, la stigmatisation demeure, en étant plus marquée chez les praticiens masculins comme le relate plusieurs des enquêtées interrogées, dont Clémence :

« On sent qu'ils sont grossophobes. J'ai envie de dire, c'est plus un comportement masculin. J'ai de mémoire, pas vu de comportement grossophobe de la part des femmes, mais peut-être que je me trompe. » Entretien du 14 mars 2025.

Au-delà d'éloigner les patients du système de soin, cela les prive des bonnes informations et des messages adaptés à leur situation.

¹³⁷ Association Régionale de Santé des Hauts-de-France. (2023, avril). *Surpoids et obésité dans les Hauts-de-France : Synthèse du rapport du BIT pour l'ARS des Hauts-de-France.* https://file:///C:/Users/Julie/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/Content.Outlook/DY18QQE7/2023.04.28_Externe_ARIS%20HDF%20Surpoids%20et%20obe%CC%81site%CC%81_Rapport%20SYNTHESE_v2.pdf

Enfin, le manque d'empathie et l'incapacité à reconnaître la réalité vécue par les patients exacerbent cette fracture tandis que pour beaucoup, ce sont les difficultés quotidiennes liées à l'obésité qui les poussent à envisager l'utilisation de certains traitements, comme l'opération chirurgicale. Les limitations dans les mouvements, la difficulté à réaliser des tâches simples, ou encore la distanciation avec les proches sont des facteurs déterminants dans la prise de décision, comme le souligne Didier, dont le témoignage illustre avec justesse cette réalité souvent tue :

« J'arrive plus à monter les escaliers, je peux plus, quand je partais en vacances je faisais du vélo, maintenant plus rien du tout, donc ça m'handicape. Même avec la famille, avant j'allais faire du vélo avec Pierre, maintenant je ne peux plus. » Entretien du 16 février 2025.

Cette souffrance solitaire traduit avec force la dimension vécue de l'obésité comme une perte progressive d'autonomie et de lien social. Didier précise son besoin de rester actif, poursuivant à la fois une activité professionnelle et un engagement associatif régulier. Pour de nombreux autres patients cependant, l'obésité s'accompagne d'un isolement social profond, une réalité retranscrite par le sociologue Smaïn Laacher¹³⁸, souvent accentuée par le regard stigmatisant de l'entourage et le retrait progressif des interactions quotidiennes, jusqu'à rompre durablement le lien avec les sphères professionnelle, amicale ou affective.

Au-delà des interactions verbales et des comportements des soignants, la stigmatisation liée à l'obésité se manifeste dans l'environnement même du soin. L'accueil des patients ne se limite pas aux aspects humains, mais englobe les dimensions matérielles : les lieux, les équipements et les dispositifs censés assurer une prise en charge adéquate. Or, dans de nombreux cas, ces éléments sont inadaptés, exacerbant le sentiment d'exclusion et contribuant à un climat de honte silencieuse.

- **De surcroît, des infrastructures inadaptées pour accueillir les patients**

Le mobilier médical constitue l'une des traductions visibles de l'exclusion des patients en situation d'obésité : conçu selon des normes corporelles standardisées, il rend leur présence physiquement inconfortable, qui exposent ces patients à des regards intrusifs et renforcent leur sentiment d'inconfort dans l'espace de soin, voire à des situations parfois humiliantes, comme en témoigne Nadine :

¹³⁸ Laacher, S. (2021). *Ça me pèse : Obésité et corps embarrassant*. Éditions de l'Aube 98-105.

« Après c'est vrai, c'est que quelquefois, il n'y a pas de matériel et ils sont obligés, même dans les hôpitaux, d'utiliser les matériels vétérinaires. L'objectif, c'est que maintenant, il y ait du matériel adapté partout. » Entretien du 6 mars 2025.

Le matériel standardisé — telles les chaises à accoudoirs dans les salles d'attente ou les dispositifs de pesée qui ne dépassent pas une certaine mesure — ne tient pas compte de la diversité des corps, créant malaise et gêne. Cette inadaptation frôle parfois la déshumanisation. Océane témoigne de cette violence qu'elle perçoit clairement, notamment à travers le vécu de ses patients :

« C'est insupportable, dans la salle d'attente, la façon dont elles sont accueillies. Si t'as des chaises avec un accoudoir, elles ne peuvent pas s'asseoir. Donc en fait, tout le monde les regarde. Et tous ces trucs là, ça s'applique à toutes ces personnes qui sont stigmatisées et mal accueillies par les médecins et les secrétaires » Entretien du 7 mars 2025.

Ces situations constituent des barrières d'accès aux soins, nourrissant inconfort, honte, voire renoncement. Néanmoins, il convient de nuancer ce constat en soulignant l'existence de professionnels bienveillants, à l'écoute, qui mobilisent leur expertise pour accueillir ces patients avec respect, à l'instar de David¹³⁹, qui confie avoir adapté son matériel de consultation et d'accueil depuis plusieurs années désormais, conscient de ce problème régulièrement évoqué par ses patients.

Conclusion partielle et transition

Cette deuxième partie a mis en lumière le poids des expériences subjectives dans la relation au soin : maltraitances ordinaires, discours culpabilisants, matériel inadapté sont autant de facteurs qui nourrissent la défiance des patients à l'égard du système de santé.

Ces récits révèlent une médecine encore largement centrée sur des normes implicites, qui tend à invisibiliser les besoins spécifiques de cette population. Pourtant, cette exclusion ne résulte pas uniquement de comportements individuels : elle s'enracine aussi dans les structures mêmes du soin, dans les outils mobilisés, les normes enseignées, et les représentations véhiculées dès la formation initiale.

En outre, tandis que cette partie s'est essentiellement concentrée sur la vision des patients en obésité sur les obstacles rencontrés, il est essentiel de mettre en regard cette

¹³⁹ Entretien du 13 janvier 2025

analyse avec celle des praticiens, pour comprendre les dysfonctionnements dans l'utilisation des outils qui sont mis ou non à leur disposition pour soigner, les lacunes dans la formation académique et les rigidités institutionnelles.

_3 : Du savoir médical à l'impuissance clinique : quand l'institution freine la prise en soin

Porter l'attention sur le versant soignant est nécessaire pour comprendre les mécanismes qui alimentent la stigmatisation et les ruptures de parcours. Il s'agit d'interroger les conditions dans lesquelles les professionnels de santé exercent.

Bien que reconnue comme maladie chronique depuis 1997 par l'OMS, l'obésité reste encore perçue comme un sujet périphérique dans la formation médicale et dans les politiques de santé. Dans un système encore marqué par une vision biomédicale du soin¹⁴⁰, l'obésité échappe aux logiques traditionnelles de traitement : elle convoque des dimensions psychologiques, sociales, économiques que les professionnels intègrent peu dans leur pratique, faute d'une formation adaptée.

Cette partie s'attache ainsi à explorer les limites structurelles et pédagogiques qui freinent le suivi cohérent et respectueux de la personne pour mettre en évidence les rigidités persistantes de l'institution médicale. Cette perspective des praticiens convoque une approche essentielle pour réconcilier les deux parties et surmonter les obstacles existants.

- **Une formation insuffisante pour appréhender les consultations**

Bien qu'ils soient les premiers maillons de la chaîne lorsqu'il s'agit de dépister et d'accompagner les patients en obésité, les médecins traitants sont très peu préparés à cette éventualité durant leur formation. Aucun enseignement spécifique n'est consacré à l'obésité durant leurs études, hormis quelques notions centrées sur la perte de poids à travers des conseils diététiques et de recommandations concernant l'activité physique.

Au cours de leurs entretiens, Clémence, Océane et Florian ont unanimement insisté sur l'absence totale de formation universitaire consacrée à l'obésité dans leur cursus médical. Pourtant, leur fonction de médecin généraliste les amène à soigner quotidiennement cette

¹⁴⁰ Fait référence à l'application des principes et des méthodes des sciences biologiques et médicales pour comprendre, prévenir et traiter les maladies

pathologie, une réalité qui rend pertinent selon Nadine le besoin d'accentuer la prévention à leur égard pour lutter contre la stigmatisation et mieux faire connaître la maladie et ses implications :

« Notre public cible, c'est les médecins. Donc là, on a, l'URPS médecin du Nouveau-Général Professionnel Santé qui travaille sur un outil. Et donc, c'est comment est-ce qu'on peut expliquer aux médecins qui sont quand même formés à ça, leur expliquer comment l'obésité fonctionne, l'idéologie de l'obésité, que c'est multifactoriel, comment est-ce que le comportement alimentaire fonctionne et l'impact de la stigmatisation qu'ils pourraient avoir, de façon consciente ou inconsciente, sur le comportement de leurs patients. » Entretien du 6 mars 2025.

Mais au-delà des outils, un autre enjeu plus profond se pose : la bienveillance ne s'apprend pas uniquement par la formation. Comme le rappellent David et Flore, il ne suffit pas de doter les médecins de moyens techniques ou de connaissances supplémentaires pour espérer un réel changement. À leurs yeux, la prévention seule ne saurait suffire si elle n'est pas accompagnée d'une transformation des mentalités. La capacité à accueillir l'autre avec respect, sans jugement, relève de qualités humaines qui échappent aux logiques purement académiques.

Car aborder la question du poids demeure particulièrement délicat : il s'agit d'un sujet intime qui requiert du temps, de la confiance et des compétences en communication, ce que rappelle l'association France Assos Santé qui souligne que 70% des patients affirment ne pas se sentir à l'aise pour parler de leur poids avec leur médecin¹⁴¹. Dans ce contexte, Océane insiste sur la responsabilité éthique qui incombe au soignant, qui peut entraver ou conditionner l'accès au soin :

« Ouais, t'es un maillon dans la chaîne, où si tu lui fermes une porte, ça peut être foutu pour des années, quoi. Donc faut quand même pas se tromper. C'est pour ça qu'il faut avoir du tact ». Entretien du 7 mars 2025.

Florian¹⁴² quant à lui, soulève la difficulté de communiquer avec les patients en créant un lien de confiance durable sur un temps imparti. Il indique que la durée moyenne de ses

¹⁴¹ France Assos Santé. (2025, 1 mars). *Obésité : vers une mobilisation nationale ?* Consulté le 3 février 2025.

¹⁴² Entretien du 31 janvier 2025

consultations ne dépasse généralement pas les 15-20 minutes, une durée souvent bien trop courte pour poser un diagnostic précis et engager une discussion approfondie.

La Haute Autorité de Santé recommande¹⁴³ de consacrer « *un temps suffisant et à l'écoute aux échanges avec le patient en obésité* ». Toutefois, l'enquête explique que dans le cadre de la Consultation de Suivi de l'Obésité (CSO) pour les enfants en obésité âgés de 3 à 12 ans, une cotation spécifique encadre la consultation, rémunérée à hauteur de 47,50 euros¹⁴⁴. Ce n'est pas le cas pour les consultations des adultes en obésité, une situation qu'il présente comme un manque de reconnaissance institutionnelle et financière de cette pathologie dans le cadre des soins de ville, qui impacte, à terme, la mobilisation des professionnels de santé de proximité.

Cette combinaison de facteurs — manque de temps, d'outils, de formation et de reconnaissance — ne reste pas sans effet. Elle engendre une série de conséquences délétères, tant pour les patients que pour les professionnels de santé eux-mêmes, qui peinent à remplir pleinement leur mission.

- **Une prise en soin entravée : malaise, impuissance et retrait médical**

Ces lacunes se traduisent par des pratiques inadaptées, voire contre-productives, qui compromettent l'efficacité des soins et participent à renforcer la stigmatisation. En plus d'entraver le dialogue entre soignants et patients, elles génèrent un malaise croissant chez les professionnels de santé eux-mêmes, confrontés à une pathologie complexe sans disposer des moyens nécessaires pour y répondre de manière adéquate.

Cette approche lacunaire entraîne d'abord un retard important dans les actes de médecine préventive, une réalité que Flore¹⁴⁵ constate au contact quotidien des patients qui se font suivre au sein de son CSO, tels que les examens gynécologiques ou les mammographies chez les femmes, et cardiovasculaires chez les hommes. L'absence de la

¹⁴³ Haute Autorité de Santé (HAS). (2023). *Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte*. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3413203/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-de-l-adulte Consulté le 4 janvier 2025.

¹⁴⁴ FMF Pro. (2025, mars 26). *Toutes les nomenclatures*. Fédération des Médecins de France. <https://www.fmfpro.org/nomenclature/toutes-les-nomenclatures/?utm> Consulté le 10 janvier 2025.

¹⁴⁵ Entretien du 26 mars 2025.

pleine reconnaissance de l'obésité comme maladie chronique contribue encore à minimiser la possibilité d'autres facteurs explicatifs que le poids dans la recherche d'une pathologie¹⁴⁶.

Du côté des soignants, nombreux sont ceux qui ressentent un profond inconfort lorsqu'il s'agit de discuter du poids avec leurs patients, par peur de mal faire, de blesser ou de tomber dans le jugement. Ce malaise se traduit par un discours flou, parfois culpabilisant, qui peut détériorer la relation soignant-soigné. L'acte de renoncement n'est pas toujours une décision explicite ou assumée, mais se manifeste souvent de manière insidieuse, à travers des mécanismes inconscients qui traduisent un malaise latent, partagé par Clémence :

« Il faut qu'on puisse s'adapter à chaque profil. Mais déjà, avoir des clés pour aborder le sujet, ce n'est vraiment pas facile. On se sent nous-mêmes pas à l'aise. Du coup, des fois, on ne pose pas la question, alors que c'est un peu une perte de chance pour le patient. » Entretien du 14 mars 2025.

Les patients, de leur côté, ne reçoivent qu'une information partielle ou imprécise concernant leur pathologie et les possibilités de suivi. Ce déficit d'information limite leur capacité à comprendre leur maladie, à faire des choix éclairés et à devenir acteurs de leur santé. En somme, la perpétuation de cette approche engendre, chez les soignants, un sentiment d'impuissance profond, celui de ne pas parvenir à « soigner » véritablement, qui nourrit l'écart entre l'idéal de prise en soin et la réalité des moyens et des pratiques disponibles. Nombre d'entre eux expriment cette frustration, souvent méconnue chez les soignants, comme en témoigne Aurélie :

« Le problème, c'est que je voyais aussi que de l'autre côté, les professionnels — donc, c'est-à-dire mes amis psychologues, diététiciens avec qui j'avais tissé des liens, que ce soit des EAPA, des médecins et des chirurgiens, etc. — ils étaient aussi en grande souffrance parce qu'ils n'arrivaient pas, en fait, à prendre en charge les patients atteints d'obésité aussi bien qu'ils le voudraient. Il y avait beaucoup de souffrance, beaucoup d'impuissance aussi de leur côté, puisque ça reste une maladie chronique et qu'un soignant a envie de soigner. » Entretien du 15 janvier 2025.

D'autres fois, le processus de renoncement est conscient, mais non moins douloureux. Certains médecins interrogés reconnaissent une forme de culpabilité face à la manière dont ils abordent les consultations : ils savent que la démarche peut être maladroite, centrée quasi

¹⁴⁶ Novo Nordisk & Ligue contre l'Obésité. (2021, octobre 18). *Obésité et stigmatisation : une nécessaire prise de conscience* [Dossier de presse]. <https://www.novonordisk.com>. Consulté le 20 avril 2025.

exclusivement sur la perte de poids, alors que l'objectif devrait être l'amélioration globale de la santé et du bien-être du patient.

Ce malaise s'inscrit plus largement dans un cadre institutionnel rigide, peu enclin à remettre en question ses fondements et à s'adapter aux enjeux spécifiques que soulève l'obésité.

- **Améliorer la prise en soin face à la rigidité de l'institution médicale**

Au-delà des difficultés rencontrées sur le terrain, les obstacles trouvent également leurs racines dans une inertie institutionnelle marquée. Plusieurs enquêtés soulignent l'absence de volonté de faire évoluer la formation théorique universitaire, qui reste centrée sur un modèle biomédical classique. Cette lacune ne relève pas d'un simple oubli, mais semble symptomatique d'un conservatisme profondément ancré dans les instances décisionnelles du monde médical¹⁴⁷.

Ainsi, toute tentative de remise en question de l'institution — qu'il s'agisse de réformer les contenus pédagogiques ou de reconnaître pleinement l'obésité comme une pathologie chronique multifactorielle — se heurte à de fortes résistances. Le refus catégorique d'établir des listes de praticiens spécifiquement formés à l'accueil et à la prise en soin des personnes en situation d'obésité en est une illustration frappante. À l'inverse, des initiatives comme celle de l'association *Expertise Obésités*, partenaire de la plateforme *Mon Poids Ma Santé*, proposent une carte interactive recensant « une communauté de professionnels de santé bienveillants et sensibilisés à une prise en charge empathique et non stigmatisante du surpoids et de l'obésité »¹⁴⁸. Si ce type d'outil reste marginal, c'est que son rejet est souvent justifié au nom de l'universalité ou de la neutralité du soin. Pourtant, cette posture révèle surtout un manque de souplesse institutionnelle et une incapacité à adapter l'offre de soins aux besoins réels des patients.

Par ailleurs, les outils et ressources qui pourraient permettre aux patients de mieux comprendre leur maladie ou d'accéder à un accompagnement adapté sont trop rarement mis

¹⁴⁷ Chambaud, L. (2020). La formation des cadres du système de santé : courroie de transmission de la volonté politique ou adaptation dynamique aux besoins ? *Revue française d'administration publique*, 174(2), 499-508. <https://doi.org/10.3917/rfap.174.0203>.

¹⁴⁸ Expertises Obésités. (n.d.). *Plateforme « Mon Poids Ma Santé »*. <https://expertisesobesites.org/plateforme-mon-poids-ma-sante/> Consulté le 10 mai 2025.

en avant. Peu de communication est faite autour des dispositifs d'éducation thérapeutique, des recommandations officielles, ou encore du rôle des associations dans le soutien aux personnes concernées. Ce déficit d'information contribue à isoler les patients, les laissant seuls face à une pathologie mal reconnue et mal expliquée.

Pourtant, un parallèle avec le plan national de lutte contre le cancer permet de mesurer l'écart de traitement entre les pathologies¹⁴⁹ : campagnes de prévention, dispositifs de coordination, parcours de soins dédiés, formations ciblées et surtout, reconnaissance politique. À l'inverse, l'obésité continue de pâtir d'un classement implicite des pathologies, où elle reste souvent perçue comme relevant de la responsabilité individuelle, et non comme un enjeu collectif de santé publique.

Si des formations complémentaires existent — telles que certains Diplômes Universitaires (DU) spécialisés — elles restent à l'initiative personnelle et financière des professionnels de santé et donc peu répandues¹⁵⁰. Leur caractère facultatif illustre le manque d'engagement structurel en matière de formation continue, et l'absence de reconnaissance officielle de la spécificité de cette pathologie.

En définitive, la rigidité de l'institution médicale freine les efforts des soignants engagés, limite l'accès des patients à des soins adaptés et contribue à entretenir une vision réductrice et stigmatisante de l'obésité.

¹⁴⁹ Romeyer, H. (2017). Benjamin Derbez, Zoé Rollin, Sociologie du cancer Paris, Éd. La Découverte, coll. Repères, 2016, 138 pages. Questions de communication, 31(1), 513-515. <https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.11321>.

¹⁵⁰ Sorbonne Université. (2024, juillet 9). *DU – Prise en charge intégrée des obésités*. Formation Continue Sorbonne Université

_ Conclusion générale du Chapitre 2 et transition

L'action de soigner ne peut donc se résumer à la simple prescription de traitements centrée sur une approche biomédicale, mais implique de reconnaître la nécessité de proposer un suivi global et qui combine diverses approches thérapeutiques disponibles. En effet, la réussite d'un parcours de soin dépend moins de la nature isolée des interventions, que leur articulation dans le temps, leur adaptation aux trajectoires de vie des patients et leur inscription dans une relation de confiance réciproque.

Cependant, la prise en soin reste entravée par des logiques économiques puissantes et une institution de santé souvent trop rigide pour s'adapter à la complexité de la maladie de l'obésité et aux besoins rencontrés sur le terrain, que ce soit par les soignants qui peinent à offrir un suivi de qualité sans les clés de compréhension sur la maladie, et les patients, souvent mal informés.

La réelle volonté des praticiens d'impulser des changements dans leur pratique et de se former sur la thématique est à souligner. Toutefois, il manque une troisième voie dans la prise en soin, innovante et personnalisée pour pallier ses manquements. Le rôle des associations et des innovations dans le domaine semble primordial pour assurer la continuité de la prise en soin.

En somme, le chapitre suivant se concentre sur le besoin d'accompagner, dans une perspective humaine, sociale et relationnelle qui redonne sens au vécu des patients, restaure leur autonomie et les soutient dans la durée.



Chapitre 3 : Accompagner



Photographies de Bertrand Perret – 2021 (Lyon)

Réalisées dans le cadre du projet “*Le corps gros # métamorphoses*”

IX) Chapitre 3 : Accompagner

Dès lors que la santé est définie par la Constitution de l’Organisation mondiale de la Santé (OMS)¹⁵¹ comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social* » et non comme la simple absence de maladie, la prise en soin ne saurait se réduire à traiter un symptôme ou prescrire un traitement. Elle implique d’accompagner la personne dans toutes les dimensions de son expérience de la maladie, en soutenant son bien-être global et en renforçant son autonomie face à sa santé.

Si le sentiment de solitude face à la maladie reste très présent chez les personnes vivant avec l’obésité¹⁵², il ne faut pas oublier qu’elles peuvent aussi s’appuyer sur divers soutiens tout au long de leur parcours : les professionnels de santé, les proches, les patients partenaires ou encore les associations dédiées.

Les politiques publiques ont également une place centrale à tenir dans la transformation des conditions de vie des patients : construction d’une société plus inclusive, mise en place des politiques de prévention ambitieuses et action sur l’environnement alimentaire. L’enjeu est de dépasser les projections épidémiologiques pour redonner à l’obésité une dimension profondément humaine. C’est dans cette optique qu’émergent les patients partenaires, figures d’espoir et d’engagement, dont le rôle apparaît essentiel pour changer de regard sur la maladie et refonder les pratiques de soin.

Trois grands axes permettent de comprendre les mutations en cours et les leviers encore à mobiliser dans l’accompagnement. D’abord, la personnalisation des parcours dans une approche renouvelée et innovante. Ensuite, l’accès à l’information et la lutte contre les discriminations. Enfin, la mise en place de politiques d’envergure.



¹⁵¹ Selon la définition fondatrice de l’Organisation mondiale de la Santé (1946).

¹⁵² Dumet, N. (2002). La différence incarnée Réflexions psychosomatiques sur un phénomène étrangement familial : l’obésité. Cahiers de psychologie clinique, 18(1), 29-44. <https://doi.org/10.3917/cpc.018.0029>.

_1 : Des innovations dans l'accompagnement : vers un suivi personnalisé du patient.

Face aux limites des approches traditionnelles centrées sur la perte de poids, une transformation progressive s'opère dans le champ médical soutenue par des médecins de plus en plus sensibilisés. Ceux-ci impulsent une remise en question progressive de leurs pratiques et de l'institution médicale, conscients de l'impact des discours culpabilisants et de la stigmatisation sur leurs patients. En outre, ils s'engagent pour offrir une relation plus humaine, plus personnalisée et mieux adaptée aux besoins réels des patients en obésité.

Cette transformation s'exprime à travers plusieurs dynamiques : changement de regard sur la maladie, développement de formations spécifiques, intégration de patients partenaires dans les réflexions cliniques, création de dispositifs innovants et territorialisés, ainsi que la reconnaissance du rôle crucial joué par l'entourage.

- **Changer le regard du praticien envers le patient : l'apport des patients partenaires.**

Changer le regard du praticien envers le patient vivant avec l'obésité constitue un levier fondamental pour améliorer la qualité de la prise en soin. Cette approche délaisse une vision uniquement centrée sur la perte de poids, au profit d'un objectif centré sur le bien-être global du patient.

Cette attitude implique de dédier davantage de temps et d'énergie pour s'intéresser aux causes spécifiques du développement de la maladie et à ce qui profite réellement au patient sur le long terme. La réussite doit se mesurer à l'aune de la qualité de vie, du confort retrouvé et des petits changements qui améliorent le quotidien des patients¹⁵³. Didier témoigne d'ailleurs de la manière dont sa souffrance corporelle, omniprésente, constitue l'expression tangible et constante de sa maladie :

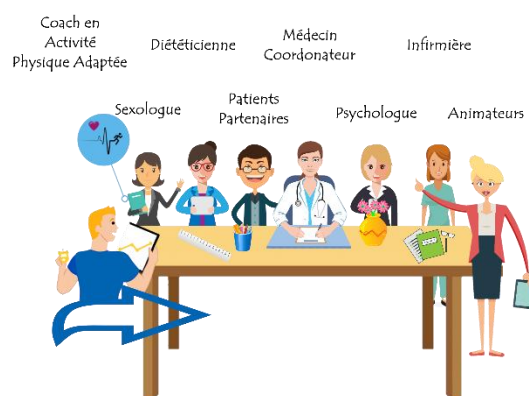
« C'est vrai que tu as des journées, des fois c'est dur. Déjà, pour me lever tous les jours, s'habiller, mettre ses chaussettes, c'est une galère. Rien que pour descendre des escaliers aussi. J'ai tellement mal, je suis bien assis. » Entretien du 16 février 2025.

¹⁵³ Baumann, C., & Briançon, S. (s.d.). *Maladie chronique et qualité de vie : Enjeux, définition et mesure* [Rapport]. Nancy-Université, Université Paul.

Cette forme de témoignage est en réalité difficile à formuler devant un professionnel, une raison qui explique pourquoi l'accompagnement doit s'inscrire dans un suivi de long terme, sur la base de la notion de confiance, condition déterminante pour créer un cadre rassurant qui permet aux patients de se confier.

En parallèle, une réflexion collective émerge entre les professionnels, enrichie par l'expérience de patients partenaires¹⁵⁴, un terme qui désigne les personnes ayant vécu ou vivant avec la maladie, formées sur la thématique de l'obésité pour accompagner d'autres patients dans leur parcours de soin. Ils interviennent aussi auprès des acteurs de santé pour sensibiliser aux enjeux de la stigmatisation et améliorer leurs pratiques.

Pour Aurélie, cette démarche de formation s'est fondée sur la volonté d'apprendre et d'enrichir sa compréhension sur la maladie, pour ensuite la faire partager :



« A partir de 2015, je me suis formée, informée. J'ai été à des conférences, j'ai fait plein de choses. J'ai discuté et échangé avec beaucoup de professionnels pour essayer de comprendre ce qu'était l'obésité, comment on s'en sortait, comment on faisait, ce que c'était exactement. Et du coup, j'ai découvert. Enfin, là, j'ai ouvert la boîte de Pandore à ce moment-là et j'ai découvert plein de choses. » Entretien du 15 janvier 2025.

Cette période traduit un tournant majeur dans son parcours, vecteur de son émancipation et de la conscientisation de son pouvoir d'action face à la maladie.

Cette évolution est également la bienvenue pour engager une réflexion sur la manière d'accompagner les personnes concernées, au plus proche de leurs savoirs expérientiels.

- **Reconnecter patients et praticiens : vers une relation plus juste**

La lutte contre la stigmatisation des patients en situation d'obésité constitue un enjeu central de la relation de soin, qui suppose une prise de conscience des expériences et réalités vécues par ces patients.

¹⁵⁴ : MedShake Studio. (2025, 6 mars). *Les tabous en santé – L'obésité, une vraie maladie (Partie 1)* [Épisode de podcast]. Les Tabous en Santé. <https://www.podcastics.com/podcast/episode/les-tabous-en-sante-lobesite-une-vraie-maladie-partie-1-350724>

À Montpellier par exemple, lors de la Journée mondiale de l'obésité¹⁵⁵, des citoyens ont pu expérimenter, à travers l'essayage de combinaisons simulant l'obésité, les contraintes physiques que vivent au quotidien les personnes concernées, une démarche concrète pour susciter l'empathie. Cet atelier immersif a été organisé par la Ligue Contre l'Obésité (LCO). Ce type d'initiative, tout comme les formations spécifiques sur l'obésité, permet de mieux comprendre la complexité de la maladie et de prendre conscience du long et difficile processus que représente la perte de poids, un processus souvent éreintant sur tous les plans : physiques, psychologiques et physiologiques¹⁵⁶.



Dans cet esprit, le rôle du médecin généraliste devient central : il s'agit moins de prescrire une solution que de soutenir le patient dans la reprise de pouvoir sur sa santé, en visant une autonomie durable.

Des voix comme celle d'Anna Roy, appellent à dépasser la « *distanciation thérapeutique* » enseignée en faculté de médecine, qui conduit trop souvent à une forme d'asepsie verbale, où les soignants n'osent plus dire ce qu'ils pensent — ou le disent de manière blessante. Entre la grossophobie assumée et l'excès de bienveillance qui empêche de nommer les choses, il s'agit d'ouvrir une troisième voie : faire de l'obésité une véritable question de soin, ni évitée ni simplifiée.

Cette nouvelle façon de communiquer doit passer par l'instauration d'une « *véritable culture du langage* »¹⁵⁷ dans le champ de la santé, où les mots employés participent activement à la qualité de la relation thérapeutique. Claudine plaide pour l'interrogation des patients sur leur rapport au poids, en adoptant une approche délicate :

« *Il faut trouver des mots et les mots, c'est pas simple. Il faut sonder des gens. Il faut peut-être sonder en disant : Est-ce que votre problème de poids date de longtemps, pas longtemps ? Essayez de trouver une solution et d'orienter des gens.* » Entretien du 14 janvier 2025.

¹⁵⁵Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO) – CHU de Montpellier. (2025, 4 mars). *Journée mondiale de l'obésité 2025*. <https://cso.chu-montpellier.fr/fr/espace-pro/journees-obesite/journee-mondiale-de-llobesite-2025>

¹⁵⁶ Roy, A. (2025). *Énorme*. Larousse.

¹⁵⁷ : MedShake Studio. (2025, 6 mars). *Les tabous en santé – L'obésité, une vraie maladie (Partie 1)* [Épisode de podcast]. Les Tabous en Santé. <https://www.podcastics.com/podcast/episode/les-tabous-en-sante-llobesite-une-vraie-maladie-partie-1-350724>

Mais au-delà des changements d'attitude, c'est aussi tout un écosystème d'innovation qui se met en place, porté par des politiques publiques, des initiatives locales ou des dispositifs expérimentaux.

- **L'émergence de dispositifs novateurs.**

De nouveaux dispositifs voient le jour pour proposer des parcours dans une approche renouvelée et territorialisée, comme c'est le cas dans les HDF.

A l'image de la mise en place de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale en 2018¹⁵⁸, certaines initiatives innovantes, comme le dispositif GPS Obésité¹⁵⁹, ont pu être implémentées dans les régions des Hauts-de-France, Ile de France et Centre-Val de Loire. Ce dernier vise à adapter l'accompagnement aux besoins spécifiques d'un territoire et propose un programme d'accompagnement financé intégralement par l'Assurance Maladie, qui comprend :



- Un bilan médical et d'accompagnement défini selon les besoins du patient.
- La participation du patient à huit ateliers collectifs organisés par thématique dans un groupe fermé après le démarrage du parcours : image de soi, de son corps, activité physique adaptée (APA), alimentation, etc.
- Des consultations médicales de suivi avec un professionnel sur une durée de deux ans.

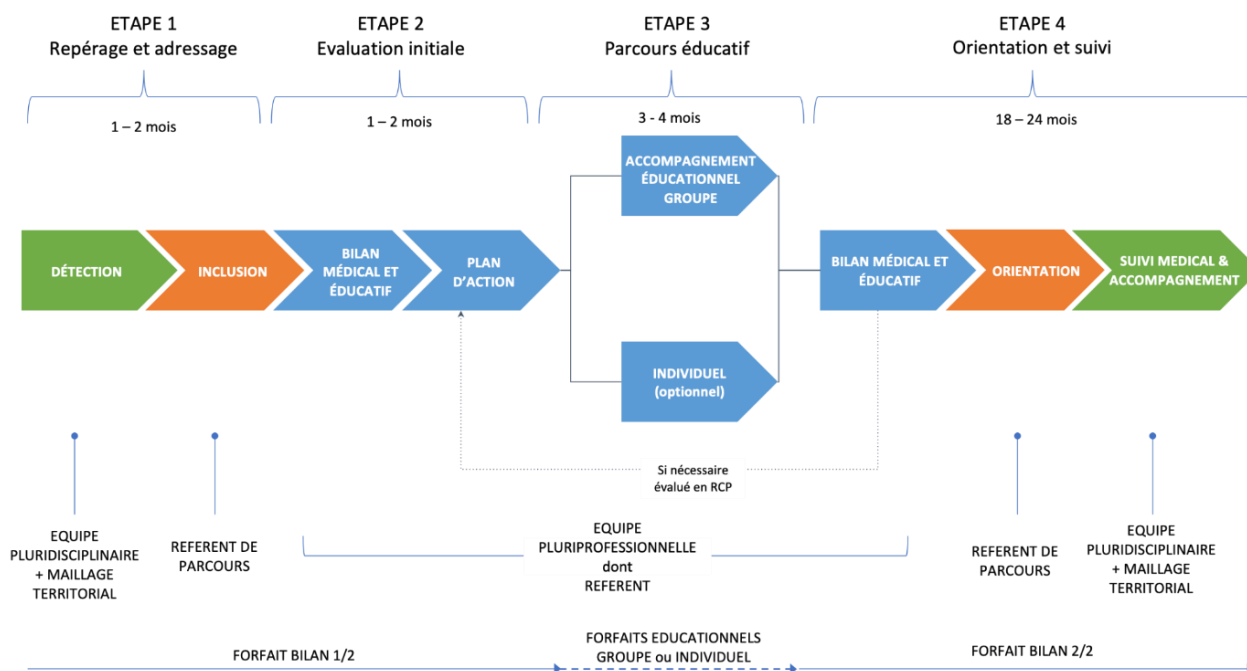
Les équipes soignantes sont composées d'un médecin, d'un diététicien, d'un psychologue et d'un enseignant en activité physique adaptée. Une carte interactive recueille l'ensemble des structures partenaires du dispositif GPSO, accessible sur leur site internet.



¹⁵⁸ Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. (2024, mars 26). *Article 51 : expérimenter et innover pour mieux soigner*. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/article-51-experimenter-et-innover-pour-mieux-soigner-0> Consulté le 2 mai 2025.

¹⁵⁹ GPS-Obésité. (n.d.). *Découvrez le projet GPS-Obésité* <https://www.gps-obesite.fr/projet> Consulté le 2 avril 2025.

Cette vue d'ensemble permet d'avoir un aperçu sur l'accompagnement du patient selon des étapes qui structurent le cheminement du parcours :



Encadrés par des feuilles de routes élaborées par l'ARS¹⁶⁰, les parcours territoriaux de santé se développent, notamment à travers les Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO), qui collaborent avec un réseau de professionnels libéraux, médico-sociaux et associatifs. Cette mise en synergie permet une prise en charge continue et plurielle, mobilisant différents acteurs qui s'adaptent aux particularismes socio-économiques et démographiques d'un territoire.



Parallèlement, le télé-accompagnement gagne en importance, intégrant des applications de coaching nutritionnel ou d'activité physique, à l'instar de *Obecoach*¹⁶¹, qui proposent des retours personnalisés et permettent un suivi à distance tout en favorisant l'autonomie. Ces outils facilitent un engagement actif des patients dans leur parcours de soin.

¹⁶⁰ Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. (2025, 24 février). *Des feuilles de route pour une action au plus près des territoires*. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/des-feuilles-de-route-pour-une-action-au-plus-pres-des-territoires> Consulté le 3 mars 2025.

¹⁶¹ ObéCoach. (n.d.). *ObéCoach – Accompagnement nutritionnel en ligne*. [https://obecoach.fr/:contentReference\[oaicite:5\]{index=5}](https://obecoach.fr/:contentReference[oaicite:5]{index=5}) Consulté le 2 mai 2025.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP), repensée de façon plus interactive, complète cet écosystème : ateliers en petits groupes, modules ludiques ou participatifs redéfinissent la place du patient, désormais considéré comme un véritable acteur de sa santé. L'OMS définit à ce titre l'auto-prise en charge¹⁶² comme « *la capacité des individus, des familles et des communautés à promouvoir la santé, prévenir les maladies, la maintenir et faire face à la maladie ou au handicap, avec ou sans le soutien d'un professionnel de santé.* » — un objectif central de ces nouveaux programmes¹⁶³.

Ces dispositifs incluent aussi des groupes de parole et ateliers sur les discriminations, qui permettent aux participants de partager leurs expériences et de renforcer leur pouvoir d'agir face aux injustices vécues. L'Activité Physique Adaptée (APA) en fait également partie, offrant un accompagnement spécifique aux capacités de chacun.

Enfin, les projets soutenus à l'échelle régionale contribuent à inscrire cette dynamique dans une approche systémique de la santé. À l'image du programme « *Mangeons Roubaix* »¹⁶⁴ mis en place en 2024 en partenariat avec l'appel à projets « *Une seule*



Santé », soutenu par l'ARS, la DRAAF et l'ADEME, certaines initiatives offrent une approche systémique, à la croisée des enjeux de santé publique, de durabilité alimentaire, de cohésion sociale et de développement local. En l'occurrence, ce projet fédère les centres sociaux autour d'actions visant à favoriser une alimentation saine, locale et responsable, tout en intégrant des pratiques écologiques comme le zéro déchet et les circuits courts. Cette opportunité offre ainsi la possibilité de transformer les environnements pour prévenir durablement l'obésité et améliorer la qualité de vie des habitants.

¹⁶² Organisation mondiale de la Santé. (2024, 1 mai). *L'auto-prise en charge au service de la santé et du bien-être*. <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/self-care-for-health-and-well-being>

¹⁶³ Le Merle, A., & Payeur, R. (2022). *Étude des expériences vécues comme grossophobes par les patients en surpoids ou obèses dans le milieu des soins, et les conséquences sur leur prise en charge médicale* [Mémoire de fin d'études, Université Grenoble Alpes]. DUMAS. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03616950>

¹⁶⁴ Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. (2024). *Cahier des charges de l'appel à projet : Une seule santé – pour une approche globale de l'alimentation à destination des villes, intercommunalités et autres groupements de collectivités*. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/122399/download?inline>

Cependant, au-delà des innovations techniques et organisationnelles, la réussite d'un parcours de soin repose également sur un facteur souvent mésestimé pourtant fondamental : l'entourage des patients.

- **Le rôle essentiel de l'entourage pour une prise en soin réussie**

Si les professionnels peuvent accompagner, guider et soigner, le rôle de l'entourage – qu'il soit familial, professionnel ou amical – s'avère tout aussi déterminant pour soutenir moralement, psychologiquement et pratiquement la personne concernée. Dans le cas de Didier, sa décision de recourir à une intervention de chirurgie bariatrique est motivée par le souhait qu'une plus grande proximité avec ses proches, en particulier ses petits-enfants, puisse être retrouvée et pleinement vécue. Aucune place n'est négligeable dans ce cercle de soutien bien que persistent parfois des interrogations, voire de l'appréhension, dont témoigne Christophe, le fils aîné de Didier, présent au moment de l'entretien :

« Je sens qu'il faut qu'il le fasse, mais c'est toujours une opération. Je serai plus soulagé quand il sera revenu à la maison ». Entretien du 16 février 2025.

Cette phrase traduit l'ambivalence de Christophe entre soutien et inquiétude liée aux risques de l'intervention. La présence de l'entourage familial est parfois un levier déterminant lors de la validation par l'équipe médicale des critères d'éligibilité de la chirurgie, un atout qui réduit les risques de rupture dans le parcours de soin pour Flore :

« Si on s'assure que le patient bénéficie d'un soutien familial, social, médico-social, et qu'il n'est pas isolé tout seul chez lui, parfois, on peut être amenés, par exemple, à faire cette chirurgie. » Entretien du 26 mars 2025.

En définitive, l'implication de l'entourage est déterminante pour assurer le succès du suivi, en apportant un soutien moral, psychologique et pratique essentiel au patient tout au long de son cheminement.

_ Conclusion partielle et transition

Le champ de la prise en soin de l'obésité connaît une évolution profonde, portée par une remise en question salutaire des approches traditionnelles centrées sur la perte de poids.

Cette dynamique ne se limite pas à des ajustements techniques : elle incarne un changement de paradigme dans lequel le soin devient une co-construction, reposant sur la confiance, la compréhension mutuelle et la valorisation du vécu de chacun. Ce renversement de perspective ouvre la voie à une médecine plus juste, capable de répondre aux enjeux complexes de l'obésité sans reproduire les stigmatisations qui, trop souvent, freinent les parcours de santé. En clair, accompagner les personnes concernées, c'est aussi transformer durablement les représentations, les pratiques et les systèmes de santé dans leur ensemble.

Dans cette optique de transformation progressive, un autre levier essentiel se dessine : l'accès des patients à l'information. Comprendre la maladie, s'outiller pour mieux la vivre et lutter contre les discriminations deviennent des enjeux centraux dans le parcours de soin et l'autonomisation des personnes concernées.

2 : Informer pour émanciper : combattre les discriminations par la diffusion des savoirs sur l'obésité.

L'accès à l'information ne se résume pas à produire et diffuser des contenus : elle implique un processus d'« *empowerment* », au cours duquel le patient devient un acteur éclairé et autonome. Les associations en particulier jouent un rôle fondamental de pont entre les savoirs médicaux et le vécu des patients. Elles créent un espace de discussion et d'échange autour de la maladie, en vue de lutter contre les stigmates dominants qui entravent le suivi de l'individu et la relation à son corps. Toutefois, le plus grand obstacle rencontré est celui des déserts associatifs sur certains territoires qui entravent cette volonté d'accompagner, comme c'est le cas dans les HDF.

Cette partie explore les diverses dimensions de cette lutte, à la fois pour l'information et contre les discriminations. Elle met en lumière l'importance d'une éducation à la santé qui démystifie la maladie, déconstruit les préjugés et aide les patients à comprendre les causes profondes de leur condition pour amener un changement de regard collectif.

Cependant, cet engagement peut se heurter à des différences de vision entre les associations, des obstacles pratiques liés à l'absence d'associations sur certains territoires, et un manque de moyens dédiés pour faire face à la progression de l'obésité.

- **Eduquer à la Compréhension de l'Obésité : De la Connaissance à « l'Empowerment » du Patient**

L'éducation des patients représente un levier crucial dans la gestion de l'obésité : au-delà d'informer sur les traitements disponibles, il s'agit aussi de permettre une meilleure compréhension des causes profondes de la maladie, ce que traduit ici Aurélie :

« Parce que l'un des problèmes de l'obésité, c'est que le corps réclame des choses, pose des questions, et que nous, on ne sait pas y répondre. » Entretien du 15 janvier 2025

Offrir aux patients les clés de leur parcours de santé, c'est leur donner la possibilité de faire le lien entre les événements de vie et le développement de leur maladie, en clair de reconnecter le corps et l'esprit, pour qu'ils puissent se réapproprier leur bien-être. Renforcer leur pouvoir d'agir ou « *empowerment* »¹⁶⁵ doit contribuer à rendre le patient capable de faire des choix éclairés, en accord avec ses valeurs, ses besoins et son rythme dans la gestion de sa santé. Il s'agit en outre de « *mobiliser ses ressources pour mettre en œuvre une démarche appropriée face à une situation particulière* »¹⁶⁶. Ce travail d'acquisition des compétences psycho-sociales est une stratégie qui joue un rôle dans la prévention des rechutes du patient après une perte de poids importante.

Un aspect fondamental de cette éducation est l'orientation vers des équipes paramédicales spécialisées : diététiciens, psychologues ou éducateurs en activité physique. En parallèle, ces professionnels doivent s'engager dans une démarche de sensibilisation continue, en avertissant les patients des risques associés à la maladie tout en offrant des outils pour mieux la comprendre¹⁶⁷. L'information sur l'obésité doit aussi porter un message plus général, en s'adressant au grand public, dans la mesure où 73% des décès prématurés dans le monde sont liés à des maladies « *évitables* », dont l'obésité.

Pour les patients eux-mêmes, il est fondamental de changer le regard qu'ils portent sur leur propre condition. Trop souvent, ceux-ci internalisent la culpabilité associée à leur

¹⁶⁵ Laverack, G. (2012). *The role of empowerment in health promotion*. Communication présentée à la conférence *Empowerment and Health Promotion: Looking Across Borders*, Regensburg, Germany.

¹⁶⁶ Michaud, S. (2011). *Compétences psychosociales et empowerment : une solution face à la fatalité de la rechute pour le patient obèse* (Mémoire de diplôme, Université de Genève, Diplôme de formation continue en éducation thérapeutique du patient, Volée XI : 2008–2011). Clinique du Château.

¹⁶⁷ Lebretonchel, L., & Fardet, A. (2021, mai 25). Obésité : lutter à la fois contre la stigmatisation et contre la maladie. *The Conversation*

maladie, se sentant responsables de leur obésité. C'est pourquoi la présence d'associations de patients semble indispensable.

- **Résister, soutenir, transformer : l'apport indispensable des associations.**

Les associations jouent en effet un rôle primordial dans la lutte contre la grossophobie d'une part, en offrant une plateforme de soutien, de sensibilisation et de revendication aux patients, et d'autre part, en contribuant à changer les mentalités et à promouvoir l'inclusion des personnes de forte corpulence dans la société.

Au départ, le « *fat activism* », né aux États-Unis à la fin des années 1960, constitue une réponse militante



aux discriminations systémiques¹⁶⁸ subies par les personnes grasses¹⁶⁹ dans un contexte où la hausse de la prévalence de l'obésité est perçue principalement comme une crise de santé publique, alimentée par des normes sociétales qui valorisent la minceur et stigmatisent les individus en surpoids. D'abord porté par des groupes comme la *Fat Acceptance Movement* ou la *National Association to Advance Fat Acceptance (NAAFA)*, ce courant vise à dénoncer la médicalisation excessive du corps gros, les injustices sociales et la violence symbolique dont ces personnes font l'objet pour revendiquer leurs droits à s'épanouir et exister dans la sphère publique.

Ce mouvement s'est progressivement implanté en France dans les années 1990, notamment avec l'émergence de collectifs qui utilisent des formes complémentaires d'expression artistique et collective. C'est le cas de l'Association Allegro Fortissimo, fondée par la comédienne Anne Zamberlan en 1989¹⁷⁰, qui a milité activement pour la reconnaissance des droits des personnes grasses, victimes de ce qu'elle nomme comme pionnière sous le terme de « *grossophobie* », en organisant des défilés de mode alternatifs mettant en valeur des corps « *hors normes* ». Ces initiatives souhaitent redéfinir la beauté et visibiliser des corps systématiquement marginalisés des canons dominants.

¹⁶⁸ Charlotte Cooper, *Fat Activism. Un mouvement social radical* (HammerOn Press, 2016), 296 p.

¹⁶⁹ Ici le terme de « gros » doit être perçu comme un adjectif qualificatif réapproprié par les personnes en obésité qui n'est pas discriminant au même titre que « petit », « mince » ou « grand ».

¹⁷⁰ Allegro Fortissimo. (n.d.). *Allegro Fortissimo – Votre allié santé*. <https://www.allegrofortissimo.com/> Consulté le 10 mai 2025.

Le militantisme passe généralement par la création de communautés solidaires et bienveillantes, reposant sur des réseaux de soutien mutuel : échanges de vêtements, groupes de parole, blogs et forums dédiés à l'expérience des personnes concernées¹⁷¹. Ces espaces de partage permettent de briser l'isolement, de diffuser des informations critiques sur la pathologisation de l'obésité, et de soutenir les personnes dans leur parcours de santé et de reconnaissance sociale.

Claudine, membre de *Poids Plume France*¹⁷² depuis sa création en 2012, évoque les trois missions principales de son association dans l'accompagnement des patients et la construction de leurs parcours de soin avec une maladie chronique :



- Organiser et favoriser l'expérience du partage et le soutien des personnes concernées et leur entourage ;
- Lutter contre la grossophobie en faisant remonter les problèmes rencontrés par les patients avec des médecins en vue d'empêcher une rupture de soin ;
- Assurer un lien avec les acteurs de santé en mettant les patients en contact avec des professionnels de santé pour les réintégrer dans un parcours de soin.

Aurélië, fondatrice de l'association *Lyon Info Obésité*¹⁷³ (LIO) en 2019 explique les principales missions de son association :



- Informer et sensibiliser : diffuser des connaissances médicales, sociales et pratiques sur l'obésité auprès des patients, proches et professionnels ;
- Accompagner et orienter : aider les personnes concernées à trouver des ressources, structures et solutions adaptées à leurs besoins ;
- Favoriser les échanges : créer des espaces de dialogue entre patients, aidants et professionnels autour de groupes de parole, de rencontres et d'ateliers ;
- Valoriser les bonnes pratiques : relayer les actualités, recherches et initiatives innovantes pour améliorer la prise en soin de l'obésité.

¹⁷¹ Milon, C. (2022). Solenne Carof – Grossophobie - Sociologie d'une discrimination invisible, 2021, Paris, Maison des Sciences de l'Homme, 240 p. Cahiers du Genre, 73(2), 300-303. <https://doi.org/10.3917/cdge.073.0300>.

¹⁷² Poids Plumes France. (s.d.). *Nos missions*. <https://www.poidsplumesfrance.com/> Consulté le 11 mai 2025

¹⁷³ Lyon Info Obésité, « *À propos de LIO* », <https://www.lyoninfoobesite.fr>, Consulté le 6 avril 2025

D'autres associations, dont la Ligue Nationale contre l'Obésité (LCO), ont intégré des dispositifs novateurs. David, co-fondateur, mentionne l'originalité de la ligne téléphonique *Obécoute*, une initiative unique en France qui permet aux personnes de contacter une plateforme d'écoute pour recevoir une aide juridique, sociale et psychologique¹⁷⁴.

La LCO coordonne également l'action des associations de patients sur l'ensemble du territoire, par le biais des antennes départementales qui fédèrent des professionnels de santé, des structures associatives, des proches des patients en obésité et des bénévoles en



L'obésité, osons en parler !

En France, près d'une personne sur deux présente une situation de surpoids ou d'obésité, soit 47,3 % de la population. D'après les résultats de l'enquête épidémiologique **ObEpi-Reche® 2020**, 8,5 millions de personnes sont en situation d'obésité, soit 17,5 % de la population adulte.

L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) émet une prévision quant à la prévalence de l'obésité chez la population adulte en France, oscillant entre 25 et 29 % d'ici 2030. Depuis 1997, l'O.M.S. reconnaît l'obésité comme une **maladie chronique**. De même, à l'obésité 178 000 décès par an en France. À titre de comparaison, l'ensemble des cancers est responsable de 160 000 décès annuels environ.

Focus sur le centre d'appel d'aide :

« **Obécoute** » est la plateforme d'écoute de la Ligue nationale Contre l'Obésité (LCO). C'est un outil d'information, de sensibilisation et de prévention à la **maladie de l'obésité**. « **Obécoute** » vient en aide aux personnes en situation d'obésité ainsi qu'à leurs proches, aux professionnels du secteur médico-social et à l'ensemble de la population.

Cette ligne d'écoute, 100% gratuite offre aux appelants :



Écoute active



Soutien et accompagnement psycho-social



Information et sensibilisation



Conseils pour prévenir l'avènement de la maladie



Orientation vers les dispositifs et les structures de soins existants



Soutien juridique^(*) (grossophobie, discrimination)

(*)En 2021, la LCO a mis en place une convention de partenariat avec le Fonds de dotation « Barreau de Paris Solidarité ». Ce fonds a pour objet, en France et à l'étranger, le soutien et la promotion de l'accès au droit.

LIGNE D'ÉCOUTE Du lundi au vendredi de 9h à 17h

04 48 206 206

SERVICES ET APPELS GRATUITS

AIDE JURIDIQUE, SOCIALE, PSYCHOLOGIQUE

liguecontrelobesite.org

vue de créer une communauté de soutien entre des personnes partageant les mêmes valeurs.

Dans les Hauts-de-France, plusieurs associations s'inscrivent dans cette dynamique, à l'image de *A Contrepoids 62*, association de patients active dans la région Audomaroise, qui rassemble des professionnels de santé engagés dans une démarche de coordination pluriprofessionnelle pour améliorer l'accès aux soins, organiser des parcours de santé adaptés aux besoins du territoire et renforcer la prévention, tout en préservant l'autonomie et la liberté d'exercice de chacun¹⁷⁵. Les objectifs s'articulent autour de la démocratie en santé, la santé pour toutes et tous et la fraternité. L'association aspire à :

- Renforcer la mobilisation des patients obèses en protocole de soin ou en fin de protocole vers les structures existantes ;
- Créer une véritable coopération territoriale dans l'Audomarois.

¹⁷⁴ Ligue nationale contre l'obésité. (s.d.). *Obécoute : l'unique plateforme de référence en France érigée par la LCO*. <https://liguecontrelobesite.org/actualite/obecoute-lunique-plateforme-de-referance-en-france-erigee-par-la-lco/> Consulté le 4 avril 2025

¹⁷⁵ CPTS Audomaroise. (s.d.). *L'association*. <https://www.cpts-audomaroise.fr/lassociation/> Consulté le 4 avril 2025

En complément, l'association lilloise *Rest'O*¹⁷⁶ a mis en place depuis 2004 l'initiative « *Changer pour mieux être* », un programme d'éducation thérapeutique (ETP) organisé dans les centres sociaux et les locaux associatifs pour être au plus près des patients. Il propose un parcours de formation continue à destination des professionnels de santé et de ceux concernés par la prise en soin de la maladie.



La sociologue Solenne Carof¹⁷⁷, qui a étudié la diversité des collectifs existants en France métropolitaine, souligne que ce front associatif n'est pas toujours homogène et est traversé par de nombreuses tensions. Bien que les différents mouvements s'accordent sur la nécessité de combattre les discriminations liées au poids, ils peuvent diverger sur les stratégies à adopter et les priorités à mettre en avant.

- **Des visions plurielles, un combat commun : tensions et convergences au sein du militantisme contre la grossophobie**

Si les associations engagées dans la lutte contre la stigmatisation des personnes en obésité partagent un objectif commun — déconstruire les stéréotypes sur les corps gros et redonner une place digne aux personnes concernées dans l'espace social — leurs approches restent profondément diverses, voire parfois conflictuelles.

La sociologue identifie trois grands courants dans la manière dont ces collectifs appréhendent l'obésité :

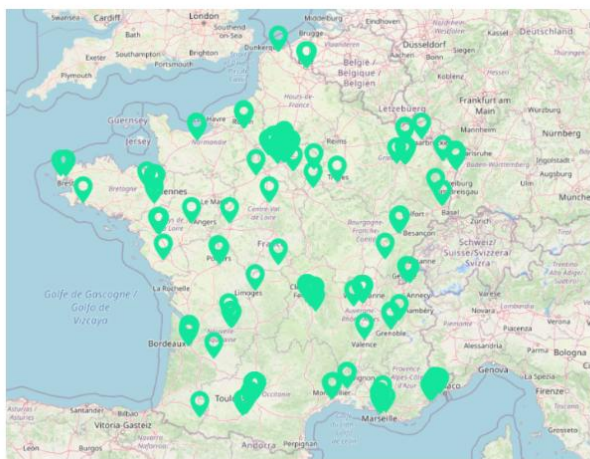
- Certains la considèrent comme une maladie chronique, nécessitant une prise en soin médicale structurée ;
- D'autres la perçoivent comme une caractéristique corporelle qui, en l'absence de complications, ne saurait être qualifiée de pathologie ;
- Le dernier courant soutient que l'obésité devient problématique en raison de la mauvaise prise en soin par les professionnels de santé eux-mêmes, mettant ainsi en cause les pratiques médicales.

¹⁷⁶ Association Rest'O. (s.d.). *Nous découvrir*. <https://association-resto.fr/index.php/nous-decouvrir/> Consulté le 2 mai 2025

¹⁷⁷ Solenn Carof, *Grossophobie : Sociologie d'une discrimination invisible*, Paris, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, 2021, 280 p.

Ces divergences théoriques se traduisent dans les stratégies de lutte : par exemple, toutes les associations n'utilisent pas le terme de « *grossophobie* », jugé par certains comme trop militant ou trop réducteur.

Des collectifs comme *Gras Politique*, fondé en 2016, défendent une lecture intersectionnelle de la grosseur, en l'inscrivant dans un système d'oppressions raciste, classiste, âgiste et sexiste. Ils développent des outils d'action controversés, tels que des listes de praticiens jugés « *safe* » (à gauche) ou « *unsafe* » (à droite) selon leur comportement envers les personnes grosses qui sont recensés sur une carte interactive accessible en ligne. Le témoignage des patients est également disponible.



Cette approche directe, parfois perçue comme dénonciatrice, peut générer des tensions avec d'autres structures qui préfèrent maintenir un dialogue apaisé avec les institutions, y compris en cas de stigmatisation. Claudine, quant à elle, refuse les discours trop politisés et mise plutôt sur une collaboration pragmatique avec les professionnels de santé réellement engagés sur le terrain :

« Ils sont anti-chirurgie, plus t'es gros et plus t'es beau. C'est ça, Gras Politique. C'est très politique en fait, comme le nom. Et eux, si vous pouvez les interviewer, ils vont vous dire que tous les médecins sont grossophobes. Ça, il n'y a pas de problème. » Entretien du 14 janvier 2025.

Cette prise de distance suggère que ces positions « *extrêmes* » peuvent nuire à un dialogue constructif avec les professionnels de santé, et donc a fortiori aux patients cherchant à se soigner. L'idéologie défendue par le collectif *Gras Politique* s'oppose également à la reconnaissance de l'obésité comme une maladie chronique, comme le souligne Aurélie :

« Il faut bien comprendre que c'est effectivement de la militance, de la tolérance. Mais pour une communauté qui se dit tolérante, ils ne le sont pas trop bien quand on n'est pas tout à fait d'accord avec eux. Et on est en désaccord sur le fait que l'obésité n'est pas toujours une maladie, que la chirurgie bariatrique est une aberration, est une torture en fait. Donc on n'est pas d'accord de manière idéologique. » Entretien du 15 janvier 2025.

Les objectifs peuvent également diverger : certaines associations revendiquent la fierté corporelle comme un droit à part entière, voire comme une identité politique à valoriser, tandis que d'autres se concentrent davantage sur une intégration inclusive, sans rejet des normes, mais en défendant la reconnaissance de la diversité corporelle comme une singularité parmi d'autres. La sociologue Solenne Carof¹⁷⁸ mentionne que ces différences reflètent des visions contrastées de l'émancipation, entre volonté d'intégration, de reconnaissance ou subversion.

Néanmoins, un socle commun persiste : l'ensemble des associations s'attachent à changer les représentations sociales, à restaurer l'estime de soi des personnes stigmatisées et à promouvoir une image positive et diversifiée des corps gros, y compris dans la sphère publique, scolaire ou médicale. La sensibilisation dès le plus jeune âge revêt une importance capitale : des autrices comme Laurie Cooper Stoll¹⁷⁹, à travers le mouvement *fat positive*, plaident pour une éducation inclusive, valorisant l'égalité entre corps minces et gros dans les discours scolaires et médiatiques, afin de prévenir l'intériorisation de normes discriminantes dès l'enfance.

En dépit de l'émergence de ces mobilisations, la grossophobie reste peu reconnue dans les cadres juridiques, politiques et sociaux : les témoignages s'accumulent, les campagnes se multiplient, mais les discriminations systémiques liées au poids continuent à être banalisées ou ignorées¹⁸⁰.

D'autres obstacles structurels et contextuels freinent encore l'égalité d'accès à l'information, à l'accompagnement et à la reconnaissance des discriminations liées au poids. Ces limites se font particulièrement sentir dans certaines régions comme les Hauts-de-France, où les inégalités territoriales, la concurrence des réseaux sociaux, et surtout le

¹⁷⁸ *ibid*

¹⁷⁹ Laurie Cooper Stoll, « Fat is a social justice issue, too », *Humanity & Society*, vol. 43, no 4, 2019, p. 398–416, <https://doi.org/10.1177/0160597619832051>

¹⁸⁰ Carof, S. (2019). Être grosse Du corps discréditable au corps discrédité. *Sociologie*, . 10(3), 285-302. <https://doi.org/10.3917/socio.103.0285>.

manque de moyens publics dédiés, viennent entraver l'efficacité et la portée des actions associatives, qui restent marginalisées dans le parcours de soin.

- **Les HDF : déserts associatifs et disparités géographiques.**

Les HDF sont un exemple pertinent pour évoquer les « *déserts associatifs* », soit l'existence de territoires marqués par l'absence d'associations locales actives et spécialisées pour couvrir l'ensemble des besoins de la région en matière de santé.

Le site *Obésité-hdf*¹⁸¹ recense l'ensemble des associations présentes sur le territoire. Cependant, une analyse poussée de leur répartition géographique révèle une présence quasi inexistante de ces associations dans certaines zones, notamment dans les territoires ruraux ou éloignés des grandes agglomérations, qui semblent moins bien desservies.

Pour pallier ces manquements, des Comités Territoriaux de l'Obésité (CTO) ont été mis en place dans chaque territoire de santé de la région - répertorié sur la carte ci-dessous en 28 zones distinctes – pour rassembler les



principaux acteurs du parcours de soin de l'obésité, faciliter les échanges, recenser les besoins des territoires et diffuser les bonnes pratiques.

Toutefois le renforcement du tissu associatif demeure essentiel pour promouvoir un accompagnement équitable. En effet, lorsque le médecin généraliste, premier point d'information, n'est pas en mesure de fournir les informations nécessaires, le patient se trouve privé d'accès à des ressources essentielles pour sa prise en soin, une réalité décrite successivement par Clémence, Florian et Océane qui déplorent le manque de ressources à leur disposition pour guider les patients vers les structures associatives et spécialisées.

¹⁸¹ Obésité Hauts-de-France. (n.d.). *Associations*. <https://obesite-hdf.fr/metier/associations/> Consulté le 20 avril 2025.

Flore de son côté, fait également part de cette réalité et exprime le manque de structuration associative au niveau local pour couvrir un large territoire :

« On a quelques échanges quand on fait des travaux, on va dire, à l'échelle un peu nationale, avec la Ligue ou le CNAO, mais à l'échelle territoriale, on n'a pas beaucoup d'interactions »

Entretien du 26 mars 2025.

Ces disparités géographiques dans l'accompagnement associatif représentent donc un véritable défi pour le suivi et la défense des droits des patients, car elles peuvent renforcer leur isolement et accentuer les inégalités d'accès aux soins. Didier¹⁸² par exemple, n'a pas pu bénéficier d'un accompagnement associatif pendant son parcours de soins. Il souligne que pour sa femme Isabelle et son entourage, inquiets quant aux suites de l'opération, cela aurait représenté un soutien précieux manquant.

Conclusion partielle et transition

Dès lors, les associations jouent un rôle clé dans l'éducation à la santé, le soutien psychosocial et la lutte contre la stigmatisation des personnes en situation d'obésité en dépit des tensions qui subsistent quant aux moyens d'action.

Cependant, leur action reste inégalement répartie sur le territoire, freinée par des tensions internes, un manque de moyens et des déserts associatifs, notamment dans les Hauts-de-France. Ces limites entravent l'accès à l'information, à l'« empowerment » du patient et à une prise en soin équitable.

Face à ces constats, il apparaît indispensable d'investir davantage les politiques publiques, afin d'impulser de véritables changements structurels et sociétaux durables dans la manière dont l'obésité est comprise, accompagnée et traitée.

¹⁸² Entretien du 16 février 2025

_3 : Inclure, Réguler, Eduquer : les nouveaux défis des politiques publiques face à l'obésité.

Aujourd'hui en France, la publication des Plans Nationaux Nutrition Santé (PNNS) et des recommandations par la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la thématique de l'obésité a révélé l'inefficacité des réponses actuelles pour mettre fin à la hausse de la prévalence de l'obésité, souvent trop théoriques et déconnectées des réalités du terrain.

Cette dernière partie s'interroge ainsi sur la nécessité d'implémenter des politiques publiques ambitieuses, capables de changer le regard que porte la société sur l'obésité, tout en traitant de façon urgente les causes profondes qui ont favorisé l'installation d'un environnement « *obésogène* », façonné par des logiques économiques, sociales et culturelles, au-delà d'une lecture qui réduit l'obésité à une simple affaire de comportements individuels.

Les politiques publiques doivent s'annoncer transformatrices : lutte contre l'influence de l'industrie agroalimentaire, appui sur les outils réglementaires, recours au marketing social, adaptation de l'espace urbain. L'ensemble de ces instruments doit permettre de bâtir une société plus inclusive pour répondre à une exigence de justice sociale et de santé publique.

- **Repenser la prévention : des mesures structurelles face à l'obésité**

L'évaluation des politiques publiques en matière de prévention de l'obésité constitue un enjeu central pour identifier les dispositifs réellement efficaces et orienter les choix futurs sur la base de données probantes. Nadine, qui constate quotidiennement les résultats des dispositifs mis en place, donne une appréciation de leurs impacts :

« Les choses qui fonctionnent le mieux, c'est des actions de type sociétal et réglementaire. C'est l'étiquetage, le Nutri-Score, l'étiquetage obligatoire sur un maximum de produits, les taxes sur les produits gras sucrés. Il y a aussi la réglementation du marketing alimentaire, en particulier les publicités destinées aux enfants. Que ce soit au niveau des petites mascottes dans les produits comme les céréales, les trucs comme ça, les petits cadeaux, ou bien la pub sur les chaînes pour enfants. Et puis aussi la promotion de l'alimentation et de l'activité physique dans le temps scolaire, pour que l'enfant grandisse avec les messages. » Entretien du 6 mars 2025.

Ses propos suggèrent que pour être réellement efficaces, les politiques de prévention doivent s'ancrer dans l'environnement quotidien des enfants et agir sur les normes collectives de consommation. L'obésité, tout comme l'insuffisance pondérale, relève d'une

même problématique de malnutrition ou dénutrition¹⁸³, dont les effets sont dits « évitables » avec le soutien de politiques publiques claires.

Cette démarche est soutenue par Arnaud Basdevant¹⁸⁴, qui précise cependant que les seuls messages préventifs sont limités dans leurs résultats, si les déterminants structurels, tels que les inégalités sociales, l'aménagement urbain, l'accès à l'éducation ne sont pas pris en compte dans une approche globale de santé publique, condition indispensable pour infléchir durablement les trajectoires d'obésité.

Dans cette perspective, les acteurs économiques sont de plus en plus sollicités. Certains industriels de l'agroalimentaire manifestent leur opposition à des politiques trop strictes, craignant des régulations coûteuses face à des propositions parlementaires contraignantes¹⁸⁵ : modulation de la fiscalité selon la qualité nutritionnelle du produit, hausse des taxes sur les produits ultra-transformés, fin des exonérations publicitaires pour les publicités ciblant les jeunes pour les produits trop sucrés, gras ou salés.

L'ensemble de ces propositions relance le débat sur la responsabilité individuelle versus collective et sur l'efficacité des politiques préventives. Pour l'heure, bien que les outils réglementaires, comme l'affichage du Nutri Score, ont des effets mesurables, l'influence des lobbies industriels reste un frein puissant.¹⁸⁶ En effet, 40% des industriels refusaient encore de l'afficher en 2023 en dépit de son potentiel informatif.

Ces régulations sont indispensables comme en témoignent les résultats de l'enquête d'UFC-Que Choisir¹⁸⁷, dont l'analyse a révélé que 88 % des publicités alimentaires ciblant spécifiquement les enfants promeuvent des produits classés Nutri-Score D ou E, les deux pires classifications en termes de qualité nutritionnelle.

¹⁸³Mathilde Gérard, « L'obésité et le surpoids continuent leur progression dans le monde : 60 % des adultes et un tiers des enfants seront concernés en 2050 si rien ne change », *Le Monde*, publié le 4 mars 2025, https://www.lemonde.fr/planete/article/2025/03/04/l-obesite-et-le-surpoids-continuent-leur-progression-dans-le-monde-60-des-adultes-et-un-tiers-des-enfants-seront-concernes-en-2050-si-rien-ne-change_6576042_3244.html.

¹⁸⁴ Basdevant, A. (2008). L'impact économique de l'obésité. *Les Tribunes de la santé*, 21(4), 57-64. <https://doi.org/10.3917/seve.021.0057>.

¹⁸⁵ Commission des affaires sociales du Sénat, *La fiscalité comportementale en santé : stop ou encore ?*, Rapport d'information n° 638 (2023-2024), déposé le 29 mai 2024. Sénat. https://www.senat.fr/rap/r23-638/r23-638_mono.html

¹⁸⁶ Samitier, M.-P., Adjaoud, L., Fuzellier, A., Pekez, L., & Poulain, V. (2023, 5 mars). *Santé : les limites du Nutri-score face à l'obésité*. France 3. https://www.francetvinfo.fr/sante/sante-les-limites-du-nutri-score-face-a-l-obesite_5692865.html

¹⁸⁷ UFC-Que Choisir, *Publicités alimentaires destinées aux enfants : Lettre ouverte à Madame Barbara Pompili, ministre de la Transition écologique*, 14 janvier 2021. UFC-Que Choisir. <https://www.quechoisir.org/actualite-pub-pour-la-malbouffe-les-enfants-toujours-plus-exposes-n80891>

Il s'agit désormais de cibler les causes réelles de l'obésité, telles que le lien de corrélation avec le niveau de précarité ou le coût trop élevé des produits de qualité¹⁸⁸. A cet égard, le recours au marketing social peut s'avérer pertinent.

- **Cibler les politiques publiques : l'apport du marketing social**

Les politiques publiques de prévention de l'obésité reposent encore trop souvent sur des messages génériques, sans réelle adaptation aux publics concernés à l'image de la campagne *mangerbouger.fr*, qui peine à provoquer un changement de comportement durable, en raison de messages perçus comme futiles ou inadaptés.

Comme le décrit le sociologue Jean-Pierre Poulain¹⁸⁹, les campagnes de marketing supposent un certain capital culturel pour être comprises et intégrées, ce qui limite leur portée auprès des publics les plus précaires.

Dans ce contexte, le recours au marketing social a progressivement émergé comme un levier stratégique. Cette approche consiste à mobiliser les sciences du comportement pour influencer les conduites¹⁹⁰, en s'appuyant sur les mécanismes de persuasion, de répétition ou d'identification. Cette forme d'intervention, privilégie des actions éducatives ciblées au détriment d'une attaque frontale des industries agroalimentaires. Philip Kotler et Gerald Zaltman, théoriciens du marketing social, insistent d'ailleurs sur la nécessité de « faire le pont » entre les connaissances sur le comportement humain et les usages socialement utiles de ces savoirs.

Cependant, cette logique d'action reste ambivalente. En centrant les efforts sur l'éducation et la responsabilisation individuelle — incitant les citoyens à faire des choix éclairés —, elle tend à ignorer les contraintes structurelles et sociales qui pèsent sur les plus vulnérables. Elle suppose une capacité à choisir, à s'émanciper, que tous ne possèdent pas dans les mêmes proportions.

¹⁸⁸ *L'obésité est une maladie chronique grave dont il faut généraliser le dépistage et la prise en charge.* Challenges, 2024, www.challenges.fr/entreprise/sante-et-pharmacie/l-obesite-est-une-maladie-chronique-grave-dont-il-faut-generaliser-le-depistage-et-la-prise-en-charge_908901. Consulté le 31 Oct. 2024.

¹⁸⁹ Poulain, J.-P. (2013). Sociologies de l'alimentation : Les mangeurs et l'espace social alimentaire. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.poul.2013.01>.

¹⁹⁰ Bergeron, H., Boubal, C. et Castel, P. (2016). Chapitre 4 / Sciences du comportement et gouvernement des conduites La diffusion du marketing social dans la lutte contre l'obésité. Dans S. Dubuisson-Quellier Gouverner les conduites (p. 157-192). Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.dubui.2016.01.0157>.

L'efficacité de ces démarches repose toutefois sur une condition essentielle, à savoir l'étude préalable de la population à laquelle s'adresse le marketing, en appliquant une démarche progressive, comme l'explique Nadine :

« *Il y a beaucoup de travaux sur le marketing social qui ont montré qu'il faut d'abord s'attacher à connaître notre public, et en fonction de, comme une technique de marketing, c'est qu'on connaît le public, on s'intéresse à ses freins, ses leviers, ses représentations, ses croyances, on segmente, et après, on choisit son segment, et on développe des outils qui sont adaptés au segment.* » Entretien du 6 mars 2025.

C'est pourquoi certaines initiatives, comme la campagne digitale « *Bouge avec moi* » lancée par l'ARS des Hauts-de-France en 2014¹⁹¹, ont dépassé les approches classiques pour proposer une campagne destinée à un public féminin précaire, valorisant les bénéfices immédiats et émotionnels de l'activité physique - plaisir, réduction du stress-, sans employer le mot « *sport* », souvent associé à une norme ou une contrainte. L'objectif était clair : accroître la capacité d'agir de ces femmes par une approche d'« *empowerment* ».

Cette remise en question de l'universalité des messages de santé publique met en lumière un enjeu plus vaste : la nécessité de penser l'inclusion au-delà des seuls comportements individuels. Si le marketing social permet d'adapter les politiques aux publics ciblés, il ne peut suffire à corriger des inégalités structurelles profondément ancrées. Une réponse globale suppose d'agir non seulement sur les représentations et les pratiques, mais aussi sur les environnements physiques, sociaux et juridiques.

Cela implique de repenser la place des personnes grosses dans l'espace public, les infrastructures, les normes de représentations et les cadres réglementaires. En somme, il s'agit de construire une société véritablement inclusive, dans laquelle chacun puisse vivre dignement, indépendamment de son apparence corporelle.

¹⁹¹ Tizaghti, H. (2022). Chapitre 26. « Bouge avec moi » : une campagne de marketing social digital pour promouvoir l'activité physique des femmes des Hauts-de-France. Dans Dirigé par K. Gallopel-Morvan et D. Crié Marketing social et nudge Comment changer les comportements en santé ? : Comment changer les comportements en santé ? (p. 272-279). EMS Éditions. <https://doi.org/10.3917/ems.gallo.2022.01.0272>.

- **Pour une société accessible et inclusive.**

Agir efficacement contre l'obésité ne peut se limiter à des mesures médicales ou comportementales : cet engagement suppose une transformation de l'environnement physique et social pour construire une société véritablement inclusive.

Un premier levier d'action consiste à adapter l'environnement urbain afin de garantir l'accessibilité des lieux publics à toutes les corpulences. Au cours de ses témoignages¹⁹², Gabrielle Deydier, rappelle l'urgence de repenser le mobilier urbain :

« Lorsque je prends le métro, à certaines stations, je bloque au niveau des portes et suis obligée de me contorsionner pour passer. Il y a trois jours, je n'ai pas pu m'asseoir sur un banc avec des accoudoirs. »

Cela implique, entre autres, des sièges sans accoudoirs dans les transports en commun, du matériel de soin adapté en taille, et un espace public pensé pour accueillir tous les corps.

Dans le même esprit, la ville peut devenir un allié de la santé en repensant ses aménagements pour favoriser l'activité physique¹⁹³, une transformation qui passe par une réduction de l'espace dédié aux voitures au profit d'infrastructures permettant la pratique libre d'une activité physique - parcs, pistes cyclables, équipements en libre accès -, en particulier dans les quartiers les plus défavorisés.

Au-delà de l'espace urbain, c'est le regard porté sur les personnes obèses qu'il convient de faire évoluer. La stigmatisation sociale, omniprésente, appelle une réponse politique et culturelle en donnant de la visibilité sur les comportements grossophobes pour mieux les dénoncer : campagnes de sensibilisation, déconstruction des préjugés dans les médias, représentation plus diversifiée des corps dans les films, les séries ou la publicité¹⁹⁴. En clair, diversité et inclusion doivent favoriser l'acceptation sociale.

¹⁹² Mousset-Diallo, L. (2020, juin 10). *Le combat de Gabrielle Deydier contre la grossophobie : "Ça amène les gens au suicide"*. France 24. <https://www.france24.com/fr/20200610-france-grossophobie-gabrielle-deydier-combat-documentaire-arte> Consulté le 20 avril 2025.

¹⁹³ Bach, S. (2024, 25 septembre). *Tendances mondiales de l'obésité de 1990 à 2022 : une analyse des études représentatives*. Le Guide Santé. <https://www.le-guide-sante.org/actualites/forme-et-bien-etre/tendances-mondiales-de-lobesite-de-1990-2022-une-analyse-des-etudes-representatives>

¹⁹⁴ Lebretonchel, L., & Fardet, A. (2021, 25 mai). *Obésité : lutter à la fois contre la stigmatisation et contre la maladie*. The Conversation. <https://theconversation.com/obesite-lutter-a-la-fois-contre-la-stigmatisation-et-contre-la-maladie-160498>

Pour aller au bout de cette réflexion, cette démarche doit également inclure un volet juridique qui ouvre la voie à une meilleure protection contre les discriminations dans l'emploi¹⁹⁵. La Directive 2000/78 de l'Union européenne, en interdisant les discriminations liées au handicap, peut ainsi être mobilisée pour protéger les personnes obèses lorsqu'une limitation fonctionnelle durable est constatée.

Construire une société inclusive, c'est donc à la fois adapter les espaces, changer les représentations et garantir des droits. Ces trois conditions réunies doivent permettre de lutter contre l'exclusion des personnes en situation d'obésité et de vivre pleinement leur citoyenneté.

¹⁹⁵ Ulla, M. (2015). L'obésité d'un travailleur constitutive d'un handicap relevant de la protection de la Directive 2000/78 — L'Évolution récente de la notion de handicap en Droit de l'Union Européenne. *Revue québécoise de droit international*, 28(1), 185–202

_ Conclusion générale du Chapitre 3 et transition

L'évolution des pratiques dans la prise en soin de l'obésité traduit une volonté croissante de rompre avec les logiques normatives centrées sur la perte de poids pour s'inscrire dans une approche plus humaine, personnalisée et territorialisée. Les différents acteurs convergent vers une redéfinition du parcours de soin, où l'écoute, la co-construction et la reconnaissance du vécu deviennent des leviers essentiels pour restaurer la confiance et l'autonomie des personnes concernées. Loin d'un modèle unique, cette transformation repose sur une pluralité d'expérimentations adaptées aux réalités sociales et individuelles.

Accompagner nécessite aussi de transmettre les clés aux patients pour comprendre leur maladie, résister à la stigmatisation et se réapproprier leur pouvoir d'agir. L'information sur l'obésité ne peut se réduire à une simple transmission de connaissances : elle constitue un levier d'émancipation, un moyen de déconstruire les préjugés et de redonner aux personnes concernées le pouvoir de se réapproprier leur santé. Les associations, en articulant savoirs médicaux et vécus de patients, s'imposent comme des actrices essentielles, en offrant des espaces d'écoute, de partage et de mobilisation pour une transformation durable des représentations sociales et des pratiques de soin.

Néanmoins, cette ambition se heurte à des défis de taille : disparités territoriales, manque de ressources, désaccords idéologiques entre acteurs du monde associatif, ou encore faible reconnaissance institutionnelle de la grossophobie. Dans des régions comme les Hauts-de-France, les déserts associatifs et l'absence de relais structurés creusent les inégalités d'accès à l'information et à l'accompagnement. Ces limites révèlent l'absence d'une vision cohérente, équitable et ambitieuse à l'échelle nationale.

Face à ce constat, se pose avec acuité la question suivante : *comment transformer les réponses publiques pour garantir une prise en soin optimale de l'obésité, à la fois digne et équitable ?* C'est à cette interrogation que se consacre le dernier chapitre, en formulant un ensemble de recommandations concrètes, co-construites à partir des récits, constats de terrain et bonnes pratiques identifiées, afin d'orienter les politiques vers plus d'équité, d'inclusion et de justice sociale.



Chapitre 4 : Recommandations



Photographie réalisée lors du défilé de la Collection d'Anne Zamberlan (1992)

Par le photographe **Frédéric Reglain**

X) Chapitre 4 : Recommandations

Comment améliorer la prise en soin de l'obésité ?

Ce dernier chapitre est consacré à la formulation de recommandations visant à améliorer la prise en soin de la maladie de l'obésité. La liste qui suit n'a pas vocation à être exhaustive mais se fonde sur les réflexions menées au cours de ce rapport.

Les propositions suivantes ont pour objectif de promouvoir une prise en soin fondée sur une approche humaine, inclusive et personnalisée. Élaborées dans l'optique de rendre les soins plus accessibles, plus adaptés et plus respectueux des parcours de chaque personne, elles sont réalisables à moyen et long terme. Elles dépendent, en outre, du degré d'implication des pouvoirs publics dans la mise à l'agenda de cet enjeu complexe.

L'intérêt sans précédent pour l'enjeu que constitue l'obésité doit être l'occasion d'améliorer une prise de conscience sociétale autour de la stigmatisation des personnes concernées en vue de favoriser un changement de regard durable qui reconnaît la diversité des parcours de vie et le respect de la diversité des corps. Agir sur les déterminants socio-environnementaux et urbains doit permettre de lutter contre les facteurs propices au développement de la maladie.

Si les Hauts-de-France ont été choisis comme territoire d'exemple pour cette étude, les constats dressés et les pistes proposées présentent une portée bien plus large. Ces recommandations sont en effet pertinentes pour l'ensemble du territoire français, dans la mesure où la diversité des dispositions pouvant être mises en place reflète le caractère multiforme de l'obésité.

Pour l'heure, et dans l'attente des réponses politiques, l'intégration des dimensions psychologiques, sociales et physiques de chaque individu par les professionnels de santé apparaît d'ores et déjà comme une démarche réalisable, que certaines des recommandations s'attachent à encourager.

1 : Recommandation

Faire de l'obésité une Grande Cause Nationale en 2026

Objectif : Affirmer une volonté politique forte en mobilisant l'ensemble de la société autour d'un enjeu de société *global*.

Justification : Depuis 1977, le label « *Grande Cause Nationale* » est annuellement décerné par le Premier ministre à des enjeux sociétaux fondamentaux. Les associations investies par le sujet labellisé reçoivent dès lors des fonds destinés à une campagne médiatique sur les réseaux publics. L'année 2025 est dédiée à la thématique de « *Santé mentale* ».



Ce dispositif doit permettre de :

- *Sensibiliser le grand public* à des enjeux méconnus ou stigmatisés ;
- *Mobiliser des acteurs* – institutions, associations, citoyens – pour accroître leur engagement en faveur de la cause ;
- *Faire évoluer les politiques publiques* : avancées législatives, mise en place de dispositifs spécifiques et d'expérimentations.

La reconnaissance est avant tout symbolique mais elle pourrait marquer un tournant majeur dans la lutte contre la stigmatisation des personnes en obésité en ouvrant un cadre propice au dialogue sociétal.

Pour l'État, attribuer ce label revient à afficher un engagement fort en faveur d'une approche prioritaire et transversale de l'obésité, qui reconnaît les dimensions multiples de cette maladie chronique : médicales, sociales, économiques, environnementales et humaines. Plus encore, l'occasion est propice pour déconstruire les représentations dominantes, trop souvent centrées sur la seule responsabilisation individuelle, en promouvant une compréhension globale et bienveillante.

Mise en œuvre :

- Campagnes de sensibilisation nationales et médiatiques fondées sur des messages inclusifs, coconstruits avec les acteurs investis de la thématique – patients, soignants, associations, médias – ;
- Valorisation de la recherche scientifique sur les causes liées à l'obésité ;

- Mobilisation de différents ministères pour une approche intersectionnelle de l'obésité (Santé, Education, Sports), des collectivités locales pour une approche territorialisée et du monde associatif pour une approche personnalisée ;
- Développement de politiques publiques coordonnées et transversales pour induire une modification des déterminants structurels : environnement alimentaire, urbanisme, précarité, accès aux soins ;
- Mise en place d'un comité de pilotage national composé de chercheurs, représentants associatifs, professionnels de santé et personnes vivant avec l'obésité, afin de garantir le suivi, l'évaluation et l'adaptation des actions engagées.

Résultats attendus :

- Visibiliser et renforcer la légitimité des personnes en obésité dans l'espace public ;
- Véhiculer une image positive de l'obésité au niveau social ;
- Accélération de la mise à l'agenda de l'obésité comme problème de santé public et sociétal majeur ;
- Favoriser un cadre propice à des améliorations de long terme sur la prise en soin de l'obésité.



2 : Recommandation :

Renforcer la formation des acteurs de la santé sur la maladie de l'obésité

Objectif : Intégrer un module *obligatoire* consacré à l'obésité dans le cursus universitaire de médecine et les formations paramédicales.

Ce module doit articuler :

- Une **approche théorique**, portant sur les causes multiples de la maladie (génétiques, biologiques, psychologiques, sociales et environnementales), ainsi que sur la diversité des profils cliniques.
- Une **approche relationnelle et éthique**, axée sur la stigmatisation, ses conséquences psychosociales et la nécessité d'un accompagnement individualisé et bienveillant.

Justification : La formation actuelle dispensée aux professionnels de santé demeure insuffisante, voire inexistante.



Celle-ci est cependant essentielle pour

leur donner les clés de compréhension et d'action dans la prise en soin et le suivi des patients en obésité. En reproduisant les schémas dominants de représentations sur l'obésité, les soignants eux-mêmes sont porteurs de biais grossophobes, souvent inconscients, qui influencent la qualité des soins prodigués. En clair, l'absence de formation sur l'obésité peut indirectement mener à une rupture de soin, voire la renonciation du professionnel lui-même à soigner un patient, faute de savoirs pratiques.

Ainsi, renforcer cette formation initiale doit permettre de :

- *Lutter contre les représentations erronées et culpabilisantes* qui perçoivent l'obésité comme la conséquence de comportements individuels inadaptés.
- *Développer une posture soignante plus humaine et respectueuse* des patients qui prend en compte les trajectoires de vie.

Mise en œuvre :

- Mise en place d'un module de formation transversale coconstruit avec l'aide des patients, patients partenaires, experts médicaux, des chercheurs en sciences sociales et des associations (durée, modalités, thématiques abordées) ;

- Adoption d'une approche sociologique, permettant d'examiner les facteurs socio-économiques, environnementaux et psychosociaux de la maladie ;
- Public cible : étudiants en médecine, en nutrition, en kinésithérapie, en école d'infirmiers, etc ;
- Déploiement d'outils interactifs : mise en situation clinique, simulation des difficultés quotidiennes des patients en obésité (usage de mannequins), analyse de cas, témoignages de patients, dispense d'une formation par des patients partenaires.

Résultats attendus :

- Bénéfices sur l'amélioration de la qualité de la relation soignant-soigné ;
- Réduction de la stigmatisation dans les parcours de soin ;
- Amélioration du parcours de soin des patients : meilleure orientation selon leur pathologie, recherche des facteurs explicatifs individuels, personnalisation du suivi ;
- Renforcement de l'autonomie du patient ;
- Restauration de la confiance des patients en obésité envers l'institution médicale ;
- Diminution des situations de ruptures de soin.

En complément :

- Il est intéressant de noter que cette formation pourrait être mise en place de façon continue pour les professionnels déjà en exercice, dans la mesure où les traitements de la maladie de l'obésité évoluent constamment ces dernières années, nécessitant une mise à jour régulière des connaissances acquises.
- La dispense de cette formation doit dépasser le cadre strictement médical pour toucher une audience plus large, également confrontée à ces problématiques : enseignants, travailleurs sociaux, responsables de politiques publiques, employeurs, ou encore professionnels du secteur alimentaire. L'ensemble de ces professions jouent un rôle non négligeable dans le soutien, la gestion et la compréhension des enjeux de la maladie.



_3 : Recommandation :

_Élargir le réseau de patients partenaires et d'associations à l'ensemble des territoires.

Objectif : Améliorer la structure du maillage territorial de patients partenaires et d'associations impliquées dans la prise en soin de l'obésité.

Ce réseau doit permettre de :

- *Mieux représenter les réalités socio-culturelles et les besoins territoriaux, dans des zones rurales souvent éloignées des centres de décisions ;*
- *Créer des relais locaux facilitant l'accès à l'information, l'orientation, le soutien et la co-construction des parcours de soin ;*
- *Création de passerelles entre les professionnels de santé, les institutions et les personnes en obésité ;*
- *Valoriser l'expertise des patients et des associations comme leviers d'innovation et de transformation des pratiques professionnelles.*



Justification : A l'image de la concentration des CSO et des programmes d'ETP dans les zones urbaines, le tissu associatif se concentre sur certains territoires, privant ainsi les patients en obésité qui vivent dans les zones rurales, des bénéfices durables de leurs actions : lutte contre la stigmatisation, espace de soutien et d'échange, expertise et informations sur la maladie, promotion d'approches personnalisées et diffusion des savoirs expérientiels.

Mise en œuvre :

- Cartographie préalable du tissu associatif et identification des zones à renforcer ;
- Accroissement du soutien financier et logistique dédié à la création d'associations locales ou d'antennes d'associations nationales déjà existantes ;
- Accroissement du nombre de patients formés sur la thématique de l'obésité (patients partenaires) pour diffuser les savoirs et mise en relation avec les instances locales de santé ;
- Diffusion d'une liste à destination des professionnels de santé regroupant des informations sur les associations, leurs fonctions et les noms des patients partenaires pour chaque territoire ciblé.

Résultats attendus :

- Démocratisation de l'accessibilité des patients à une aide associative
- Renforcement de la continuité des parcours de soin sur tout le territoire ;
- Renforcement de l'adhésion et de l'implication des patients dans leur parcours de soin en vue de leur fournir des solutions adaptées à leurs besoins ;
- Remettre l'humain au cœur des logiques de soin en créant une « *communauté* » d'associations actives ;
- Diminution du sentiment d'isolement des personnes en obésité, permis par un ancrage territorial fort.

En complément :

- L'élargissement de ce réseau pourrait s'inscrire dans les dynamiques des conseils territoriaux de santé, en intégrant pleinement les patients partenaires comme parties prenantes des instances de décision ;
- Cette structuration pourrait être pilotée avec l'appui des ARS, en lien avec les collectivités locales et les acteurs de la politique de la ville.



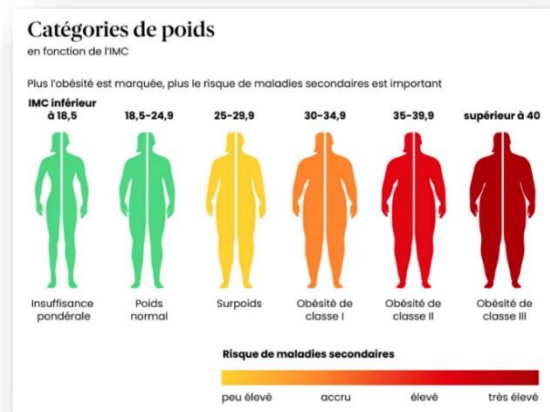
4 : Recommandation :

Reconnaitre l'obésité comme Affection Longue Durée (ALD)

Objectif : Inclure l'obésité de classe II et III dans la liste des affections de longue durée (ALD) *exonérantes* en vue de garantir une prise en charge *financière* complète et durable des personnes concernées.

La reconnaissance de l'obésité comme ALD doit permettre :

- *Un remboursement intégral* (à 100%) par l'Assurance Maladie des soins liés au traitement de l'obésité : consultations médicales générales et spécialisées, actes paramédicaux, médicaments de l'obésité.
- *Un meilleur accès aux parcours de soins coordonnés et pluridisciplinaires* : suivi nutritionnel, psychologique, Activité Physique Adaptée (APA), etc.
- *Une prise de conscience institutionnelle* sur la reconnaissance de l'obésité comme une maladie chronique complexe nécessitant un accompagnement qui s'inscrit sur la durée.



Justification : La reconnaissance de l'obésité comme maladie chronique par l'OMS en 1997 n'a pas induit une reconnaissance systématique de l'obésité comme une ALD en France sauf en cas de complications avérées. Freinant l'accès aux soins pour les plus précaires, qui sont également les plus touchés par l'obésité, ce silence institutionnel alimente également la stigmatisation de la maladie comme une pathologie induite par des mauvais comportements alimentaires.

Dans cette optique, l'inscription des obésités de stade II et III dans la liste des ALD doit permettre de :

- Lutter contre les inégalités sociales de santé, particulièrement marquées dans les territoires défavorisés (comme les Hauts-de-France) ;
- Sécuriser les parcours de soin sur la durée en prévenant les ruptures pour motifs économiques ;

- Valoriser les approches préventives et les accompagnements non médicamenteux dans l'attente d'une prise de recul plus importante sur l'usage des analogues du GLP-1 : nutritionniste, psychologue, APA, ETP ;
- Permettre une prise en soin globale et continue ;

Mise en œuvre :

- Actualiser le décret fixant la liste des ALD exonérantes pour y inclure les obésités de classe II et III et validation des critères précis (IMC>35) en collaboration avec la Haute Autorité de Santé (HAS) ;
- Rendre obligatoire le suivi d'un parcours pluridisciplinaire pour les personnes concernées par cette exonération ;
- Lancement d'une campagne informationnelle à destination de l'ensemble des professionnels de santé pour faire part de cette évolution et médiatique pour informer l'ensemble de la population française ;
- Evaluation médico-économique à moyen terme de l'impact de cette mesure sur les dépenses de santé et sur la qualité de vie des patients.

Résultats attendus :

- Amélioration de l'accès aux soins et à un suivi régulier pour les patients en obésité ;
- Diminution des renoncements aux soins pour raisons financières ;
- Réduction de la stigmatisation des personnes en obésité par la reconnaissance institutionnelle comme une maladie chronique exonérante ;
- Optimisation des parcours de soin, avec réduction des complications évitables à terme.



5 : Recommandation :

Repenser l'aménagement des espaces publics et hospitaliers pour les rendre accessibles à tous les corps

Objectifs :

1. Lutter contre l'invisibilisation des corps jugés « *déviants* » dans la conception des lieux publics -métro, parcs, hôpitaux- :
2. Encourager la révision des normes de conception - assises, accès, mobilités, équipements médicaux- pour les rendre accessibles à tous les types de corps.
3. Favoriser la pratique d'une activité physique en extérieur dans un cadre sécurisé.

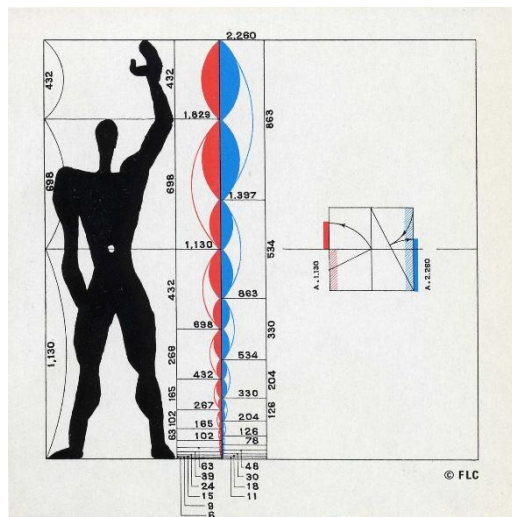
Justification : L'aménagement actuel de l'espace public reflète une norme implicite de mobilité, de corpulence et d'usage, qui exclut de nombreuses personnes, dont celles en obésité. La conception de l'espace urbain tient très peu compte de la diversité des corps et des besoins. Cette invisibilisation participe à l'isolement social, à la sédentarité contrainte et au sentiment d'exclusion des personnes en situation d'obésité. À cela s'ajoute une stigmatisation implicite de l'usage de l'espace public, qui renforce le contrôle social sur les corps jugés « *hors normes* ».

Par ailleurs, il est essentiel de noter que le fait de repenser l'espace urbain constitue un levier essentiel pour encourager la pratique d'une activité physique en toute sécurité. Cela passe par le développement de pistes cyclables sécurisées, de zones piétonnes étendues et de parcs accessibles à tous. Ces aménagements sont essentiels pour atténuer l'impact d'un environnement obésogène et favoriser durablement un mode de vie plus actif.

Dans le milieu hospitalier, cet enjeu s'illustre dans la standardisation du matériel de soin, (brassards de tension, balance), dont les modèles adaptés sont rarement disponibles en quantité suffisante et dans chaque lieu médical. Ce manque de matériels aboutit parfois à des situations humiliantes et déshumanisantes pour le patient, contraint de se rendre dans d'autres établissements médicaux (vétérinaires, CSO) pour recevoir les soins classiques.

Repenser l'espace public et hospitalier doit permettre de :

- Remettre en question les normes esthétiques et fonctionnelles dominantes dans l'aménagement urbain, à l'image du *Modulor*¹⁹⁶. Système de proportions créé par l'architecte Le Corbusier dans les années 1940, il s'inscrit dans une conception normative du corps mince et valide en prétendant représenter "*l'homme universel*", ce qui exclut les corps « *gros* » de l'espace architectural et social. Bien qu'il ne soit plus une référence dominante, son influence persiste dans certaines approches architecturales ;
- Encourager la co-construction d'espaces publics et hospitaliers, accessibles, confortables pour tous les corps et promouvoir une vision de l'espace public qui favorise le bien-être physique et social, sans discrimination liée à l'apparence physique ;
- Favoriser la pratique d'une activité physique dans des zones sécurisées.



Mise en œuvre :

- Réalisation d'une enquête participative pour intégrer les vécus des patients en obésité dans le réaménagement des espaces publics et hospitaliers ;
- Sensibilisation des architectes, urbanistes et collectivités locales à la prise en compte de la diversité corporelle dans les politiques de révision des normes de conception.
- Soutien à des expérimentations locales de design inclusif ;
- Augmentation du budget hospitalier pour permettre l'achat de matériel médical adapté.

Résultats attendus :

- Rompre avec l'invisibilisation des corps jugés "*déviants*" dans la conception des lieux publics – métros, parcs, hôpitaux – en intégrant la diversité corporelle dès la phase de conception ;

¹⁹⁶ « *Le Modulor, nombril du monde de Le Corbusier* », *Thal.art – Blog*, 26 décembre 2023, <https://blog.thal.art/fr/modulor-nombril-du-monde-de-le-corbusier/> Consulté le 2 mai 2025.

- Réviser les normes de conception pour les rendre accessibles et confortables à tous les types de corps ;
- Créer les conditions d'une activité physique extérieure pratiquée en toute sécurité, grâce à un urbanisme favorisant les mobilités douces (pistes cyclables, zones piétonnes, espaces verts accessibles).

En complément :

- Au-delà de l'impact sur les personnes en obésité, cette démarche bénéficierait à l'ensemble de la population, en particulier aux personnes âgées, aux femmes enceintes, aux personnes en situation de handicap ou de précarité, en rendant les villes plus justes, habitables et bienveillantes.
- Transformation culturelle et professionnelle des pratiques à destination des acteurs de l'aménagement.



6 : Recommandation :

Repenser les représentations médiatiques de l'obésité : pour une parole experte, digne et inclusive

Objectif : Favoriser une représentation médiatique diversifiée et experte des personnes vivant en obésité.

Justification : Les représentations médiatiques actuelles de l'obésité sont souvent réductrices, stigmatisantes, voire caricaturales. Elles véhiculent une vision culpabilisante centrée sur la responsabilité individuelle, au détriment d'une compréhension globale de la maladie comme phénomène multifactoriel. Les personnes concernées sont rarement associées à leur propre représentation : leur parole est peu valorisée, leur vécu peu entendu, et leur expertise souvent ignorée. Cette invisibilisation alimente la grossophobie structurelle et influence aussi bien l'opinion publique que les politiques de santé.

Repenser les représentations médiatiques de l'obésité doit permettre de :

- *Favoriser une diversité corporelle visible et respectueuse dans les médias ;*
- *Mettre sur le devant de la scène les savoirs expérientiels et les expertises scientifiques plurielles sur la maladie de l'obésité ;*
- *Former des professionnels des médias aux enjeux de stigmatisation et d'éthique de la représentation ;*
- *Mener une lutte contre les croyances sociales par l'explication des trajectoires complexes.*

Mise en œuvre :

- *Création d'une charte de bonnes pratiques à destination des rédactions – audiovisuelles, presses écrites, numériques – pour promouvoir des choix de représentation inclusifs des personnes en obésité ;*
- *Formation des journalistes volontaires sur les sujets traitant de l'obésité dans une approche complète – biais implicites, représentation des corps - ;*
- *Valorisation du vécu des personnes en obésité, des patients partenaires, des chercheurs et des experts : invitation dans la participation aux débats, aux documentaires et reportages ;*

- Renonciation à la diffusion de documentaires sensationnalistes stigmatisants.

Résultats attendus :

- Amélioration de la qualité des contenus médiatiques sur l'obésité ;
- Déconstruction des stéréotypes sur la maladie ;
- Valorisation de l'expertise des personnes en obésité, favorisant leur inclusion dans l'espace public.

En complément :

- Cette démarche pourrait éventuellement s'inscrire dans une logique plus large de responsabilité sociale des médias, en partenariat avec l'Autorité de Régulation de la Communication Audiovisuelle et Numérique (ARCOM), les écoles de journalisme, les associations de lutte contre les discriminations et les institutions publiques de santé.
- En donnant une légitimité morale et scientifique à la grossophobie, on détruit le cliché sur le fait qu'être mince ne signifie pas être en bonne santé.



7 : Recommandation :

Encadrer plus strictement les pratiques des industries agroalimentaires

Objectif : Promouvoir un environnement alimentaire plus sain en réglementant l'industrie agroalimentaire.

Justification : Les industries agroalimentaires jouent un rôle propice dans la construction d'un environnement dit « *obésogène* ». Elles influencent en effet les comportements de consommation par la composition de leurs produits, leur accessibilité, leur marketing et leur positionnement en grande distribution. Or, une grande partie de l'offre est composée d'aliments ultra-transformés, riches en sucres, en graisses et en sel, souvent proposé à bas prix, au détriment de la santé publique.



À cela s'ajoutent des stratégies publicitaires agressives, particulièrement auprès des enfants et des populations précaires. Ces pratiques contribuent à l'augmentation de prévalence de l'obésité, en particulier dans les territoires les plus exposés à la précarité alimentaire.

Il est donc essentiel de rééquilibrer les rapports de force entre l'intérêt général et les logiques commerciales, en régulant plus fermement l'action des industriels.

Renforcer l'encadrement des pratiques des industries agroalimentaires doit permettre de :

- *Réduire l'impact négatif de l'alimentation industrielle sur la santé publique ;*
- *Promouvoir une offre alimentaire plus qualitative, accessible et locale ;*
- *Protéger les publics vulnérables des influences commerciales nocives.*

Mise en œuvre :

- Renforcement de la législation sur le marketing alimentaire, spécifiquement auprès des enfants : interdiction des publicités pour produits ultra-transformés dans les médias jeunesse, à l'école et sur internet ;
- Obligation d'un étiquetage nutritionnel clair et compréhensible, fondé sur le Nutri-Score ;

- Incitations fiscales pour favoriser la production et la distribution d'aliments bruts, locaux et de qualité (fruits, légumes, légumineuses, etc.) ;
- Taxe dissuasive sur les produits ultra-transformés à faible qualité nutritionnelle ;
- Dialogue encadré avec les industriels pour reformuler les produits existants, réduire les teneurs en sucre, sel et gras, et adopter des chartes contraignantes.
- Mise en place d'expérimentations dans certains territoires pour favoriser la consommation de produits frais et locaux à l'image de la distribution de bons alimentaires à utiliser dans certains commerces de proximité.

Résultats attendus :

- Amélioration globale de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire disponible ;
- Réduction de l'exposition des enfants et adolescents à la malbouffe ;
- Renforcement de l'autonomie alimentaire des populations, en particulier dans les zones précaires ;
- Contribution à long terme à la prévention de l'obésité et des maladies chroniques associées.

En complément :

- Cette régulation pourrait s'inscrire dans une stratégie cohérente et intersectorielle, impliquant l'Éducation nationale, les collectivités locales et les agences de santé (ARS) dans la construction d'un environnement alimentaire favorable à la santé. Ce signal fort doit permettre une révolution des pratiques de l'industrie agroalimentaire.



XI) Conclusion et ouverture

Ce rapport d'expertise s'est attaché à déconstruire les représentations médico-sociales qui influencent et freinent la prise en soin de l'obésité à l'heure actuelle en s'appuyant sur l'étude de cas des Hauts-de-France

Si la prévalence de l'obésité poursuit son augmentation à un rythme préoccupant, il est crucial de se rappeler que la véritable réponse ne réside pas uniquement dans les traitements médicaux, mais dans notre capacité à identifier et déconstruire les barrières sociales, économiques et politiques qui en amplifient les effets, impactant de surcroît la prise en soin. Une approche plus inclusive et humaniste pourrait être la clé, considérant que tout progrès dans la gestion de l'obésité passe par un changement de perception à son égard, notamment permise par sa reconnaissance institutionnelle comme maladie chronique.

Il convient de reconnaître, en toute humilité, la position particulière depuis laquelle ce travail a été mené. Ne vivant pas moi-même avec l'obésité, ma légitimité à traiter de cette réalité peut, à juste titre, être interrogée. Consciente des limites inhérentes à cette posture, j'ai veillé à m'appuyer sur des témoignages directs, des travaux issus de la recherche ainsi que sur les paroles d'acteurs concernés, afin de rendre compte avec justesse et respect de la complexité des expériences vécues.

De même, ce rapport n'a nullement la prétention d'être exhaustif, dans la mesure où les propos retranscrits ici ne constituent qu'une étape dans une réflexion plus vaste. Comprendre les dynamiques à l'œuvre dans la prise en soin de l'obésité requiert un travail sociologique approfondi et continu, en étroite articulation avec les approches médicales.

C'est bien dans cette mise en dialogue des savoirs et des pratiques, en interrogeant les parties prenantes – professionnels de santé, institutions, patients et accompagnants – que pourra émerger une réponse plus cohérente, plus juste et adaptée face aux enjeux soulevés. Faire progresser la prise en soin de l'obésité suppose ainsi d'enrichir notre compréhension collective, en croisant les regards et en consolidant les ponts entre disciplines, savoirs scientifiques et expériences vécues.



XII) Table des matières

Table des matières

I)	Remerciements.....	7
II)	Résumé – Abstract.....	9
III)	Liste des acronymes.....	10
IV)	Sommaire.....	11
V)	Synthèse Opérationnelle.....	13
VI)	Introduction.....	15
	_1 : Qu’entend-t-on par le terme « obésité » ?.....	17
	_2 : Quels obstacles ?.....	19
	_3 : Distinguer prise en charge et prise en soin.	20
	_4 : La stratégie française.....	20
	_6 : Un panel d’acteurs impliqués.....	23
	_7 : Obésité et économie.....	23
	_8 : Obésité et stigmatisation.....	24
	_Objet et étendue du rapport.....	26
	_Annonce de plan.....	26
VII)	Chapitre 1 : Vivre.....	29
	_1 : Aux origines de l’obésité : un environnement façonné par des déterminants pluriels.....	30
	• Depuis la Seconde Guerre Mondiale, une réorganisation profonde des modes de vie et de consommation.....	30
	• L’obésité comme traduction des profondes inégalités socio-économiques qui traversent les Hauts-de-France.....	32
	• Habitudes alimentaires, environnement et culture : des racines territoriales de l’obésité dans les Hauts-de-France.....	35
	• Facteurs biologiques de l’obésité : entre prédisposition et aggravation.....	37
	_Conclusion partielle et transition.....	40
	_2 : Diagnostiquer l’obésité : difficultés et controverses.....	41
	• Retour historique sur l’émergence et la prise en compte de l’IMC comme indicateur de référence pour mesurer l’obésité.....	41
	• Vers un diagnostic plus inclusif au-delà de la simple mesure de l’IMC.....	43
	• L’obésité : une définition en débat.....	46
	• Implications du débat sur la définition de l’obésité dans sa perception par le corps médical et son remboursement en France.....	47
	_Conclusion partielle et transition.....	49
	_3 : Regard sur l’obésité : un prisme individualisant qui occulte les déterminants collectifs.....	50

• Une responsabilisation excessive des individus dans la gestion de leur poids : le mythe de la volonté personnelle.....	50
• La grossophobie : un stigmate aux effets réciproques sur les comportements et l'identité des patients.....	53
• Quand le genre renforce la stigmatisation : la spécificité du vécu féminin de l'obésité. 55	
• Médiatisation et politisation de l'obésité : une fabrique à préjugés.....	56
_ Conclusion générale du Chapitre 1 et transition.....	59
VIII) Chapitre 2 : Soigner.....	61
_1 : Traitements et suivi de l'obésité dans une approche globale.....	62
• Soigner l'obésité : une stratégie thérapeutique au rythme de l'évolution de la maladie 62	
• Un suivi pluridisciplinaire, clé d'une prise en soin efficace : exemple de la chirurgie bariatrique.....	66
• Effets secondaires et désillusions : limites des traitements de l'obésité.....	68
• Le business de l'obésité : entre avancées médicales et logiques marchandes.....	69
_ Conclusion partielle et transition.....	71
_2 : Une relation patient-médecin fragilisée : analyse d'une défiance croissante.....	71
• Briser le tabou de la grossophobie au sein du milieu médical.....	72
• Une relation soignant-soigné en déséquilibre : la persistance d'une approche paternaliste.....	74
• De surcroît, des infrastructures inadaptées pour accueillir les patients.....	76
_ Conclusion partielle et transition.....	77
_3 : Du savoir médical à l'impuissance clinique : quand l'institution freine la prise en soin...78	
• Une formation insuffisante pour appréhender les consultations.....	78
• Une prise en soin entravée : malaise, impuissance et retrait médical.....	80
• Améliorer la prise en soin face à la rigidité de l'institution médicale.....	82
_ Conclusion générale du Chapitre 2 et transition.....	84
IX) Chapitre 3 : Accompagner.....	86
_1 : Des innovations dans l'accompagnement : vers un suivi personnalisé du patient.....	87
• Changer le regard du praticien envers le patient : l'apport des patients partenaires. 87	
• Reconnecter patients et praticiens : vers une relation plus juste.....	88
• L'émergence de dispositifs novateurs.....	90
• Le rôle essentiel de l'entourage pour une prise en soin réussie.....	93
_ Conclusion partielle et transition.....	93

_2 : Informer pour émanciper : combattre les discriminations par la diffusion des savoirs sur l'obésité.....	94
• Eduquer à la Compréhension de l'Obésité : De la Connaissance à « l'Empowerment » du Patient	95
• Résister, soutenir, transformer : l'apport indispensable des associations.	96
• Des visions plurielles, un combat commun : tensions et convergences au sein du militantisme contre la grossophobie	99
• Les HDF : déserts associatifs et disparités géographiques.	102
_ Conclusion partielle et transition.....	103
_3 : Inclure, Réguler, Eduquer : les nouveaux défis des politiques publiques face à l'obésité.	104
• Repenser la prévention : des mesures structurelles face à l'obésité.....	104
• Cibler les politiques publiques : l'apport du marketing social.....	106
• Pour une société accessible et inclusive.....	108
X) Chapitre 4 : Recommandations	112
_ Comment améliorer la prise en soin de l'obésité ?	112
_1 : Recommandation	113
_2 : Recommandation :	115
_3 : Recommandation :	117
_4 : Recommandation :	119
_5 : Recommandation :	121
_6 : Recommandation :	124
_7 : Recommandation :	126
XI) Conclusion et ouverture	128
XII) Table des matières	129
XIII) Références bibliographiques.....	132
XIV) Annexes.....	141

XIII) Références bibliographiques

Ouvrages généraux

➤ Sociologie et psychologie de l'obésité

Carof, S. (2021). *Grossophobie : Sociologie d'une discrimination invisible*. Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme

Goffman, E. (1975). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps* (J. P. Lévine, Trad.). Éditions de Minuit.

Poulain, J.-P. (2009). *Sociologie de l'obésité*. Presses Universitaires de France.

Roy, A. (2025). *Énorme*. Larousse.

Vigarello, G. (2010). *Les Métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité du Moyen Âge au XXe siècle*. Seuil.

➤ Perspectives critiques et culturelles sur l'obésité

Chollet, M. (2012). *Beauté fatale : Les nouveaux visages d'une aliénation féminine*. Éditions Zones.

Deydier, G. (2017). *On ne naît pas grosse*. Éditions Goutte d'Or.

Laacher, S. (2021). *Ça me pèse : Obésité et corps embarrassant*. Éditions de l'Aube.

Orbach, S. (2017). *Le poids, un enjeu féministe* (Trad. française). Marabout

➤ Historique et approche clinique

Bair, J. (2015). *À propos de l'indice de masse corporelle*. Losanges, (31)

Chagnon, V., Dallaire, C., Espinasse, C., & Heurgon, É. (dir.). (2013). *Prendre soin : Savoirs, pratiques, nouvelles perspectives*. Hermann.

Cooper, C. (2016). *Fat activism : Un mouvement social radical*. HammerOn Press.

Creuzet, M. (2019). *Corps sous influence. Les réseaux sociaux entre carcan et émancipation*. L'Harmattan.

Poulain, J.-P. (2013). *Sociologies de l'alimentation : Les mangeurs et l'espace social alimentaire*. Presses Universitaires de France.

Scheimann, A. (2003). *Excès de poids, obésité : Bien maigrir et manger équilibré*. Préface du Pr André Grimaldi.

Articles de revues universitaires, scientifiques et académiques

Basdevant, A. (2008). *L'impact économique de l'obésité*. Les Tribunes de la santé, 21(4), 57–64. <https://doi.org/10.3917/seve.021.0057>

Bezin, J., Duong, M., Lassalle, R., Droz-Perroteau, C., Pariente, A., & Faillie, J.-L. (2023). *GLP-1 Receptor Agonists and the Risk of Thyroid Cancer*. Diabetes Care, 46(2), 384–391. <https://doi.org/10.2337/dc22-1234>

- Bourgeault, I. L., & Sinding, C. (2003). *Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient*. *Raisons politiques*, 11(3), 59–76. <https://shs.cairn.info/revue-raisons-politiques-2003-3-page-59>
- Carof, S. (2019). *Être grosse. Du corps discréditable au corps discrédité*. *Sociologie*, 10(3). <https://doi.org/10.4000/sociologie.5835>
- Chambaud, L. (2020). *La formation des cadres du système de santé : courroie de transmission de la volonté politique ou adaptation dynamique aux besoins ?* *Revue française d'administration publique*, 174(2), 499–508. <https://doi.org/10.3917/rfap.174.0203>
- Combris, P. (2015). *Les transitions nutritionnelles et leurs déterminants*. In C. Esnouf, J. Fioramonti, & B. Laurieux (Éds.), *L'alimentation à découvert* (pp. 277–278). CNRS Éditions. <https://books.openedition.org/editions-cnrs/10500>
- Cooper Stoll, L. (2019). *Fat is a social justice issue, too*. *Humanity & Society*, 43(4), 398–416. <https://doi.org/10.1177/0160597619832051>
- Croiset, A., & Sordes, F. (2014). *Chirurgie de l'obésité et qualité de vie : ses facteurs déterminants et son évaluation*. *Diabète & Obésité*, 8(1), 10–13. https://obesite.univ-tlse3.fr/medias/fichier/diabetemg8_zoomsur_1426866632959.pdf
- Croiset, A., Sordes, F., & Ritz, P. (2021). *Vulnérabilité et risque suicidaire en postopératoire d'une chirurgie de l'obésité : un risque augmenté ?* Congrès AFPSA 2021. https://congres2021.afpsa.fr/wp-content/uploads/2021/06/Poster_AFPSA2021_Croiset.pdf
- De Saint Pol, T. (2013). *Obésité, normes et inégalités sociales*. *Le Journal des psychologues*, 311(8), 19–22. <https://doi.org/10.3917/jdp.311.0019>
- Dumet, N. (2002). *La différence incarnée : Réflexions psychosomatiques sur un phénomène étrangement familial : l'obésité*. *Cahiers de psychologie clinique*, 18(1), 29–44. <https://doi.org/10.3917/cpc.018.0029>
- Dupuy, G., Minster, C., & Watel, R. (2011). *Environnement urbain et obésité : Peut-on transposer en Europe les approches nord-américaines ?* *Annales de géographie*, 682(6), 604–628. <https://shs.cairn.info/revue-annales-de-geographie-2011-6-page-604>
- Fusillier, K., & Gicquiaux, C. (2023). *Les multiples visages de la pauvreté dans les Hauts-de-France*. *Insee Analyses Hauts-de-France*, 159. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7675852>
- Gakidou, E., Afshin, A., Abate, D., et al. (2025). *Forecasting the global obesity epidemic through 2050*. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00260-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00260-0)
- Gallenga, G., Beldame, Y., Ferez, S., Perera, É., & Nocca, D. (2021). *Opération du poids et poids de l'opération : Les régimes de justification de patients obèses en attente d'une chirurgie bariatrique*. *Sciences sociales et santé*, 39(3), 41–67. <https://stm.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2021-3-page-41.htm>
- Heatherton, T. F., Kleck, R. E., Hebl, M. R., & Hull, J. G. (2000). *The social psychology of stigma*. The Guilford Press.
- Laville, M., Clément, K., & Pattou, F. (2025). *La définition de l'obésité clinique évolue !* *La Revue du Praticien*, 75(2), 119.

Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., & van Ryn, M. (2015). *Implicit and explicit weight bias among health care professionals: A systematic review*. *Medical Care*, 53(2), 65–73. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000281>

Romeyer, H. (2017). *Benjamin Derbez, Zoé Rollin, Sociologie du cancer*. *Questions de communication*, 31(1), 513–515. <https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.11321>

Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., Nadglowski, J., & Aronne, L. J. (2019). *Should obesity be recognised as a disease?* *BMJ*, 366, 14258. <https://doi.org/10.1136/bmj.14258>

Tizaghti, H. (2022). *Chapitre 26. « Bouge avec moi » : une campagne de marketing social digital pour promouvoir l'activité physique des femmes des Hauts-de-France*. Dans K. Gallopel-Morvan & D. Crié (Dir.), *Marketing social et nudge : Comment changer les comportements en santé ?* (pp. 272–279). EMS Éditions. <https://doi.org/10.3917/ems.gallo.2022.01.0272>

Ulla, M. (2015). *L'obésité d'un travailleur constitutive d'un handicap relevant de la protection de la Directive 2000/78 — L'évolution récente de la nation de handicap en Droit de l'Union Européenne*. *Revue québécoise de droit international*, 28(1), 185–202

Thèses et mémoires

Le Merle, A., & Payeur, R. (2022). *Étude des expériences vécues comme grossophobes par les patients en surpoids ou obèses dans le milieu des soins, et les conséquences sur leur prise en charge médicale* [Mémoire de fin d'études, Université Grenoble Alpes]. DUMAS. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03616950>

Michaud, S. (2011). *Compétences psychosociales et empowerment : une solution face à la fatalité de la rechute pour le patient obèse* (Mémoire de diplôme, Université de Genève, Diplôme de formation continue en éducation thérapeutique du patient, Volée XI : 2008–2011). Clinique du Château.

Séminaires en ligne

European Genomic Institute for Diabetes & Centre National de Médecine de Précision des Diabètes – PreciDIAB. (2024, mars 4). *Révolution et limites des médicaments GLP-1 à l'ère de la médecine personnalisée* [Conférence]. Journée Mondiale de l'Obésité. <https://www.precidiab.org/agenda/obesite-revolution-et-limites-des-traitements-glp-1-a-ler-de-la-medecine-personnalisee/>

Sources officielles

➤ Documents de recherche et communications d'institutions internationales

Banque mondiale. (2020, 6 février). *Les maladies liées à l'obésité figurent parmi les trois principales causes de décès dans la plupart des pays du monde*. <https://www.banquemondiale.org/fr/news/press-release/2020/02/05/obesity-related-diseases-among-top-three-killers-in-most-countries-world-bank-says>

Défenseur des droits & Organisation internationale du travail (OIT). (2016). *9e baromètre de la perception des discriminations dans l'emploi : « Le physique de l'emploi »*. Défenseur des droits. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2023-10/ddd-OIT_etude_09e-barometre-discriminations-emploi_20160201.pdf

Maire, B., & Delpuech, F. (2000). *La transition nutritionnelle, l'alimentation et les villes dans les pays en développement* (Document de travail). UR106 Nutrition, Alimentation, Sociétés, Centre collaborateur de l'OMS, IRD. https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers19-11/010033177.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>

Organisation mondiale de la Santé. (n.d.). *Obésité*. <https://www.who.int/fr/health-topics/obesity>

Organisation mondiale de la Santé. (n.d.). *Principaux repères sur l'obésité et le surpoids*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

WHO Consultation on Obesity (1999, Geneva, Switzerland), & World Health Organization. (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/42330>

➤ **Communications et rapports nationaux**

Académie nationale de médecine. (2025). *Quand l'obésité devient une maladie* [communiqué]. <https://www.academie-medecine.fr/quand-lobesite-devient-une-maladie/>.

Assurance Maladie. (s. d.). *Prescription d'activité physique adaptée (APA)*. <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/activite-physique-activite-physique-adaptee/prescription-activite-physique-adaptee>

Basdevant, A., & Ciangura, C. (2023). *L'obésité, une maladie en soi*. Académie nationale de médecine. <https://www.academie-medecine.fr/lobesite-une-maladie-en-soi/>

Boyer, V. (2008). *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux de la mission sur la prévention de l'obésité*. Assemblée nationale. <https://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1131.asp>

Commission des affaires sociales du Sénat. (2024). *La fiscalité comportementale en santé : stop ou encore ?* Rapport d'information n° 638 (2023-2024), déposé le 29 mai 2024. Sénat. https://www.senat.fr/rap/r23-638/r23-638_mono.html

FMF Pro. (2025, mars 26). *Toutes les nomenclatures*. Fédération des Médecins de France. <https://www.fmfpro.org/nomenclature/toutes-les-nomenclatures/?utm>

➤ **Questions écrites**

Assemblée nationale. (2024, 20 février). *Question écrite n° 6769 : Reconnaissance de l'obésité comme une affection longue durée (ALD). Réponse publiée au journal officiel*. <https://questions.assemblee-nationale.fr/q16/16-6769QE.htm>

➤ **Documents institutionnels nationaux**

Assurance Maladie. (s.d.). *Surpoids et obésité de l'adulte : traitements*. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/surpoids-obesite-adulte/traitement-medicamenteux-chirurgical>.

Clément, K., & Viguerie, N. (2017, juillet 11). *Obésité : Une maladie des tissus adipeux*. Inserm. <https://www.inserm.fr/dossier/obesite/>

Haute Autorité de Santé (HAS). (s.d.). Éducation thérapeutique du patient (ETP). https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

Haute Autorité de Santé (HAS). (2023). Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3413203/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-de-l-adulte Consulté le 4 janvier 2025.

Haute Autorité de Santé. (2018, juillet). Représentants des usagers en établissements de santé : Comment améliorer le parcours de santé des personnes en situation de handicap ? Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/doc_ru_2018_09_26.pdf Consulté le 2 mai 2025.

Haute Autorité de Santé. (2024, février). *Surpoids et obésité de l'adulte : infographie – Parcours de soins personnalisés*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-02/surpoids_et_obesite_de_ladulte_infographie_parcours_de_soins_personnalise.pdf Consulté le 9 mai 2025.

Haute Autorité de santé. (2012). *Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Recommandation de bonne pratique*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours

Ligue contre l'obésité & Odoxa. (2021). Les vrais chiffres de la grossophobie : Discriminations et obésité : état des lieux. Ligue contre l'obésité. <https://www.liguecontrelobesite.org/app/uploads/2021/03/Odoxa-pour-OBEPI-2021-Discriminations-et-obe%CC%81site%CC%81-complet.pdf> Consulté le 25 avril 2025.

Ministère de la Santé et de la Prévention. (2025, 25 février). *La prise en charge graduée de l'obésité*. <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/la-prise-en-charge-graduee-de-l-obesite-430295> Consulté le 12 mai 2025.

➤ Documents institutionnels régionaux

Agence régionale de santé Hauts-de-France. (2018). Alimentation et activité physique : Nutrition santé dans les Hauts-de-France. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2018-11/Nutrition%20Sant%C3%A9%20-%20HDF.pdf>

Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. (2024). *Cahier des charges de l'appel à projet : Une seule santé – pour une approche globale de l'alimentation à destination des villes, intercommunalités et autres groupements de collectivités*. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/122399/download?inline>

Agence régionale de santé Hauts-de-France. (2025, 22 avril). *Le projet régional de santé Hauts-de-France 2018–2028*. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/index.php/le-projet-regional-de-sante-hauts-de-france-2018-2028-1>

Association Régionale de Santé des Hauts-de-France. (2023, avril). *Surpoids et obésité dans les Hauts-de-France : Synthèse du rapport du BIT pour l'ARS des Hauts-de-France*.

DRAAF Hauts-de-France. (2023, 4 décembre). Diagnostic du système alimentaire des Hauts-de-France. Ministère de l'Agriculture et de la Souveraineté alimentaire. <https://draaf.hauts-de-france.agriculture.gouv.fr/diagnostic-du-systeme-alimentaire-des-hauts-de-france-a4241.html>

➤ Documents fournis par les acteurs de la société civile et associatifs

France Assos Santé. (2025, 1 mars). *Obésité : vers une mobilisation nationale ?* <https://www.france-assos-sante.org/2025/03/01/obesite-vers-une-mobilisation-nationale/>

Ligue Nationale Contre l'Obésité. (2024, 6 juin). *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité – OFEO 2024*. <https://www.obecentre.fr/wp-content/uploads/2024/06/Etude-epidemiologique-sur-le-surpoids-et-lobesite-Odoxa-LNCO-OFEO-2024-ConfPresse.pdf>

Novo Nordisk A/S. (2024). *Annual Report 2023*. https://www.novonordisk.com/content/dam/nncorp/global/en/investors/irmaterial/annual_report/2024/novo-nordisk-annual-report-2023.pdf Consulté le 10 mars 2025.

Novo Nordisk & Ligue contre l'Obésité. (2021, octobre 18). *Obésité et stigmatisation : une nécessaire prise de conscience [Dossier de presse]*. <https://www.novonordisk.com>.

Documents statistiques officiels

INSEE. (2021, juin). *Un tiers des Guyanais ont retardé ou renoncé à un soin médical en 2019*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5391092>

Articles en ligne spécialisés

Asterès. (2024). *L'obésité en France : un coût de 12,7 milliards d'euros en 2024 et potentiellement 15,4 milliards d'euros en 2030*. <https://asteres.fr/etude/lobesite-en-france-un-cout-de-127-mdse-en-2024-et-potentiellement-154-mdse-en-2030/>

Bach, S. (2024, 25 septembre). *Tendances mondiales de l'obésité de 1990 à 2022 : une analyse des études représentatives*. Le Guide Santé. <https://www.le-guide-sante.org/actualites/forme-et-bien-etre/tendances-mondiales-de-lobesite-de-1990-2022-une-analyse-des-etudes-representatives>

Bach, S. (2024, 30 septembre). *Les coûts économiques de l'obésité : Une analyse des impacts sur le PIB mondial*. Le Guide Santé. <https://www.le-guide-sante.org/actualites/sante-publique/les-couts-economiques-de-lobesite-une-analyse-des-impacts-sur-le-pib-mondial>

Bach, S. (2025, 19 février). *L'impact de la chirurgie bariatrique sur la qualité de vie des patients*. Le Guide Santé. <https://www.le-guide-sante.org/actualites/sante-publique/limpact-de-la-chirurgie-bariatrique-sur-la-qualite-de-vie-des-patients>

Laacher, S. (2021). *Résumé du rapport sur l'obésité pour Novo Nordisk*. Novo Nordisk France. <https://www.novonordisk.fr/content/dam/nncorp/fr/fr/media/pdfs/R%C3%A9sum%C3%A9%20S.%20Laacher%20pour%20Novo%20Nordisk%2018.10.2021.pdf>

Laverack, G. (2012). *The role of empowerment in health promotion*. *Empowerment and Health Promotion: Looking Across Borders*, Regensburg, Germany.

Pech, A. (2021, 17 mai). *Quand notre environnement nous rend obèses : Comment l'environnement influence-t-il nos pratiques alimentaires ?* Géoconfluences, ENS de Lyon. <https://geoconfluences.ens-lyon.fr/informations-scientifiques/dossiers-thematiques/geographie-de-la-sante-espaces-et-societes/articles-scientifiques/obesite>

Planète Santé. (2014, 15 mai). *Obésité : et si une violence subie était en cause ?* <https://www.planetesante.ch/Magazine/Alimentation-et-nutrition/Surpoids-et-obesite/Obesite-et-si-une-violence-subie-etait-en-cause>

The Ottawa Hospital. (2009). *Edmonton Obesity Staging System – Staging Tool*. <https://www.ottawahospital.on.ca/en/documents/2017/05/edmonton-obesity-staging-system-staging-tool.pdf> Consulté le 12 mai 2025.

UFC-Que Choisir. (2021, 14 janvier). *Publicités alimentaires destinées aux enfants : Lettre ouverte à Madame Barbara Pompili, ministre de la Transition écologique*. UFC-Que Choisir. <https://www.quechoisir.org/actualite-pub-pour-la-malbouffe-les-enfants-toujours-plus-exposes-n80891>

Youmatter. (2023, 24 février). *Obésité : le poids des inégalités sociales et économiques*. <https://youmatter.world/fr/obesite-le-poids-des-inegalites-sociales-et-economiques/>

Articles scientifiques de vulgarisation

Bellicha, A., Julia, C., Oppert, J.-M., & Touvier, M. (2023, 31 mai). *Obésité et « manque de volonté » : les préjugés négatifs ont la vie dure*. The Conversation. <https://theconversation.com/obesite-et-manque-de-volonte-les-prejuges-negatifs-ont-la-vie-dure-205763>

Crémieux, A. (2021, 27 septembre). *Covid-19 : les pistes pour comprendre pourquoi l'obésité est un facteur de risque*. The Conversation. <https://theconversation.com/covid-19-les-pistes-pour-comprendre-pourquoi-l-obesite-est-un-facteur-de-risque-168451>

Lebretonchel, L., & Fardet, A. (2021, 25 mai). *Obésité : lutter à la fois contre la stigmatisation et contre la maladie*. The Conversation. <https://theconversation.com/obesite-lutter-a-la-fois-contre-la-stigmatisation-et-contre-la-maladie-160498>

Articles de presse

Brafman, N. (2025, 28 janvier). *Vers une nouvelle définition de l'obésité au-delà de l'indice de masse corporelle*. Le Monde. https://www.lemonde.fr/sciences/article/2025/01/28/vers-une-nouvelle-definition-de-l-obesite-au-dela-de-l-indice-de-masse-corporelle_6519448_1650684.html

Gérard, M. (2025, 4 mars). *L'obésité et le surpoids continuent leur progression dans le monde : 60 % des adultes et un tiers des enfants seront concernés en 2050 si rien ne change*. Le Monde. https://www.lemonde.fr/planete/article/2025/03/04/l-obesite-et-le-surpoids-continuent-leur-progression-dans-le-monde-60-des-adultes-et-un-tiers-des-enfants-seront-concernes-en-2050-si-rien-ne-change_6576042_3244.html

Hagoug, I. (2025, 29 janvier). *Quand les géants de la malbouffe financent nos médicaments*. Reporterre. <https://reporterre.net/Quand-les-geants-de-la-malbouffe-finacent-nos-medicaments>

La rédaction. (2022, 13 décembre). *Une fois de plus, les États-Unis et l'Europe sont en avance sur l'apport calorique quotidien*. Paris Times. <https://www.paris-times.fr/2022/12/une-fois-de-plus-les-etats-unis-et-leurope-sont-en-avance-sur-lapport-calorique-quotidien/>

Le Monde. (2023, 11 octobre). *Les effets indésirables de l'Ozempic, cet antidiabétique détourné pour maigrir, de mieux en mieux mesurés*. https://www.lemonde.fr/sciences/article/2023/10/11/alerte-sur-les-effets-indesirables-des-antidiabetiques-amaigrissants_6193703_1650684.html

Le Monde. (2023, 22 février). *Recrutement : l'obésité, un facteur de discrimination insidieux en entreprise*. https://www.lemonde.fr/emploi/article/2023/02/22/recrutement-l-obesite-un-facteur-de-discrimination-insidieux-en-entreprise_6162795_1698637.html

Santi, P. (2018, 13 avril). *La chirurgie de l'obésité en 5 chiffres*. Le Monde. https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/04/13/la-chirurgie-de-l-obesite-en-5-chiffres_5284856_4355770.html

Stricot, M. (2021, 11 janvier). *Comment le cadre de vie pèse-t-il sur l'obésité ?* Le Journal du CNRS. <https://lejournald.cnrs.fr/articles/comment-le-cadre-de-vie-pese-t-il-sur-lobesite>

Podcasts

France Culture. (2025, 8 mars). *Obésité : vers une épidémie mondiale ?* [Épisode de podcast]. *La transition de la semaine*. <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/la-transition-de-la-semaine/obesite-vers-une-epidemie-mondiale-2676720>

MedShake Studio. (2025, 6 mars). *Les tabous en santé – L'obésité, une vraie maladie (Partie 1)* [Épisode de podcast]. Les Tabous en Santé. <https://www.podcastics.com/podcast/episode/les-tabous-en-sante-lobesite-une-vraie-maladie-partie-1-350724>

Reportages

France Télévisions. (2016, 15 juillet). *Le surpoids et l'obésité diminuent l'espérance de vie*. Franceinfo. https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/le-surpoids-et-l-obesite-diminuent-l-esperance-de-vie_1548697.html

Franceinfo. (2025, 7 mars). *Obésité : "C'est une maladie qui nécessite l'intervention de professionnels de santé aguerris et rien d'autre"*. https://www.francetvinfo.fr/sante/video-obesite-c-est-une-maladie-qui-necessite-l-intervention-de-professionnels-de-sante-aguerris-et-rien-d-autre_7116081.html

Marron, L. (2025, 4 mars). *Obésité dans les Hauts-de-France : état des lieux dans la région la plus touchée par le phénomène*. France 3 Régions. <https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/nord-0/lille/obesite-dans-les-hauts-de-france-etat-des-lieux-dans-la-region-la-plus-touchee-par-le-phenomene-3116998.html>

Mousset-Diallo, L. (2020, 10 juin). *Le combat de Gabrielle Deydier contre la grossophobie : "Ça amène les gens au suicide"*. France 24. <https://www.france24.com/fr/20200610-france-grossophobie-gabrielle-deydier-combat-documentaire-arte>

Samitier, M.-P., Adjaoud, L., Fuzellier, A., Pekez, L., & Poulain, V. (2023, 5 mars). *Santé : les limites du Nutri-score face à l'obésité*. France 3. https://www.francetvinfo.fr/sante/sante-les-limites-du-nutri-score-face-a-l-obesite_5692865.html

Sitographie

Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. (2024, 26 mars). *Article 51 : expérimenter et innover pour mieux soigner*. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/article-51-experimenter-et-innover-pour-mieux-soigner-0> Consulté le 2 mai 2025.

Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. (2025, 24 février). *Des feuilles de route pour une action au plus près des territoires*. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/des-feuilles-de-route-pour-une-action-au-plus-pres-des-territoires> Consulté le 3 mars 2025.

Allegro Fortissimo. (s.d.). *Allegro Fortissimo – Votre allié santé*. <https://www.allegrofortissimo.com/> Consulté le 10 mai 2025.

American Association of Clinical Endocrinology. (s.d.). *Publications*. <https://pro.aace.com/publicationspro.aace.com+2> Consulté le 5 février 2025.

Association Rest'O. (s.d.). *Nous découvrir*. <https://association-resto.fr/index.php/nous-decouvrir/> Consulté le 2 mai 2025.

Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO) – CHU de Montpellier. (2025, 4 mars). *Journée mondiale de l'obésité 2025*. <https://cso.chu-montpellier.fr/fr/espace-pro/journees-obesite/journee-mondiale-de-lobesite-2025> Consulté le 3 avril 2025.

Chappaz, J. (s.d.). *Violences sexuelles et obésité : Le langage des maux passés...* Clinique Château de Vernhes, Bondigoux. <https://www.afdet.net/wp-content/uploads/2018/02/violences-sexuelles-et-obesite-le-langage-des-maux-passes-clinique-chateau-de-vernhes-bondigoux.pdf> Consulté le 10 avril 2025.

CPTS Audomaroise. (s.d.). *L'association*. <https://www.cpts-audomaroise.fr/lassociation/> Consulté le 4 avril 2025.

Expertises Obésités. (s.d.). *Plateforme « Mon Poids Ma Santé »*. <https://expertisesobesites.org/plateforme-mon-poids-ma-sante/> Consulté le 10 mai 2025.

Géoconfluences. (s.d.). *Transition alimentaire*. ENS de Lyon. <https://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/transition-alimentaire> Consulté le 15 décembre 2024.

GPS-Obésité. (s.d.). *Découvrez le projet GPS-Obésité*. <https://www.gps-obesite.fr/projet> Consulté le 2 avril 2025.

Ligue contre l'Obésité. (s.d.). *ObéCoute, l'unique plateforme de référence en France érigée par la LCO*. <https://liguecontrelobesite.org/actualite/obecoute-lunique-plateforme-de-reference-en-france-erigee-par-la-lco/> Consulté en mai 2025.

Lyon Info Obésité. (s.d.). *À propos de LIO*. <https://www.lyoninfoobesite.fr> Consulté le 6 avril 2025.

Manger Bouger. (s.d.). *Santé publique France*. <https://www.mangerbouger.fr/> Consulté le 3 mai 2025.

ObéCoach. (s.d.). *ObéCoach – Accompagnement nutritionnel en ligne*. <https://obecoach.fr/> Consulté le 2 mai 2025.

Obésité Hauts-de-France. (s.d.). *Associations*. <https://obesite-hdf.fr/metier/associations/> Consulté le 20 avril 2025.

Obésité Hauts-de-France. (s.d.). *Centre hospitalier : CSO, CLO, ...*. <https://obesite-hdf.fr/intervenants/centre-hospitalier-cso-clo/> Consulté le 2 mai 2025.

Poids Plume. (s.d.). *Site officiel de Poids Plume France*. <https://www.poidsplumesfrance.com/> Consulté le 2 mai 2025.

Poids Plumes France. (s.d.). *Nos missions*. <https://www.poidsplumesfrance.com/> Consulté le 11 mai 2025.

Thal.art. (2023, 26 décembre). *Le Modulor, nombril du monde de Le Corbusier*. Thal.art – Blog. <https://blog.thal.art/fr/modulor-nombril-du-monde-de-le-corbusier/> Consulté le 2 mai 2025.

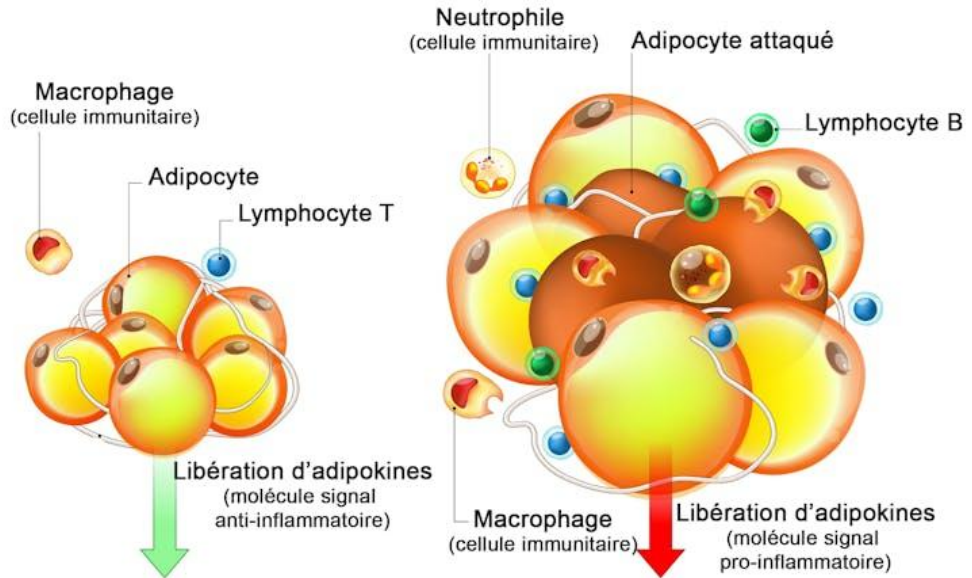
XIV) Annexes

Tableau récapitulatif des entretiens qualitatifs menés dans le cadre de ce rapport

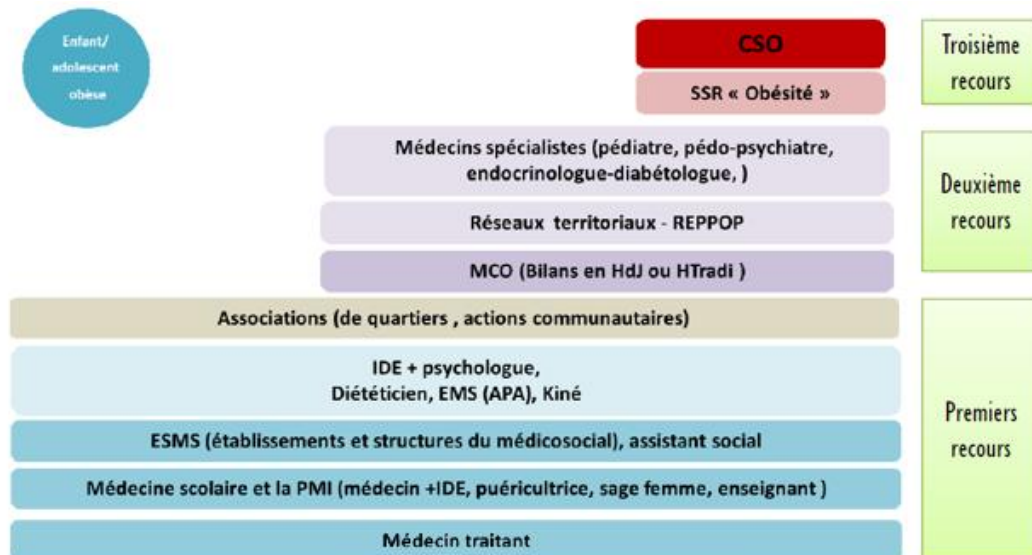
Prénom de l'enquêté (* si modifié pour respecter l'anonymat)	Fonction/Organisme	Format et date de l'entretien	Durée
Didier	Retraité	Entretien présentiel 16/02/2025	50 mins
Océane	Médecin Généraliste	Entretien présentiel 7/03/2025	40 mins
Florian	Médecin Généraliste	Entretien visioconférence 31/01/2025	70 mins
Clémence	Médecin Généraliste	Entretien visioconférence 14/03/2025	45 mins
David	Professeur de chirurgie digestive au CHU de Montpellier – Co-fondateur de la LCO.	Entretien visioconférence 13/01/2025	40 mins
Claudine	Patiente Partenaire – Fondatrice de l'association Poids Plume France.	Entretien visioconférence 14/01/2025	70 mins
Aurélie	Patiente Partenaire – conférencière en DU médecine de l'obésité ou nutrition et créatrice de l'association Lyon Info Obésité (LIO).	Entretien visioconférence 15/01/2025	120 mins
Flore*	Médecin de la Nutrition dans un CSO des Hauts-de-France.	Entretien visioconférence 26/03/2025	60 mins
Nadine*	Experte des politiques publiques sur l'obésité au sein d'un établissement public de Santé régional.	Entretien présentiel 6/03/2025	120 mins

Schéma représentant le processus inflammatoire dans le tissu adipeux sain et en obésité¹⁹⁷

Phénomène inflammatoire dans les tissus adipeux obèses



Gradation des soins de la prise en charge de l'obésité sévère : Acteurs et structures¹⁹⁸



¹⁹⁷ Crémieux, A. (2021, 27 septembre). *Covid-19 : les pistes pour comprendre pourquoi l'obésité est un facteur de risque*. The Conversation. <https://theconversation.com/covid-19-les-pistes-pour-comprendre-pourquoi-lobesite-est-un-facteur-de-risque-168451>

¹⁹⁸ Ministère de la Santé et de la Prévention. (2025, 25 février). *La prise en charge graduée de l'obésité*. <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/la-prise-en-charge-graduee-de-l-obesite-430295> Consulté le 12 mai 2025.

Système de classification de la sévérité de l'obésité : Edmonton Obesity Staging System (EOSS)¹⁹⁹

EOSS: EDMONTON OBESITY STAGING SYSTEM - Staging Tool

STAGE 0	STAGE 1	WHO CLASSIFICATION OF WEIGHT STATUS (BMI kg/m ²)
<ul style="list-style-type: none"> • NO sign of obesity-related risk factors • NO physical symptoms • NO psychological symptoms • NO functional limitations <p>Case Example: Physically active female with a BMI of 32 kg/m², no risk factors, no physical symptoms, no self-esteem issues, and no functional limitations.</p> <p><i>Class I, Stage 0 Obesity</i> EOSS Score WHO Obesity Classification</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patient has obesity-related SUBCLINICAL risk factors (borderline hypertension, impaired fasting glucose, elevated liver enzymes, etc.) - <i>OR</i> - • MILD physical symptoms - patient currently not requiring medical treatment for comorbidities (dyspnea on moderate exertion, occasional aches/pains, fatigue, etc.) - <i>OR</i> - • MILD obesity-related psychological symptoms and/or mild impairment of well-being (quality of life not impacted) <p>Case Example: 38 year old female with a BMI of 59.2 kg/m², borderline hypertension, mild lower back pain, and knee pain. Patient does not require any medical intervention.</p> <p><i>Class III, Stage 1 Obesity</i></p>	<p>Obese Class I 30 - 34.9 Obese Class II 35 - 39.9 Obese Class III ≥40</p>
		<p>Stage 0 / Stage 1 Obesity Patient does not meet clinical criteria for admission at this time. Please refer to primary care for further preventative treatment options.</p>
STAGE 2	STAGE 3	STAGE 4
<ul style="list-style-type: none"> • Patient has ESTABLISHED obesity-related comorbidities requiring medical intervention (HTN, Type 2 Diabetes, sleep apnea, PCOS, osteoarthritis, reflux disease) - <i>OR</i> - • MODERATE obesity-related psychological symptoms (depression, eating disorders, anxiety disorder) - <i>OR</i> - • MODERATE functional limitations in daily activities (quality of life is beginning to be impacted) <p>Case Example: 32 year old male with a BMI of 36 kg/m² who has primary hypertension and obstructive sleep apnea.</p> <p><i>Class II, Stage 2 Obesity</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patient has significant obesity-related end-organ damage (myocardial infarction, heart failure, diabetic complications, incapacitating osteoarthritis) - <i>OR</i> - • SIGNIFICANT obesity-related psychological symptoms (major depression, suicide ideation) - <i>OR</i> - • SIGNIFICANT functional limitations (eg: unable to work or complete routine activities, reduced mobility) • SIGNIFICANT impairment of well-being (quality of life is significantly impacted) <p>Case Example: 49 year old female with a BMI of 67 kg/m² diagnosed with sleep apnea, CV disease, GERD, and suffered from stroke. Patient's mobility is significantly limited due to osteoarthritis and gout.</p> <p><i>Class III, Stage 3 Obesity</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • SEVERE (potential end stage) from obesity-related comorbidities - <i>OR</i> - • SEVERELY disabling psychological symptoms - <i>OR</i> - • SEVERE functional limitations <p>Case Example: 45 year old female with a BMI of 54 kg/m² who is in a wheel chair because of disabling arthritis, severe hyperpnea, and anxiety disorder.</p> <p><i>Class III, Stage 4 Obesity</i></p>



Sharma AM & Kushner RF, *Int J Obes* 2009

¹⁹⁹ The Ottawa Hospital. (2009). *Edmonton Obesity Staging System – Staging Tool*. <https://www.ottawahospital.on.ca/en/documents/2017/05/edmonton-obesity-staging-system-staging-tool.pdf>
Consulté le 12 mai 2025.

Surpoids et obésité de l'adulte : parcours de soins personnalisé

L'obésité est une maladie chronique complexe qui a un impact sur la santé et la qualité de vie. Comprendre les causes et les conséquences du surpoids ou de l'obésité est essentiel pour personnaliser les soins et accompagner.

Une approche pluriprofessionnelle centrée sur la personne



- Adopter une attitude d'ouverture et de non-jugement
- Aller au-delà de l'IMC : comprendre le retentissement de la maladie, le vécu de la personne
- Faire alliance avec la personne et coconstruire le projet de soins
- Développer les capacités de la personne et sa confiance en soi
- S'appuyer sur une équipe pluriprofessionnelle de proximité et/ou spécialisée : se concerter, se coordonner pour soigner ensemble

Les 4 D : Agir pour améliorer le parcours de soins



Dépister

- Proposer à la personne de mesurer : poids, taille et tour de taille
- Calculer l'IMC et tracer la courbe
- Évaluer la dynamique de la courbe
- Être attentif aux signes d'alerte et aux situations à risque



Ouvrir le dialogue :

- Promouvoir les habitudes de vie favorables à la santé
- Proposer une consultation dédiée en cas de surpoids ou d'obésité



Diagnostiquer

- Confirmer le surpoids ou l'obésité
- Annoncer le diagnostic
- Réaliser une évaluation multidimensionnelle
- Dépister les comorbidités



Définir la complexité pour graduer les soins :

1. Surpoids ou obésité non complexe
2. Obésité complexe
3. Obésité très complexe



Discuter

- S'accorder sur le projet de soins
- Accompagner toute difficulté psychologique, autostigmatisation, toute forme de vulnérabilité
- Proposer une éducation thérapeutique :
 - maintenir ou augmenter l'activité physique
 - limiter les comportements sédentaires
 - améliorer l'alimentation : sensations, équilibre, environnement
 - améliorer le sommeil : quantité, qualité, rythme de vie



Décider ensemble

En 1^{re} intention pour toutes les situations :

- Maintenir dans la durée les modifications des habitudes de vie
- Personnaliser l'objectif de poids
- Traiter les comorbidités et les troubles psychiques
- Soulager les symptômes associés

En 2^e intention pour les situations complexes et très complexes :

- Envisager tout en poursuivant les modifications des habitudes de vie :
 - séjour en SMR
 - traitement pharmacologique de l'obésité
 - chirurgie bariatrique après préparation pluriprofessionnelle

Consultez le guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte



²⁰⁰Haute Autorité de Santé. (2024, février). *Surpoids et obésité de l'adulte : infographie – Parcours de soins personnalisé.* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-02/surpoids_et_obesite_de_ladulte_infographie_parcours_de_soins_personnalise.pdf Consulté le 9 mai 2025.

