

UNIVERSITE DE LILLE  
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

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

**Élaboration d'une pièce de théâtre visant à améliorer l'empathie des médecins généralistes auprès des patients avec obésité : une recherche-action menée au sein d'une CPTS des Hauts-de-France.**

Présentée et soutenue publiquement le 18 septembre 2024  
À 16 heures au Pôle Formation  
par Ilhem ZOUGGAGH

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Assesseur :**

**Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Jan BARAN**

---

## **Avertissement :**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

## Remerciements :

## **Liens et conflits d'intérêts**

La chercheuse déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts.

Le directeur de thèse est le président de la CPTS impliqué dans ce travail.

## Abréviations

<b>COFIL</b>	Comité de pilotage
<b>CPTS</b>	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>IMC</b>	Indice de Masse Corporelle
<b>Mds€</b>	Milliards d'euros
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>RETEX</b>	Retour d'expérience

# Table des matières

I.	INTRODUCTION.....	8
A.	DÉFINITIONS ET CHIFFRES.....	8
B.	DIFFICULTÉS RENCONTRÉES DANS LA PRISE EN SOIN ET STIGMATISATION.....	8
C.	MISE EN PLACE DE DISPOSITIFS .....	8
D.	OBJECTIF.....	9
II.	MATÉRIELS ET MÉTHODES .....	10
A-	OBSERVATION ET IDENTIFICATION DU PROBLÈME .....	10
B-	RÉFLEXION.....	11
1-	Choix de l'orientation du travail .....	11
2-	Recherche documentaire.....	11
3-	Enquête exploratoire .....	11
4-	Choix du type d'action .....	11
C-	PLAN D'ACTION.....	12
1-	Constitution d'un comité de pilotage (COPIL) .....	12
2-	Axes du plan d'action.....	12
D-	ACTION .....	12
E-	ÉVALUATION .....	12
1-	Évaluation de l'action.....	12
2-	Retour d'expérience (RETEX) .....	13
3-	Évaluation de l'effet de la représentation .....	13
F-	ASPECTS ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES.....	13
III.	RÉSULTATS .....	14
A-	OBSERVATION ET IDENTIFICATION DU PROBLÈME .....	14
B-	RÉFLEXION.....	14
1-	Recherche documentaire.....	14
2-	Enquête exploratoire .....	14
C-	PLAN D'ACTION.....	19
1-	Constitution d'un comité de pilotage (COPIL) .....	19
2-	Axes du plan d'action.....	19
D-	ACTION .....	20
E-	ÉVALUATION .....	21
1-	Évaluation de la satisfaction .....	21
2-	RETEX avec les membres du COPIL .....	25
3-	Évaluation de l'effet sur l'empathie.....	25
IV.	DISCUSSION.....	26
A-	PRINCIPAUX RÉSULTATS.....	26

B- COMPARAISON À LA LITTÉRATURE.....	26
C- FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE .....	27
1- Limites .....	27
2- Forces .....	28
D- PERSPECTIVES.....	28
BIBLIOGRAPHIE .....	29
ANNEXES .....	32

# I. INTRODUCTION

## A. DÉFINITIONS ET CHIFFRES

Selon l'OMS, le surpoids et l'obésité sont définis comme une accumulation anormale ou excessive de graisse, qui nuit à la santé. On considère qu'une personne est en surpoids lorsque son indice de masse corporelle (IMC) est supérieur à 25 et qu'elle est obèse lorsque celui-ci est supérieur à 30. Néanmoins, il a fallu attendre 1997 pour que l'obésité soit reconnue comme une maladie chronique. (1,2)

En 2020, l'obésité affecte 13% de la population mondiale et 17% de la population française. Le surpoids représente quant à lui 30,3% de la population française. La région des Hauts-de-France est la région la plus touchée par l'obésité avec 22,1% de la population. Par ailleurs, cette maladie est plus fréquemment retrouvée dans les populations défavorisées.

La prévalence ne cesse d'augmenter depuis ces dernières années. Entre 1997 et 2020, l'obésité a été multipliée par 2. (3,4)

L'obésité et le surpoids sont la 5<sup>ème</sup> cause de mortalité dans le monde et sont responsables de 2,8 millions de décès par an. (5)

Par ailleurs, c'est un enjeu économique non négligeable qui représente un coût de santé important estimé à 10,6 milliards d'euros par an. (6) En 2016, une analyse de la Direction générale du Trésor évaluait le coût social de la surcharge pondérale à 20,4 Mds€, dont un coût de santé à 9,5 Mds€. (7)

## B. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES DANS LA PRISE EN SOIN ET STIGMATISATION

La grossophobie est définie comme une attitude hostile, moqueuse et/ou méprisante, voire discriminatoire, envers les personnes obèses ou en surpoids.

Les patients atteints d'obésité rencontrent de nombreuses difficultés dont fait partie la stigmatisation. Celle-ci peut avoir des conséquences néfastes telles que : des retards diagnostics, des ruptures de suivi, des troubles psychiatriques... (8–12)

Ces attitudes stigmatisantes sont prises en compte dans le domaine du soin. En effet, les nouvelles recommandations HAS de 2022, révisées en 2024, visent à lutter contre cette stigmatisation en améliorant sa prévention, mais également en accompagnant au mieux les patients victimes de celle-ci.(13)

Toutefois, les patients ne sont pas les seuls à rapporter des difficultés dans la prise en soin de l'obésité. En effet, les médecins sont majoritairement insatisfaits de leur prise en soin de l'obésité et déplorent notamment leur manque de formation, de temps et de multidisciplinarité.(14,15)

Ces observations ont conduit à la réflexion sur l'utilisation d'outils pédagogiques novateurs tels que le théâtre-forum, pour améliorer la prise en soin.

## C. MISE EN PLACE DE DISPOSITIFS

Pour faire face à ces difficultés, plusieurs dispositifs se développent.

Citons GPSObésité, qui est un dispositif arrêté en 2021. Il s'agit d'une expérimentation menée au titre de l'article 51 dans 3 régions (Ile-de-France, Hauts-de-France, Centre-Val de Loire). C'est un parcours médico-éducatif de proximité. Les personnes éligibles doivent être en situation d'obésité, ou en surpoids avec des comorbidités. Leur médecin traitant peut alors leur proposer d'intégrer le parcours GPSObésité. Le suivi et la prise en soin sont alors assurés entre le médecin traitant et l'équipe pluridisciplinaire de proximité, elle-même composée d'au moins un



diététicien, un psychologue et un enseignant en activité physique adapté. Huit ateliers, au moins, sont déclinés. (Annexe 1).(16–18)

Lors des premières évaluations de GPSObésité, des échanges en visioconférence ont été organisés entre les équipes mettant en place le dispositif et les patients en bénéficiant. C'est au cours de ces séances que certains patients ont partagé les difficultés qu'ils avaient pu rencontrer dans leur parcours de soin antérieur et notamment la stigmatisation dont ils avaient souffert.

## **D. OBJECTIF**

L'objectif de ce travail est de mettre en place une action de sensibilisation des professionnels de santé à la stigmatisation liée au poids, au sein même d'une CPTS dans laquelle le projet GPSObésité est décliné.

## II. MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons mené un travail de recherche s'inspirant de la recherche-action. L'origine de la recherche-action est attribuée à Kurt LEWIN en 1946.

Cette méthode a pour but de transformer la réalité et de produire des connaissances concernant ces transformations sur une problématique donnée. Elle vise à comprendre et résoudre des problèmes en se fondant sur un schéma cyclique reposant sur 5 étapes :

- L'observation et l'identification d'un problème,
- La réflexion,
- L'établissement d'un plan d'action,
- L'action,
- L'analyse et l'évaluation de l'action menée.(19,20)

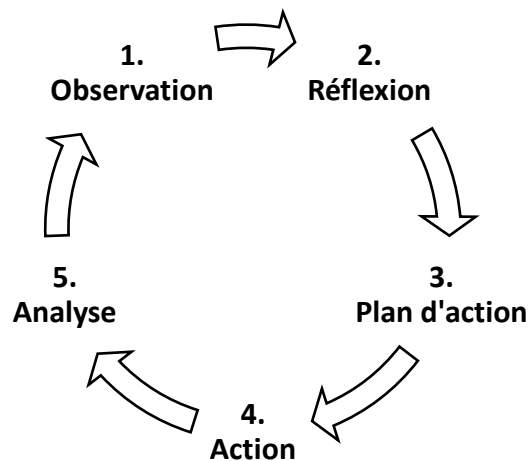


Figure 1 - La recherche-action : un schéma cyclique.

### A- OBSERVATION ET IDENTIFICATION DU PROBLÈME

Cette phase du travail s'est déroulée lors de la participation du directeur de thèse au projet GPSObésité.

Lors des réunions d'évaluation de l'expérimentation GPSObésité, les témoignages des patientes et patients suggéraient des difficultés rencontrées par ces derniers dans les lieux de soins.

Le choix a été alors fait de proposer à la chercheuse de mener une recherche-action dans le cadre de sa thèse d'exercice. Cela a permis de débiter le travail au sein même de l'objet de recherche, et ce dès la problématisation.

Cette phase d'observation et d'identification a consisté en de multiples échanges entre le directeur du travail et la chercheuse.

La chercheuse a tenu un journal de bord dès le début du travail.

## **B- RÉFLEXION**

### **1- Choix de l'orientation du travail**

Le choix a été fait de s'intéresser aux modifications applicables auprès des professionnels de santé. Il était choisi d'adopter un paradigme épistémologique constructiviste.

### **2- Recherche documentaire**

Des allers-retours entre le terrain et la littérature scientifique étaient réalisés. Les moteurs de recherche utilisés étaient PubMed et Google scholar.

Un travail complémentaire de revue systématique de la littérature a été conjointement mené par un autre chercheur. Cette revue visait à établir un recueil des articles originaux ayant évalué l'utilisation du théâtre en santé, dans le développement d'aptitudes et de compétences relationnelles impliquées dans la construction d'une relation médecin-patient de bonne qualité. (21)

### **3- Enquête exploratoire**

Une enquête exploratoire avait pour objectif d'explorer les attentes et les difficultés de prise en soin des participants à GPSObésité.

#### a) Type d'étude

Un travail qualitatif par analyse thématique d'entretiens semi-dirigés a été mené.

#### b) Population

L'échantillonnage était de convenance auprès de participants au programme GPSObésité.

Étaient considérés participants, les professionnels de santé de la CPTS et les patients participant à l'action GPSObésité.

#### c) Recueil des données

Les entretiens semi-dirigés étaient menés à la convenance des participants (cabinets médicaux, bureaux mis à disposition).

Un guide d'entretien était constitué pour les participants selon qu'ils étaient soignants ou non (Annexe 2).

Le consentement oral des participants était recueilli, les entretiens étaient enregistrés sur le dictaphone d'un Samsung S21® puis retranscrits sous la forme de verbatims et anonymisés. L'enregistrement était détruit après retranscription.

#### d) Analyse des données

Une analyse thématique a été menée.

Il a été décidé d'arrêter les entretiens lorsque les données étaient considérées suffisantes pour la poursuite du travail. Seul le premier entretien a été triangulé avec le directeur de thèse.

#### e) Aspects éthiques et réglementaires

Le consentement libre et éclairé a été obtenu oralement par tous les participants avant chaque entretien. Ceux-ci ont été informés du caractère anonyme et de la possibilité de rétractation.

Chaque entretien a été réalisé de manière individuelle et confidentielle. Ils ont été anonymisés par suppression des noms propres et des lieux.

### **4- Choix du type d'action**

Le choix de l'action à mener pouvait être précisé au terme de la phase de réflexion, en fonction des données recueillies lors des travaux préparatoires menés.

## C- PLAN D'ACTION

Le directeur de thèse et la chercheuse ont élaboré le plan d'action au terme de la phase de réflexion.

### 1- Constitution d'un comité de pilotage (COPIL)

Un comité de pilotage constitué de la chercheuse, du directeur de thèse et de certains membres du bureau de la CPTS a été constitué. Sa direction était assurée par la chercheuse. Il se réunissait en visioconférence, en présentiel ou par échanges téléphoniques.

Il avait pour objectif la mise en place et le suivi du déroulement du projet.

### 2- Axes du plan d'action

- Détermination du budget, obtention du financement,
- Établissement d'un plan de communication,
- Mise en place du projet,
- Évaluation (cf dernière phase du travail).

## D- ACTION

L'action a consisté en la réalisation d'une pièce de théâtre.

## E- ÉVALUATION

### 1- Évaluation de l'action

#### a) Questionnaire de satisfaction

L'évaluation de l'action menée s'est faite à l'aide d'un questionnaire papier de satisfaction (Annexe 3). Le questionnaire a été réalisé sur le logiciel Word®.

Les questions étaient évaluées à l'aide d'une échelle numérique ou de saisies libres.

L'échelle numérique était cotée de 0 à 10 signifiant :

- 0 : Pas du tout d'accord,
- 10 : Complètement d'accord.

Les questions étaient les suivantes :

- 1- Quelle est votre profession ?
- 2- Avez-vous aimé la représentation ?
- 3- Est-ce que le format utilisé (pièce de théâtre) vous semble adapté à la sensibilisation de cette thématique ? Si non, quelle action préconisez-vous ?
- 4- Selon vous, cette pièce correspond-elle à la réalité ? Avez-vous d'autres attentes sur le sujet ?
- 5- Avez-vous trouvé cette pièce utile pour votre pratique ? Pourquoi ?
- 6- Propositions d'amélioration (champ libre).

#### b) Modalités de diffusion

Le questionnaire a été distribué à l'issue de la représentation, pour une évaluation immédiate, par la chercheuse et des membres de la CPTS.

### c) Analyse statistique

L'analyse statistique de ces questionnaires a été opérée à l'aide du logiciel EXCEL®.

Seuls les questionnaires complétés intégralement ont été pris en compte.

Les caractéristiques des répondants (profession) ont été exprimées en pourcentage.

Pour l'analyse des critères évalués par échelle numérique (satisfaction globale, réalisme et utilité de la pièce) des moyennes et écarts-types ont été calculés.

### d) Cadre réglementaire

La construction puis la diffusion du questionnaire de satisfaction respecte les critères réglementaires de la protection des données personnelles.

## **2- Retour d'expérience (RETEX)**

Un retour d'expérience en distanciel via Zoom® a été réalisé le 22 juillet 2024.

## **3- Évaluation de l'effet de la représentation**

Un second travail de thèse est mené par un autre chercheur, permettant d'évaluer l'effet de la représentation théâtrale sur l'amélioration de l'empathie des professionnels de santé.

## **F- ASPECTS ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES**

L'étude est hors du champ de la loi JARDÉ. Ne recueillant pas de données qualifiées de « sensibles », elle ne nécessite pas de recours à un comité d'éthique. Les questionnaires de satisfaction étaient anonymes. Les aspects réglementaires des travaux menés conjointement (revue de la littérature et évaluation de l'effet) sont traités dans les travaux relatifs.

### III. RÉSULTATS

#### A- OBSERVATION ET IDENTIFICATION DU PROBLÈME

Cette phase de la recherche-action a conduit à identifier le problème d'une stigmatisation perçue par les personnes en situation d'obésité et relatée par ces derniers.

#### B- RÉFLEXION

##### 1- Recherche documentaire

La recherche documentaire a permis de préciser :

- **L'importance de la relation malade-médecin :**

La relation malade-médecin est un élément indispensable à une prise en soin optimale. La communication est un élément clé de cette relation (22–24). Par ailleurs, certaines qualités sont attendues telles que : l'empathie, l'écoute, l'information, la bienveillance...(25,26). Ainsi, en cas de lacunes de ces compétences relationnelles par faute de temps ou de moyens par exemple, cette relation peut être mise à mal et entraver la prise en soin. (27)

- **Les difficultés des patients dans la prise en soin de l'obésité :**

De nombreuses difficultés ont été décrites par les patients dans la littérature. À savoir : des comportements inadaptés, des préjugés et jugements, le paternalisme, la formation insuffisante, le matériel inadapté, l'absence de suivi... (8,9,28)

- **Les difficultés des soignants dans la prise en soin de l'obésité :**

Les principales difficultés rencontrées par les soignants sont : la difficulté d'accès aux soins, la manque de multidisciplinarité, la formation insuffisante, le manque de temps, le manque de motivation, le mauvais suivi des conseils donnés... (12,14,15)

- **L'effet du théâtre en santé :**

Le théâtre-forum semble être un moyen efficace d'améliorer la relation malade-médecin. La littérature met en évidence une amélioration de la communication et de la réflexivité. (29,30)

Il permet également la réduction des attitudes stigmatisantes et l'amélioration de l'empathie.(31–34)

S'appuyant sur les recherches documentaires de la chercheuse et la revue de la littérature réalisée (21), la phase de réflexion s'est poursuivie par l'étude exploratoire des attentes et des difficultés de prise en soin des participants à GPSObésité.

##### 2- Enquête exploratoire

Six entretiens semi-dirigés ont été réalisés dont 3 de médecins et 3 de patients.

La durée moyenne des entretiens de professionnels de santé était de 8 minutes. Celle des patients était d'environ 45,6 minutes.

La durée moyenne totale des 6 entretiens était de 26,8 minutes. (Tableau 1)

Sexe	Statut (professionnel/patient)	Durée de l'entretien
Femme	Patiente	58 minutes
Femme	Patiente	47 minutes
Homme	Médecin	11 minutes
Homme	Médecin	8 minutes
Femme	Patiente	32 minutes
Homme	Médecin	5 minutes

**Tableau 1** - Nombre et durée des entretiens semi-dirigés.

### **Entretien semi-dirigés des professionnels de santé**

Une analyse thématique des verbatims a été réalisée.

- **Difficultés des professionnels de santé**

Lors des entretiens, plusieurs difficultés ont été rapportées par les professionnels de santé dans la prise en soin des patients avec obésité telles que :

- L'examen médical qui peut être jugé plus difficile :

*« Alors l'examen médical n'est pas toujours facile, avoir accès à différentes zones du corps pour examiner c'est pas toujours facile. »*

- Les transports ou matériels inadaptés :

*« Je pense à un patient qui fait 180 kilos que j'ai voulu hospitaliser. J'ai pas trouvé d'ambulance. Aucune ambulance voulait le transporter. J'ai dû faire appel à une ambulance bariatrique, les pompiers sont venus le chercher. C'est impressionnant ça. »*

- L'accès au soin :

*« Les difficultés d'accès aux soins actuellement avec un manque de médecins spécialisés et des délais de consultation qui sont extrêmement longs. »*

- La mise en place d'un suivi pluridisciplinaire difficile :

*« Ben que ce soit surtout multidisciplinaire, que ce ne soit pas que le chirurgien quoi. Il y a des patients qui sont partis pour se faire opérer et juste avec la prise en charge avec les différents médecins ils ont perdu assez de poids. Ils n'ont pas dû se faire opérer. »*

- Le manque de motivation :

*« Dans un premier temps, surtout parfois la motivation du patient dans un parcours qui est quand même long et difficile. »*

- **Attentes des professionnels de santé**

Les attentes des professionnels sur le sujet sont multiples :

- Développer un secteur de soin, une multidisciplinarité :

*« Des délais de consultation qui sont extrêmement longs. »*

- Développer la prise en charge psychologique :

« Mais aussi tout l'aspect psychologique qui est un vrai problème que ce soit en termes de causes de l'obésité ou de conséquences de l'obésité avec des désordres psychologiques qui sont parfois très sévères. Il y a toujours une part psychologique dans toute prise en charge de l'obésité. »

- Mieux identifier les causes de l'obésité :

« D'essayer de mieux cerner les causes de leur prise pondérale que ce soit les causes organiques dans les obésités secondaires voire génétiques, les causes diététiques ou en lien avec l'activité physique. »

- Améliorer les structures d'accueil des patients : matériel, transport...

« Donc effectivement du matériel renforcé, adapté. »

- **Regard des professionnels quant à la stigmatisation**

Les professionnels reconnaissent l'existence de cette stigmatisation :

« C'est malheureusement quelque chose qu'on voit encore trop, qui est rapporté très fréquemment par les patients de tous les corps de métiers. », « Ben moi c'est un problème dont j'avais pas vraiment conscience avant de vous accueillir. »

Par ailleurs, les professionnels sont rarement témoins, directement, de ces expériences qui leurs sont le plus souvent rapportées par le patient lors d'une consultation :

« Des termes injurieux comme « c'est encore la grosse vache qui sonne », on m'en a déjà rapportés. J'ai jamais été témoin des choses à ce point-là mais c'est en tout cas le vécu de cette patiente. »

Les professionnels pensent que cette stigmatisation est le plus souvent involontaire :

« Après je pense qu'il y en a pas mal où ce n'est pas intentionnel. Ce n'est parfois pas volontaire. »

### **Entretiens semi-dirigés de patients**

- **Difficultés des patients**

Les patients rencontrent de nombreuses difficultés, parfois identiques à celles des professionnels, lors de leur prise en soin telles que :

- L'examen clinique :

« Je suis allée chez le gynéco lundi, elle m'a dit : « Bon je suis désolée, j'ai beau palper par le ventre mais avec le surpoids il y a des choses qu'on ne peut pas voir. Donc je suis obligée de demander et je m'en excuse une échographie vaginale. » »

- Le manque de multidisciplinarité :

« Une gestion de l'obésité que par une diététicienne ça marche pas. »

- Le manque d'écoute, le jugement :

« C'est pour ça que je vous dis on n'écoute pas les patients. », « Qu'ils soient adaptés pour et qu'ils essayent de nous traiter de la même façon qu'une personne maigre. »



- Les préjugés auxquels ils sont confrontés tels que le manque de motivation, la mauvaise alimentation ou le poids étant signe de mauvaise santé :

« Ben c'était chez une neurologue. Je suis allée la voir 2-3 fois et à chaque fois elle me disait : « Vous devriez maigrir, vous devriez maigrir. » », « Quand ils me voient tout de suite on vous met dans la catégorie c'est parce que vous mangez mal que vous êtes gros et que vous allez avoir toutes les maladies du monde. », « On n'est pas grosse parce qu'on le veut. Donc il faut qu'ils arrêtent de dire vous êtes grosse parce que vous bouffez mal, non. »

- Le poids au centre des consultations :

« Il y a certaines situations qui n'ont absolument rien à voir avec le poids et ils viennent en parler. »

- Environnement inadapté (matériel, imagerie, transports) :

« Ben Madame je suis désolé vous pouvez pas faire votre IRM, on vous a mis sur la mauvaise table [...] Je ne fais pas mon IRM parce que je suis trop grosse, ça veut dire ça. Il n'y a pas que la table qui pose problème, il y a aussi l'IRM en lui-même parce que moi j'ai mes bras qui touchent les parois de l'IRM. », « Si ou alors des fois vous allez chez le médecin il essaye de prendre votre tension, ah mince le brassard n'est pas adapté pour. Donc il finit par le mettre à l'avant-bras ou à la jambe. »

- **Attentes des patients**

Au niveau relationnel, les patients attendent principalement des professionnels de santé de :

- L'empathie :

« Un bon professionnel, il faut qu'il ait beaucoup d'empathie. »

- L'écoute :

« Pour moi un bon médecin, doit absolument bien écouter le patient. »

- L'absence de jugement :

« Pour moi c'est quelqu'un qui doit mettre de côté ses préjugés, ses idées reçues et puis s'adapter au contexte. »

En ce qui concerne la prise en soin médicale, les patients souhaitent :

- Un suivi régulier :

« Il faut un accompagnement. », « Une fois qu'on a atteint le poids, il nous a dit vous êtes stabilisées. Et après on est lâchées dans la nature. Après il faudrait un suivi. »

- Une multidisciplinarité :

« Parce que c'est vrai que j'ai suivi quelques régimes avec des nutritionnistes où on a une liste de ce qu'il faut manger, le poids... Ça marche un peu, mais après basta. Une fois qu'on a maigri on est content puis on recommence à grossir derrière. Peut-être conseiller à voir un psychologue, un psychiatre. »

- Identifier la cause de leur poids :

« La cause de la prise de poids d'une personne ou d'une autre n'est pas toujours la même ; depuis que je prends ma biothérapie, quand j'ai commencé à la prendre, j'ai commencé à grossir. [...] Pendant un an je me suis battue avec eux, parce que je me suis pris 25 kilos dans la tronche sans augmenter mon coup de fourchette [...] Le rhumato finit par me dire : « Ah oui c'est vrai, il y en a certains qui grossissent avec ce traitement ». Donc là j'ai vu rouge, je lui ai dit : « Ecoutez ça fait un an que je vous dis : je grossis c'est pas normal. » Et la première chose qu'on me dit c'est d'aller voir une diététicienne pour savoir pourquoi je grossis ».

- Comprendre leur pathologie :

« De l'aide et des conseils. Des clés. »

- La relation asymétrique :

« Ça sera toujours des questions orientées, des leçons pour vous dire ce que vous devez manger avant de savoir ce que vous mangez. »

- **Conséquences de la stigmatisation**

Toutes ces attitudes stigmatisantes engendrent des sentiments de tristesse, de colère voire d'humiliation. Par ailleurs, des patients appréhendent également le recours à certains médecins ou examens médicaux :

« J'ai même été énervée, je vous dis franchement. », « C'est surtout humiliant. », « Comme là je dois faire une IRM des hanches, j'ai peur [...] J'ai une grosse appréhension. »

- **Regard des patients quant à la stigmatisation :**

- Les patients pensent que les professionnels de santé sont surtout maladroits :

« Après ils ne font pas exprès mais des fois ils ne sont pas délicats. »

- Par ailleurs, les patients soulignent l'interprétation subjective de certaines situations :

« Après je pense que c'est une question de personne aussi. Vous allez dire la même chose à 2-3 personnes et en fonction du vécu, de la personnalité, on va ou le prendre bien ou le prendre mal. »,

- Dans la majorité des cas, les consultations se déroulent bien :

« Oui. Moi je vois essentiellement le généraliste ou des kinés qui sont des personnes avec qui j'ai l'habitude. Ils sont à l'écoute, ils sont agréables »,

- **Comment aborder la notion de poids :**

- La majorité des patients accepte d'aborder la notion de poids lors d'une consultation :

« Il pourrait pourquoi ? Il pourrait parce que parce qu'aujourd'hui, d'expérience, on sait que le poids peut être la cause de plusieurs maladies chroniques. »

- Toutefois, les patients y adhèrent préférentiellement lorsque le sujet est abordé de manière adaptée :

« Ben si on a un problème de jambes ou de pieds, on sait très bien que le poids ne va pas nous aider. Donc là oui il faudrait qu'ils nous disent, avec délicatesse. »

## C- PLAN D'ACTION

Au terme des premières phases du travail, il a été décidé de mettre en place une pièce de théâtre visant trois objectifs :

- Sensibiliser les professionnels du territoire à la stigmatisation liée au poids,
- Améliorer l'empathie des professionnels participant,
- Créer du lien entre les professionnels.

### 1- Constitution d'un comité de pilotage (COPIL)

Pour la mettre en place un COPIL a été créé.

Il avait pour objectif la mise en place et le suivi du déroulement du projet.

Environ 43 échanges ont été nécessaires dont : 5 réunions, 13 appels téléphoniques et 25 échanges de courriels.

### 2- Axes du plan d'action

#### a) Choix de la troupe, détermination du budget, obtention du financement

La première étape de ce plan a consisté en la recherche d'une troupe de théâtre. Dans la région des Hauts-de-France, deux compagnies (La Belle Histoire et Ouvrons le dialogue) pouvant mettre en scène des sujets médicaux, ont été recensées. Les deux compagnies ont été contactées par courriel dans un premier temps. Dans un second temps, des entretiens téléphoniques ont été réalisés et des devis ont été établis. Après étude des différentes propositions, nous avons retenu la compagnie La Belle Histoire qui était disponible à la période souhaitée et la moins coûteuse.

Pour la réalisation de cette pièce, une étape dite « éponge » a été réalisée. Il s'agit d'un entretien avec un comédien qui rencontre un échantillon du public cible pour comprendre les idées principales et attentes des organisateurs. Dans notre étude un entretien regroupant professionnels et patients n'étant pas réalisable pour des raisons organisationnelles, cet entretien a eu lieu le 27 mai 2024 en présence de la chercheuse et du directeur de thèse uniquement. Afin de compenser l'absence de patients et autres professionnels, les entretiens semi-dirigés réalisés et des podcasts ont été transmis à la troupe. Celle-ci s'est appuyée sur les informations transmises permettant la construction d'un squelette théâtral à partir duquel un scénario a pu être improvisé par 3 comédiens.

Un budget prévisionnel a été estimé au préalable en tenant compte des principaux axes de dépenses (troupe de théâtre, salle, traiteur, communication).

Une demande de financement a été réalisée auprès de la CPTS des 7 villes. Une présentation orale du projet, accompagnée d'un Powerpoint®, a été faite devant le bureau de la CPTS le 20 novembre 2023. Le projet a été validé à l'unanimité.

Les devis réalisés par la suite ont permis d'affiner le budget prévisionnel.

#### b) Établissement d'un plan de communication

Un flyer a été utilisé comme support de communication et créé via Canva® (Annexe 4). L'impression a été réalisée par l'imprimerie Corep Vauban de Lille. Les flyers ont été distribués par la chercheuse initialement aux médecins généralistes de la CPTS puis à l'ensemble des professionnels de santé de celle-ci. Les professionnels ont été recensés via AMELI. La remise en main propre a été favorisée le plus possible. Dans le cas contraire, la remise s'est faite par les associés, les secrétaires ou dans les boîtes aux lettres.

L'évènement a été communiqué sur internet sur : le site de la CPTS des 7 villes, LinkedIn® et Facebook®.

Des relances ont été faites par courriel, bouche à oreille ou rediffusion de flyers.

L'horaire de l'évènement a été décidé lors d'un bureau de la CPTS.

c) Mise en place du projet

Environ 100 heures ont été nécessaires pour mettre en place ce projet. Les principales étapes sont citées ci-dessous (Tableau 2).

ÉTAPES DU PROJET		DURÉE MOYENNE DE RÉALISATION (en heure)
ÉTAPE PRÉPARATOIRE	- Listing détaillé de chaque étape du projet et établissement d'un rétroplanning	8h
	- Présentation du projet pour obtention du financement (recherche, préparation et présentation)	3h
ÉTAPE EXPLORATOIRE	- Entretiens semi-dirigés <i>(Hors retranscription + temps de trajet)</i>	3h
	- Participation ateliers GPSO <i>(Hors temps de trajet)</i>	3h
ÉTAPE ÉPONGE	- Échanges téléphoniques/courriels	2h30
	- Entretien avec comédienne	1h
LOGISTIQUE	• Communication	
	- Création de flyers	2h30
	- Devis + impression	2h
	- Diffusion	40h
	• Son	
	- Récupération et test des micros	1h30
	• Estrade (scène)	
	- Devis	3h
	- Trajet	2h30
	- Chargement	1h30
- Montage + démontage	4h	
- Transport à récupérer (camion)	1h	
• Salle/traiteur		
- Recherche (courriels, appels téléphoniques)	10h	
- Visite des salles	3h30	
- Entretiens téléphoniques (suivi)	1h	
- Entretien final présentiel	1h	
• Préparation jour J		
- Impression affiches grand format	1h	
- Impression questionnaires	1h	
- Mise en place de la salle	1h	

**Tableau 2** - Récapitulatif des principales étapes et durée moyenne de réalisation.

## D- ACTION

### • Déroulement de l'action

La pièce de théâtre s'est déroulée le 7 juin 2024 à 20h, à la salle Tendance et Fraicheur de Leers.

L'accueil des participants a été réalisé par des membres de la CPTS à partir de 19h.

Soixante-quatorze participants dont 65 professionnels de santé y ont assisté.

Après une courte présentation par la responsable de la troupe de théâtre, la représentation a commencé à 20h15 pour une durée d'environ 45 minutes.

La pièce était jouée par deux actrices et un acteur. Les dialogues étaient improvisés, les saynètes étant préparées par la troupe en amont grâce aux matériaux de la phase dite « éponge ».

Au terme de la représentation, un temps d'échange a été consacré et animé par la responsable de la troupe de théâtre.

Il s'agissait de passer la parole au public pour recueillir les questionnements/réflexions induits par la pièce et en discuter. Deux experts de la thématique modéraient les débats.

Le questionnaire de satisfaction était distribué au terme des échanges et un cocktail dinatoire était servi.

La soirée a pris fin vers 23H30.

Un courriel de remerciement a été envoyé à tous les participants le 13 juin 2024.

- **Coût de l'action**

Le coût total du projet s'est élevé à 4 249,24€. (Tableau 3)

Troupe de théâtre	1 390€
Salle et Traiteur (Tendance et Fraicheur)	2 465€
Flyers	50,04€
Estrade (entreprise N2S)	251,52€
Carburant	86,83€
Camion et micros	Prêt
Petit matériel	5,85€
<b>Total</b>	<b>4 249,24€</b>

**Tableau 3** - Détail des dépenses.

## E- ÉVALUATION

### 1- Évaluation de la satisfaction

Au total, 69 questionnaires ont été récupérés à l'issue de la représentation.

Neuf questionnaires ont été exclus en raison d'une profession n'appartenant pas au domaine de la santé.

#### a) Analyse descriptive

- **Étude des participants**

Au total, 10 professions différentes ont été répertoriées :

- médecin, infirmier, pharmacien, kinésithérapeute, orthophoniste, diététicien, sage-femme, dentiste, aide-soignant, sophrologue.

Trois professions ont été regroupées en raison d'un effectif individuel faible (dentiste, aide-soignant, sophrologue).

On comptait 24 médecins (dont 7 internes) représentant 39% des participants, 11 infirmiers (18%) et 7 pharmaciens (11%). (Figures 2,3)

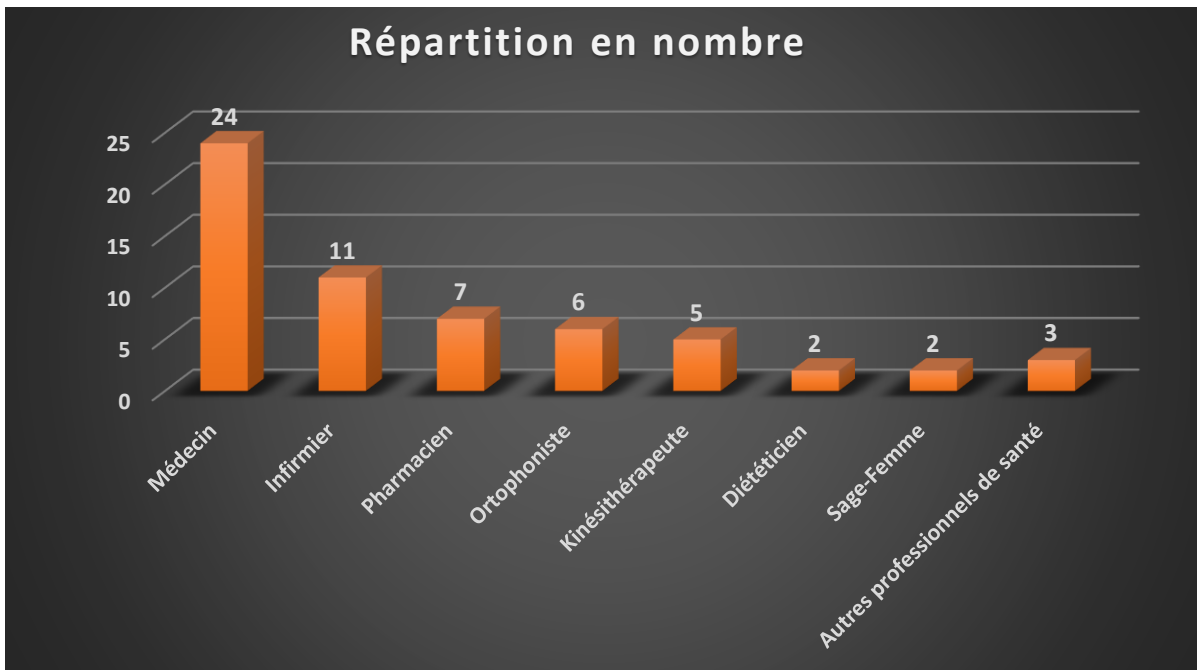


Figure 2 - Répartition des participants par profession (en nombre).

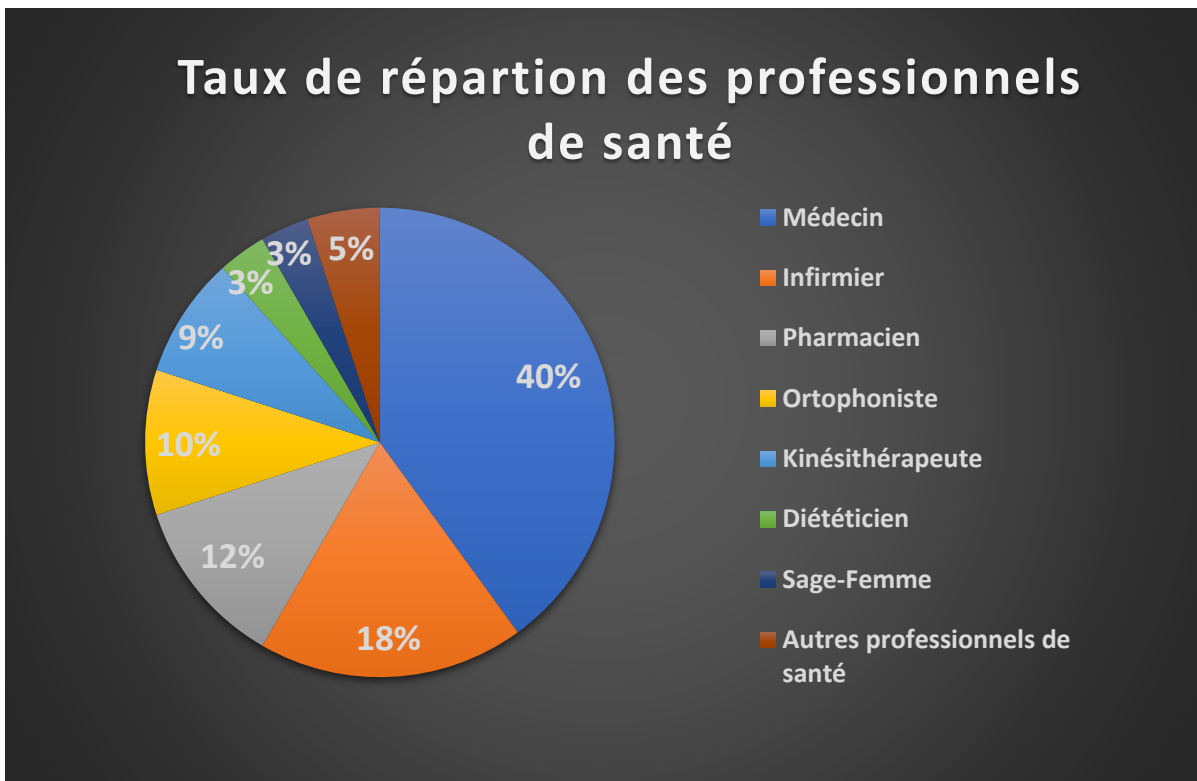


Figure 3 - Répartition des participants par profession (en pourcentage).

- **Études des moyennes et écarts-types**

En moyenne, sur une échelle de 0 à 10, les professionnels de santé évaluaient à :

- 9,2 : leur niveau de satisfaction (tableau 4),
- 8,6 : le réalisme de la pièce (tableau 5),
- 8,3 : l'utilité dans leur pratique (tableau 6).

Profession	Nombre de professionnels	Moyenne	Ecart Type	Valeur Min.	Valeur Max.
Pharmacien	7	9,14	1,21	7	10
Autres professionnels de santé	3	10,00	0,00	10	10
Diététicien	2	10,00	0,00	10	10
Infirmier	11	9,00	0,89	8	10
Kinésithérapeute	5	9,00	1,00	8	10
Médecin	24	9,00	1,87	2	10
Orthophoniste	6	9,50	1,22	7	10
Sage-femme	2	10,00	0,00	10	10
<b>Total général</b>	<b>60</b>	<b>9,18</b>	<b>1,40</b>	<b>2</b>	<b>10</b>

**Tableau 4** - Tableau récapitulatif de satisfaction globale.

Profession	Nombre de professionnels	Moyenne	Ecart Type	Valeur Min.	Valeur Max.
Autres professionnels de santé	3	8,67	1,53	7	10
Diététicien	2	10,00	0,00	10	10
Infirmier	11	8,91	1,22	7	10
Kinésithérapeute	5	8,40	1,67	6	10
Médecin	24	8,63	1,66	2	10
Orthophoniste	6	8,33	1,03	7	10
Pharmacien	7	8,14	1,07	6	9
Sage-femme	2	8,50	0,71	8	9
<b>Total général</b>	<b>60</b>	<b>8,62</b>	<b>1,39</b>	<b>2</b>	<b>10</b>

**Tableau 5** - Tableau récapitulatif du réalisme de la pièce.

Profession	Nombre de Professionnels	Moyenne	Ecart Type	Valeur Min.	Valeur Max.
Autres professionnels de santé	3	8,33	1,53	7	10
Diététicien	2	9,00	1,41	8	10
Infirmier	11	8,27	1,95	4	10
Kinésithérapeute	5	8,20	1,30	7	10
Médecin	24	8,33	1,97	2	10
Orthophoniste	6	8,17	1,72	6	10
Pharmacien	7	8,00	2,00	4	10
Sage-femme	2	10,00	0,00	10	10
<b>Total général</b>	<b>60</b>	<b>8,33</b>	<b>1,78</b>	<b>2</b>	<b>10</b>

**Tableau 6** - Tableau récapitulatif du caractère pratique de la pièce.

## b) Analyse des saisies libres

### • **Format de la pièce**

Un participant a proposé d'autres supports pouvant être utiles : des podcasts d'échanges et des vidéos (pièce filmée).

### • **Attentes des professionnels sur le sujet**

Une question ouverte était posée afin de connaître les attentes des professionnels, à savoir :

- Le souhait que soit cité de manière explicite les paroles « stigmatisantes » pouvant être dites par les professionnels aux patients,
- D'obtenir des outils concrets sur la manière d'aborder le sujet de l'obésité avec les patients,
- D'aborder l'obésité de l'enfant et de l'adolescent,
- De former plus les professionnels de santé sur le sujet,
- De citer d'autres exemples de conséquences de l'obésité plus graves que les lombalgies pour expliquer l'intérêt de maigrir.

### • **Explications concernant l'utilité de la pièce**

Une question ouverte a été posée afin de connaître, de manière plus détaillée, les raisons qui ont amenées les professionnels de santé à estimer la pièce utile pour leur pratique professionnelle :

#### ➤ **Réflexivité**

Selon les professionnels de santé, la pièce de théâtre permet d'être réflexif. En effet, on retrouve dans les questionnaires :

*« Ça amène à la réflexion une nouvelle fois sur ses pratiques, sur l'importance du choix des mots. », « Amène en chacun des questionnements et prises de conscience. »*

#### ➤ **Empathie**

D'après les résultats, il semblerait que la pièce améliore l'empathie des soignants. On observe dans les questionnaires les phrases suivantes :

*« Permet de se mettre à la place des patients ayant vécu ces situations. », « Comprendre les sentiments/ressentis des personnes avec obésité (honte, culpabilité, peur, etc). »*

#### ➤ **Vision globale du patient**

Cette pièce a mis en évidence différents points de vue dans la prise en soin des patients :

*« Comprendre et voir les différents angles de vue (patients, praticiens, proches des patients) dans l'approche des patients avec obésité. »*

#### ➤ **Formation**

Cette pièce a permis de faire connaître le dispositif GPSO :

*« Pouvoir proposer GPSO aux patients. »*



Elle a également permis de mieux comprendre la stigmatisation :

« Avant cette pièce je n'associais la grossophobie uniquement aux paroles désobligeantes mais pas à une discrimination liée à un problème de matériel qui pourtant impacte le patient. »

➤ Rappel pour les soignants

Il a été mis en avant que la pièce permettait d'être un bon rappel pour les soignants :

« Bon rappel pour nous pour être plus attentifs au quotidien. », « Ecouter ++. Laisser parler. »

Toutefois, deux soignants ont estimé que la pièce n'avait pas été utile pour leur pratique. On peut lire :

« Non car je suis sensibilisée à être dans une écoute active de l'autre et j'ai la chance de pouvoir prendre le temps avec chacun. » « Je suis déjà sensibilisée au sujet de la stigmatisation (mot qui n'a d'ailleurs pas été utilisé dans la scène). »

➤ Propositions d'amélioration :

Un champ libre a été mis à la fin du questionnaire afin de recueillir des axes d'amélioration. Il a été proposé de :

- « Faire une boîte à questions pour ceux qui n'osent pas prendre la parole en public ou autres raisons. »,
- « Montrer comment utiliser le réseau GPSO avec une démonstration complète. »,
- « Faire intervenir des patients ayant fait un parcours de soin contre leur obésité. »,
- « Quel dommage ! Occasion manquée. Pourquoi ne pas avoir joué les entretiens soignant-patient, avec des situations de stigmatisation que nous aurions pu commenter ? Pourquoi ridiculiser de la sorte les patients et pas les médecins stigmatisateurs ? On montre des situations plus fines où la stigmatisation est très évidente. Une réponse à mes questions : la pièce a été écrite à partir de témoignages de soignants et non de patients. »

## 2- RETEX avec les membres du COPIL

Le RETEX a eu lieu le 22 juillet 2024 en présence de la chercheuse, du directeur de thèse et de la trésorière de la CPTS. Celui-ci a duré environ 1 heure. Les résultats de l'enquête d'évaluation, notamment l'analyse des « saisies libres », ont servi de support.

Cet échange a permis d'identifier les points positifs mais également les axes d'amélioration repris dans le tableau 7.

Points positifs	Axes d'amélioration
<ul style="list-style-type: none"><li>- Satisfaction des professionnels présents et de la troupe de théâtre.</li><li>- Bonne organisation de l'événement.</li><li>- Bonne participation des professionnels lors de l'échange après la représentation.</li><li>- Logistique adaptée (lieu, son...).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Manque de patients présents à l'événement.</li><li>- Manque de contact de la compagnie avec les patients.</li><li>- Boîte à questions à envisager pour faciliter les échanges.</li><li>- Mieux expliquer le projet GPSO.</li></ul>

Tableau 7 - Récapitulatif RETEX.

## 3- Évaluation de l'effet sur l'empathie

L'effet du théâtre est évalué par d'autres travaux : le premier s'intéressant à l'effet sur l'empathie et le second au sens donné à l'expérience par les participants.

## IV. DISCUSSION

### A- PRINCIPAUX RÉSULTATS

L'objectif de cette étude était de mettre en place une action visant à sensibiliser les professionnels de santé à la stigmatisation liée au poids, au sein même d'une CPTS des Hauts-de-France. L'action s'est déroulée le 7 juin 2024 à 20h, à la salle Tendance et Fraicheur de Leers. Soixante-quatorze participants étaient dénombrés dont 65 professionnels de santé.

Les professionnels de santé se sont déclarés majoritairement satisfaits. En effet, on retrouve une note moyenne de 9,18/10 avec un écart-type moyen de 1,40.

Les soignants ont également jugé la pièce utile pour la pratique de leur profession, avec une moyenne globale de 8,33/10 et un écart-type moyen de 1,78.

Le format de la pièce est adapté à la sensibilisation selon les participants.

### B- COMPARAISON À LA LITTÉRATURE

Les professionnels de santé rencontrent de nombreuses difficultés dans la prise en soin de l'obésité. Parmi elles, on peut citer principalement : la difficulté d'accès aux soins, le manque de multidisciplinarité, le manque de suivi psychologique. La littérature retrouve des résultats similaires. (14,15)

Par ailleurs, d'autres difficultés non retrouvées dans notre étude sont souvent rapportées par les médecins, notamment le manque de formation ainsi que l'inobservance des conseils. (12,14,15)

Les patients rapportent eux aussi des désagréments dans leur prise en soin. Des études mettent en évidence des résultats comparables à la nôtre. En effet, dans l'étude menée par A.LE MERLE et R.PAYEUR (2022), les patients rapportent des comportements inadaptés tels que : le paternalisme et l'infantilisation, les préjugés et les moqueries, la culpabilisation... Par ailleurs, les patients déclarent un manque d'écoute et d'empathie. Ils regrettent également le manque de suivi, de multidisciplinarité et de matériel adapté. Pour finir, les patients déplorent l'omniprésence du poids en consultation. (9) L'étude menée par O.BARROIS (2022) trouve des résultats similaires.(28)

Cette stigmatisation a de multiples conséquences telles que : la méfiance et une appréhension envers le milieu médical, des sentiments de tristesse-humiliation-culpabilité, le renforcement des troubles du comportement alimentaire... D'autres conséquences sont citées dans la littérature, à savoir : l'éviction du système de soin et la rupture de suivi, des retards diagnostiques, des troubles psychologiques (anxiété, dépression...), des découragements, un sentiment d'abandon du corps médical... (8-10,28)

Le théâtre semble être une méthode appréciée des professionnels de santé. En effet, notre étude retrouve une moyenne de 9,18/10. En comparaison, une étude rétrospective menée auprès des étudiants de 4<sup>ème</sup> année de médecine de l'Université d'Angers retrouve également un taux de satisfaction élevé, avec une moyenne de 7,79/10. La note plus faible que celle de notre étude pouvant s'expliquer par un échantillon plus important.(29) Par ailleurs, le théâtre semble être un bon outil de développement de compétences techniques mais également non techniques. L'étude d'E.CRICQ a révélé que plus de 80% des étudiants estimaient avoir été sensibilisés aux objectifs pédagogiques d'annonce de maladies graves et de relation-communication avec les patients.(29)

Une diminution des attitudes stigmatisantes a été constatée dans de nombreuses études. L'étude de WASMUTH (2022) a mis en évidence une diminution significative du score mesurant les attitudes stigmatisantes (évaluées par l'échelle AAQ-S : Acceptance and Action Questionnaire Stigma).(35) L'étude de SHAPIRO retrouve après intervention une diminution des préjugés implicites de 10-15%, évaluée par l'IAT (Implicit Association Test). (36) Pour finir, le théâtre semble améliorer la réflexivité des soignants. Dans le travail d'E.CRICQ, le caractère réflexif apparaît dans les avantages pédagogiques évoqués spontanément par les étudiants. On peut également

retrouver : « permet de s'interroger sur sa façon de faire », « cela nous renvoie parfois directement à nos réactions et questions ».(29)

L'analyse des saisies libres de notre étude semble retrouver des résultats similaires quant à la réduction des attitudes stigmatisantes, la réflexivité et l'amélioration de la formation des soignants. Toutefois aucune certitude ne peut être établie, ces éléments n'étant pas l'objectif de notre étude et n'ayant pas fait l'objet d'une évaluation directe.

## C- FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

La grille SRQR (Annexe 5) a été utilisée pour guider le travail.

### 1- Limites

#### a) Limites de l'action

Cette étude a été pensée par des professionnels de santé à destination des soignants. Le manque d'implication de patients partenaires ou d'utilisateurs est à souligner. Toutefois, il s'agissait d'un choix délibéré compte-tenu de la complexité du travail déterminée a priori.

De plus, l'étude a été menée avec un a priori qui était celui de modifier l'exercice professionnel, alors que les causes de la stigmatisation perçues sont plus complexes.

Par ailleurs, on peut supposer que les professionnels ayant participé à la représentation étaient déjà sensibilisés à cette thématique.

Concernant la pièce, les échanges tenus entre les professionnels et la troupe après la pièce ayant lieu en public, certaines personnes n'ont probablement pas exprimé leur avis.

Pour finir, il s'agit d'une action coûteuse tant sur le plan financier que sur le plan humain, rendant sa reproduction difficile.

#### b) Limites de l'enquête exploratoire et de la recherche documentaire

La recherche documentaire a été menée de manière non systématique, sans l'utilisation d'une équation de recherche préalablement définie. Cela limite l'exhaustivité et la reproductibilité des résultats.

L'échantillonnage utilisé était un échantillonnage de convenance, sans saturation des données recherchées.

Le nombre et la durée des entretiens étaient limités. Cependant, il s'agissait d'un travail exploratoire utilisé en support, sans souhait d'exhaustivité.

#### c) Limites du questionnaire de satisfaction

Le biais de sélection est une des limites. En effet, les professionnels de santé ayant participé à l'évènement étaient probablement déjà sensibilisés à la thématique, ce qui peut limiter la représentativité de la population cible.

Par ailleurs, l'analyse des parties « saisies libres » est d'interprétation délicate. Elle se voulait principalement support du retour d'expérience.

Il existe un biais de désirabilité sociale du questionnaire, les participants étant invités pouvant répondre de manière orientée au questionnaire de satisfaction.

Il existe un biais de formulation des questions, notamment concernant le réalisme ou l'utilité de la pièce.

## **2- Forces**

Ce travail est original non seulement par la méthode de recherche-action choisie, mais également par l'action menée. L'utilisation du théâtre-forum dans la sensibilisation des professionnels de santé à la stigmatisation liée au poids est une approche innovante.

Cette action a réuni un grand nombre de professionnels de santé.

De plus, une triangulation des méthodes de recueil de données et d'analyse a été utilisée dans cette étude. Des observations directes, des entretiens et des questionnaires ont été combinés.

Des travaux d'évaluation dédiés sont en cours pour poursuivre l'évaluation de l'intervention.

## **D- PERSPECTIVES**

Un travail mesurant l'effet de cette action sur l'empathie est en cours d'évaluation. Si l'effet d'actions comparables sur l'empathie a été relevé et mesuré (32,34,36,37), une atténuation des effets à moyen et long terme est retrouvée.(32,38) L'une des pistes de réflexion est de s'intéresser aux causes de cette atténuation et de trouver les éventuels moyens à une pérennisation, le cas échéant.

Une alternative aux pièces de théâtre en temps réel serait de filmer ces représentations. En effet, cela permettrait de diffuser de manière plus large mais aussi répétée tout en limitant les coûts. Par ailleurs, la littérature a montré l'efficacité des formats vidéo dans des interventions similaires. (39–42)

De plus, si l'un des objectifs était de créer du lien entre les professionnels, son évaluation n'a pas été prévue. Compte-tenu du développement des structures d'exercice coordonné, il serait intéressant de mesurer cet effet et son intérêt.

Pour finir, on pourrait envisager de construire ce type d'actions conjointement avec des usagers du système de santé. En effet, l'implication des patients partenaires pourrait enrichir le contenu des représentations théâtrales.

## BIBLIOGRAPHIE

1. WHO Consultation on Obesity (1999: Geneva S, Organization WH. Obesity : preventing and managing the global epidemic : report of a WHO consultation [Internet]. World Health Organization; 2000 [cité 30 août 2024]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/42330>
2. Medtronic. L'obésité, une maladie chronique ? [Internet]. [cité 30 août 2024]. Disponible sur: <https://www.medtronic.com/fr-fr/e/emea-patient/Obesite-une-maladie-chronique.html>
3. r21-7441.pdf [Internet]. [cité 9 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r21-744/r21-7441.pdf>
4. Fontbonne A, Currie A, Tounian P, Picot MC, Foulatier O, Nedelcu M, et al. Prevalence of Overweight and Obesity in France: The 2020 Obepi-Roche Study by the "Ligue Contre l'Obésité". J Clin Med [Internet]. janv 2023 [cité 9 juill 2024];12(3):925. Disponible sur: <https://www.mdpi.com/2077-0383/12/3/925>
5. Sénat [Internet]. 2023 [cité 28 août 2024]. Surpoids et obésité, l'autre pandémie. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r21-744/r21-744.html>
6. Zhang W, Bansback N, Anis AH. Measuring and valuing productivity loss due to poor health: A critical review. Soc Sci Med [Internet]. janv 2011 [cité 28 août 2024];72(2):185-92. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953610007756>
7. OECD. The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention [Internet]. OECD; 2019 [cité 28 août 2024]. (OECD Health Policy Studies). Disponible sur: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-heavy-burden-of-obesity\\_67450d67-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-heavy-burden-of-obesity_67450d67-en)
8. Mémoire sur l'analyse de la grossophobie médicale, toulouse [Internet]. [cité 27 nov 2023]. Disponible sur: <https://dante.univ-tlse2.fr/access/files/original/1a453bab8a222342a96485843cc7293244aed15d.pdf>
9. Merle AL, Payeur R. 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.
10. Wu YK, Berry DC. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. J Adv Nurs. mai 2018;74(5):1030-42.
11. Folope V. Grossophobie dans le monde soignant, une réalité à combattre. Soins [Internet]. sept 2021 [cité 27 nov 2023];66(858):22-4. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0038081421001778>
12. Papadopoulos S, Brennan L. Correlates of weight stigma in adults with overweight and obesity: A systematic literature review. Obes Silver Spring Md. sept 2015;23(9):1743-60.
13. synthese.\_parcours\_surpoids-obesite\_de\_ladulte.pdf [Internet]. [cité 9 juill 2024]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-02/synthese.\\_parcours\\_surpoids-obesite\\_de\\_ladulte.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-02/synthese._parcours_surpoids-obesite_de_ladulte.pdf)
14. Jf T, A A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. Int J Obes 2005 [Internet]. sept 2005 [cité 27 nov 2023];29(9). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15925948/>
15. Masson E. EM-Consulte. [cité 27 nov 2023]. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne dans la prise en charge de l'obésité et pistes d'amélioration possibles. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/981180/difficultes-rencontrees-par-les-medecins-generalis>

16. DGOS. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 12 juill 2024]. Expérimenter et innover pour mieux soigner. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article-51>
17. Accueil | GPS-Obésité [Internet]. [cité 27 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.gps-obesite.fr/>
18. gpso-arrete\_et\_cdc.pdf [Internet]. [cité 27 nov 2023]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/gpso-arrete\\_et\\_cdc.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/gpso-arrete_et_cdc.pdf)
19. Catroux M. Introduction à la recherche-action : modalités d'une démarche théorique centrée sur la pratique. Cah APLIUT Pédagogie Rech [Internet]. 15 mars 2002 [cité 22 août 2024];(Vol. XXI N° 3):8-20. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/cahiersapliut/4276>
20. Allard-Poesi F, Perret V. La Recherche-Action. In: Giordano Y, éditeur. Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative [Internet]. EMS; 2003 [cité 22 août 2024]. p. 85-132. Disponible sur: <https://hal.science/hal-01490609>
21. Bureau Elric, Évaluation de l'intérêt de l'utilisation d'une représentation théâtrale dans le développement de la relation médecin-patient : une revue systématique de la littérature.- Google Docs [Internet]. [cité 12 juill 2024]. Disponible sur: <https://docs.google.com/document/d/1QTau29MIsYLHBR3m7nTZs1AVctCTpUqr/edit?pli=1>
22. "Best Practice" for Patient-Centered Communication: A Narrative Review - PMC [Internet]. [cité 11 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3771166/>
23. Rao JK, Anderson LA, Inui TS, Frankel RM. Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients: a systematic review of the evidence. In: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet] [Internet]. Centre for Reviews and Dissemination (UK); 2007 [cité 4 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK74801/>
24. Zolnieriek KBH, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. Med Care. août 2009;47(8):826-34.
25. Bontoux D, Autret A, Jaury P, Laurent B, Levi Y, Olié J. RELATION MÉDECIN MALADE.
26. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. Lancet Lond Engl. 10 mars 2001;357(9258):757-62.
27. Daussy D. L'insatisfaction dans la relation médecin-malade: le point de vue du malade.
28. 2022\_BARROIS\_Ophelie.pdf [Internet]. [cité 28 août 2024]. Disponible sur: [https://publication-theses.unistra.fr/public/theses\\_exercice/MED/2022/2022\\_BARROIS\\_Ophelie.pdf](https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2022/2022_BARROIS_Ophelie.pdf)
29. thèse: théâtre-forum dans l'apprentissage de la relation [Internet]. [cité 27 nov 2023]. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/14007429/2017MDEM8410/fichier/8410F.pdf>
30. Bellanger W, Cricq ES, Fayolle AV, Texier-Legendre G, Guelff J, Cade C. La pratique du théâtre-forum pour la formation à la relation en santé. Une expérience exploratoire. Pédagogie Médicale [Internet]. 2019 [cité 27 nov 2023];20(3):121-9. Disponible sur: <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/abs/2019/04/pmed180040/pmed180040.html>
31. Bridging the humanities and health care with theatre: Theory and outcomes of a theatre-based model for enhancing psychiatric care via stigma reduction. [Internet]. [cité 11 juill 2024]. Disponible sur: <https://psycnet.apa.org/record/2023-30744-001>

32. Van Winkle LJ, Fjortoft N, Hojat M. Impact of a Workshop About Aging on the Empathy Scores of Pharmacy and Medical Students. *Am J Pharm Educ* [Internet]. 10 févr 2012 [cité 11 juill 2024];76(1):9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3298407/>
33. Eisenberg A, Rosenthal S, Schluskel YR. Medicine as a performing art: what we can learn about empathic communication from theater arts. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* mars 2015;90(3):272-6.
34. Deloney LA, Graham CJ. Wit: using drama to teach first-year medical students about empathy and compassion. *Teach Learn Med.* 2003;15(4):247-51.
35. Wasmuth S, Pritchard KT, Belkiewitz J. Bridging the humanities and health care with theatre: Theory and outcomes of a theatre-based model for enhancing psychiatric care via stigma reduction. *Psychiatr Rehabil J.* 2023;46(4):285-92.
36. Shapiro J, Hunt L. All the world's a stage: the use of theatrical performance in medical education. *Med Educ* [Internet]. 2003 [cité 1 sept 2024];37(10):922-7. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2923.2003.01634.x>
37. Sevrain-Goideau M, Gohier B, Bellanger W, Annweiler C, Campone M, Coutant R. Forum theater staging of difficult encounters with patients to increase empathy in students: evaluation of efficacy at The University of Angers Medical School. *BMC Med Educ* [Internet]. 24 févr 2020 [cité 31 juill 2024];20:58. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7041274/>
38. Michalak EE, Livingston JD, Maxwell V, Hole R, Hawke LD, Parikh SV. Using theatre to address mental illness stigma: a knowledge translation study in bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord* [Internet]. 21 janv 2014 [cité 1 sept 2024];2(1):1. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/2194-7511-2-1>
39. Hawke LD, Michalak EE, Maxwell V, Parikh SV. Reducing stigma toward people with bipolar disorder: Impact of a filmed theatrical intervention based on a personal narrative. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 18 déc 2013 [cité 31 août 2024]; Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0020764013513443>
40. Clement S, Nieuwenhuizen A van, Kassam A, Flach C, Lazarus A, Castro MD, et al. Filmed v. live social contact interventions to reduce stigma: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* [Internet]. juill 2012 [cité 31 août 2024];201(1):57-64. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/filmed-v-live-social-contact-interventions-to-reduce-stigma-randomised-controlled-trial/6FF8D25719C2D892554799A9178B9147>
41. Faigin DA, Stein CH. Comparing the effects of live and video-taped theatrical performance in decreasing stigmatization of people with serious mental illness. *J Ment Health* [Internet]. 1 janv 2008 [cité 31 août 2024]; Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638230701505822>
42. Molloy MA, Sabol VK, Silva SG, Guimond ME. Using Trigger Films as a Bariatric Sensitivity Intervention: Improving Nursing Students' Attitudes and Beliefs About Caring for Obese Patients. *Nurse Educ* [Internet]. févr 2016 [cité 31 août 2024];41(1):19. Disponible sur: [https://journals.lww.com/nurseeducatoronline/abstract/2016/01000/using\\_trigger\\_films\\_as\\_a\\_bariatric\\_sensitivity.8.aspx#](https://journals.lww.com/nurseeducatoronline/abstract/2016/01000/using_trigger_films_as_a_bariatric_sensitivity.8.aspx#)

# ANNEXES

## ANNEXE 1- SCHÉMA DU PARCOURS GPSO

### UN PARCOURS DE 2 ANS... POUR UN CHANGEMENT DANS LA DURÉE !

#### A. BILAN PERSONNALISÉ



Un médecin et un référent professionnel de santé vous accompagnent tout au long du parcours, entourés d'une équipe multiprofessionnelle qui pourra intervenir en fonction de vos besoins.

1

Vous faites le point sur votre problème de poids avec un médecin et un professionnel de santé.

2

Vous recevez un plan d'actions personnalisé.

Vous avez plus de 18 ans, vous avez un problème avec votre poids et vous voulez changer ?  
Démarrez le parcours GPS Obésité !

#### B. ACCOMPAGNEMENT AU CHANGEMENT



3

Vous suivez un programme d'aide au changement.

Ce programme est animé par une équipe comprenant diététiciennes, psychologues et enseignants d'activité physique adaptée.

Objectifs :

- > Améliorer l'estime de soi
- > Augmenter l'activité physique
- > Modifier les choix alimentaires
- > Recréer du lien social

#### C. SUIVI ET AUTONOMISATION



4  
Échangez avec votre médecin et votre référent de parcours pour évaluer vos progrès et vos besoins.

Échanges et rencontres avec d'autres intervenants du milieu de la santé, mais aussi des secteurs associatifs et sociaux : maisons de quartiers, collectif d'usagers...

5

Au bout de deux ans, vous réalisez un bilan complet de votre parcours avec le médecin.





## ANNEXE 2- GUIDES D'ENTRETIEN

### 1- GUIDE D'ENTRETIEN DE PATIENTS

« Bonjour,

Je suis Ilhem ZOUGGAGH, je viens de finir mon internat de médecine générale. Dans le cadre de ma thèse concernant l'élaboration d'une action de théâtre visant à sensibiliser les médecins généralistes à la stigmatisation des patients atteints d'obésité, j'aimerais vous interroger à l'aide d'un questionnaire afin d'obtenir des informations de patients qui me permettront de mener à bien ce projet.

- 1- Selon vous, qu'est-ce qu'un bon professionnel de santé ?
- 2- Pourriez-vous me dire comment s'est déroulée votre dernière consultation avec un professionnel de santé ?  
Si le patient nous donne une expérience négative, poser les questions suivantes :
  - Quelle a été votre réaction face à cette expérience ?
  - Pensez-vous que cette expérience a eu des conséquences ?
- 3- Selon vous, un professionnel doit-il aborder la question du poids ? Si oui, comment souhaiteriez-vous qu'il l'aborde ?
- 4- Qu'attendez-vous des soignants concernant la prise en soin de l'obésité ?
- 5- Avez-vous vécu une expérience négative avec un professionnel de santé en raison de votre poids ? »

## 2- GUIDE D'ENTRETIEN DES PROFESSIONNELS DE SANTE

« Bonjour,

Je suis Ilhem ZOUGGAGH, je viens de finir mon internat de médecine générale. Dans le cadre de ma thèse concernant l'élaboration d'une action de théâtre visant à sensibiliser les médecins généralistes à la stigmatisation des patients atteints d'obésité, j'aimerais vous interroger à l'aide d'un questionnaire, afin d'obtenir des informations de professionnels qui me permettront de mener à bien ce projet.

- 1- Quelles difficultés rencontrez-vous lors de la prise en soin des patients atteints d'obésité ?
- 2- Quelles sont vos attentes concernant la prise en soin de ces patients ?
- 3- Que pensez-vous de la grossophobie chez les professionnels de santé ?
- 4- Avez-vous déjà été témoin d'une situation de grossophobie impliquant un professionnel de santé ? Si oui, pourriez-vous me l'expliquer ? »

### ANNEXE 3- QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

- *Bonjour, je suis Ilhem ZOUGGAGH, étudiante en médecine. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur votre satisfaction suite à la pièce. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier votre satisfaction et vos propositions d'amélioration. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez avoir assisté à la pièce de théâtre. Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 3 à 5 minutes seulement !*

*Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droits de retrait ou de modification.*


*Pour assurer une sécurité optimale, vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse.*

- *Veillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé. Merci à vous !*


# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

1- Quelle est votre profession ? .....

2- Avez-vous aimé la représentation ?

**Pas du tout d'accord** 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 **Complètement d'accord**

3- Est-ce que le format utilisé (pièce de théâtre) vous semble adapté à la sensibilisation de cette thématique ?

OUI  NON

- Si non quelle action préconisez-vous ? .....  
.....  
.....

4- Selon vous cette pièce correspond-elle à la réalité ?

**Pas du tout d'accord** 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


 **Complètement d'accord**

- Avez-vous d'autres attentes sur le sujet ? .....  
.....  
.....

5- Avez-vous trouvé cette pièce utile pour votre pratique ?

**Pas du tout d'accord** 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 **Complètement d'accord**

- Pourquoi ? .....  
.....  
.....

6- Propositions d'amélioration (champ libre) :

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : [ilhem.zouggagh@etu.univ-lille.fr](mailto:ilhem.zouggagh@etu.univ-lille.fr)

**SAVE THE DATE**

La compagnie **La Belle Histoire** vous présente  
une pièce de théâtre sur le thème de la :

**GROSSOPHOBIE  
MEDICALE**

**VENDREDI 7 JUIN 2024  
A 20H**

Salle de Réception **Tendance et Fraicheur**  
(72 Rue Pierre Catteau, 59115 Leers),

Une collation aura lieu à l'issue de la représentation.

**Entrée Gratuite  
Places Limitées**  
Confirmez votre présence  
via le QR code:



## ANNEXE 5- GRILLE SRQR

Tableau I. Traduction française originale des normes SRQR pour rendre compte des recherches qualitatives réalisées.

N°	Objet	Item
<b>Titre et résumé</b>		
S1	Titre	Description concise de la nature et du sujet de l'étude. Il est recommandé d'identifier l'étude comme qualitative ou d'indiquer le type d'approche (ex : ethnographique, théorisation ancrée/ <i>grounded theory</i> ) ou les méthodes de recueil des données (ex : entretien de recherche, <i>focus group</i> ).
S2	Résumé	Résumé des éléments clés de l'étude en utilisant le format requis par la revue ciblée ; cela inclut typiquement : le contexte, l'objet, les méthodes, les résultats et conclusions.
<b>Introduction</b>		
S3	Formulation du problème	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Description et importance du problème /phénomène étudié.</li> <li>– Passage en revue d'une théorie appropriée et de travaux empiriques afférents.</li> <li>– Énonciation du problème.</li> </ul>
S4	Objectif ou question de recherche	Objectif de l'étude et objectifs spécifiques ou questions.
<b>Méthodes</b>		
S5	Approche qualitative et paradigme de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Type d'approche qualitative (ex. ethnographique, théorisation ancrée /<i>grounded theory</i>, étude de cas, phénoménologie, recherche narrative) et éventuellement champ théorique.</li> <li>– Identifier le paradigme de recherche (ex. post-positiviste, constructiviste /interprétatif) est également recommandé.</li> <li>– Justifications<sup>b</sup>.</li> </ul>
S6	Caractéristiques et réflexivité des chercheurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Caractéristiques des chercheurs ayant pu influencer la recherche, y compris les caractéristiques personnelles, les qualifications /expériences, la relation avec les participants, les postulats de départ et/ou présupposés.</li> <li>- Exploration de l'interaction potentielle ou réelle entre les caractéristiques du chercheur et les questions de recherche, l'approche, les méthodes, les résultats et/ou la transférabilité (i.e., <i>l'applicabilité des résultats à d'autres contextes empiriques</i>).</li> </ul>
S7	Contexte	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Cadre /terrain de l'étude et facteurs contextuels marquants.</li> <li>– Justifications<sup>b</sup>.</li> </ul>
S8	Stratégie d'échantillonnage	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Comment et pourquoi les participants, les documents ou les événements étudiés ont été sélectionnés.</li> <li>– Critères de décision utilisés pour la taille de l'échantillon (ex. saturation de l'échantillon).</li> <li>– Justifications<sup>b</sup>.</li> </ul>
S9	Questions éthiques relatives aux êtres humains.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Informations relatives à l'autorisation par un comité d'éthique approprié et à l'obtention de consentement des participants, ou justification de l'absence de tels éléments.</li> <li>- Autres renseignements relatifs aux questions de confidentialité et de sécurité des données.</li> </ul>
S10	Méthodes de recueil de données	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Types de données recueillies.</li> <li>– Détails des procédures de collecte de données, incluant le cas échéant : les dates de début et d'arrêt de la collecte et de l'analyse des données, le processus itératif</li> </ul>

N°	Objet	Item
		(i.e., l'adaptation des outils de recueil lors du processus de va-et-vient entre le terrain et les outils de recueil), la triangulation des sources /méthodes, et la modification des procédures en réponse à l'évolution des résultats de l'étude. – Justifications <sup>b</sup> .
S11	Instruments et outils de recueil des données	– Description des instruments de recueil (ex. guides d'entretien, questionnaires à questions ouvertes) et des outils utilisés (ex. enregistreurs audio) pour la collecte des données. – Préciser si et comment les outils ont changé au cours de l'étude.
S12	Unités d'étude	– Nombre et caractéristiques pertinentes des participants, documents ou événements inclus dans l'étude. – Niveau de participation (cela pourrait être rapporté dans les résultats)
S13	Traitement des données	Méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse, y compris retranscription, saisie des données, gestion et sécurité des données, vérification de la qualité des données, codage des données et anonymisation /dé-identification des extraits cités.
S14	Analyse des données	Méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse, y compris retranscription, saisie des données, gestion et sécurité des données, vérification de la qualité des données, codage des données et anonymisation /dé-identification des extraits cités.
S15	Techniques pour améliorer la fiabilité	– Procédure par laquelle les inférences, les thèmes, etc., ont été identifiés et développés, y compris l'implication des chercheurs dans l'analyse des données. – Généralement, besoin de se référer à un paradigme ou à une approche spécifique. – Justifications <sup>b</sup> .
<b>Résultats</b>		
S16	Synthèse et interprétation	– Principaux résultats (ex. interprétations, inférences et thèmes). – Peut inclure le développement d'une théorie ou d'un modèle, ou la mise en perspective avec des recherches ou des théories antérieures.
S17	Liens avec des données empiriques	Éléments appuyant les résultats (ex. citations, notes de terrain, extraits de texte, photographies).
<b>Discussion</b>		
S18	Mise en perspective avec des travaux antérieurs, implications, transférabilité et contribution(s) au domaine d'étude	– Bref résumé des principaux résultats – Explication de la manière avec laquelle les résultats et les conclusions sont en lien, soutiennent, élaborent ou réfutent les conclusions de travaux de recherche antérieurs. – Discussion de la portée de la recherche quant à l'application /généralisabilité des résultats. – Montrer en quoi la recherche contribue de façon singulière au corps de connaissances dans une discipline ou un domaine
S19	Limites	Fiabilité et limites des résultats
<b>Autres</b>		
S20	Conflits d'intérêts	– Sources potentielles d'influence ou influence perçue lors de la réalisation de l'étude et des conclusions. – Comment celles-ci ont été gérées.
S21	Financement	– Sources de financement et autres soutiens. – Rôle du financeur dans le recueil des données, l'interprétation et la rédaction des résultats.

**AUTEURE : Nom : ZOUGGAGH**

**Prénom : Ilhem**

**Date de soutenance : 18/09/24**

**Titre de la thèse :** Élaboration d'une pièce de théâtre visant à améliorer l'empathie des médecins généralistes auprès des patients avec obésité : une recherche-action menée au sein d'une CPTS des Hauts-de-France.

**Thèse - Médecine - Lille 2024**

**Cadre de classement :** Doctorat

**DES + FST/option :** Médecine générale

**Mots-clés :** Stigmatisation, théâtre-forum, obésité, empathie, professionnel de santé.

**Résumé :**

**Contexte :** L'obésité est une maladie chronique dont la prévalence ne cesse d'augmenter. La région des Hauts-de-France est la plus touchée avec 22,1% de la population. Les patients atteints d'obésité rencontrent des difficultés, dont la stigmatisation, ayant des conséquences dans leur prise en soin. Le projet GPSObésité, arrêté en 2021, est un parcours médico-éducatif de proximité en expérimentation, à destination des personnes en situation d'obésité, ou en surpoids avec des comorbidités.

L'objectif de cette étude est de mettre en place une action de sensibilisation des professionnels de santé à la stigmatisation liée au poids, au sein même d'une CPTS dans laquelle le projet GPSObésité est décliné.

**Méthode :** Une recherche-action a été menée en cinq phases (observation, réflexion, plan d'action, action et analyse). Un journal de bord consignait les échanges de la phase d'observation. La phase de réflexion a associé une revue de la littérature à une enquête exploratoire menée par entretiens semi-dirigés de patients et de médecins avec analyse thématique. Le plan d'action a nécessité la mise en place d'un comité de pilotage. L'action consistait en la réalisation d'une pièce de théâtre. L'évaluation s'est faite à l'aide d'un questionnaire de satisfaction administré au terme de la pièce et d'un retour d'expérience.

**Résultats :** La phase d'observation a identifié la stigmatisation liée au poids comme objet de recherche. La phase de réflexion, s'appuyant sur la revue de la littérature et l'enquête exploratoire, a conduit au choix d'une intervention théâtrale pour sensibiliser les professionnels. Les entretiens de l'enquête exploratoire ont concerné 6 participants pour une durée moyenne d'entretien de 27 minutes. Le comité de pilotage a permis la réalisation d'une représentation théâtrale, par une troupe d'acteurs professionnels, pour 74 participants dont 65 professionnels de santé en juin 2024. Le niveau moyen de satisfaction des professionnels de santé était de 9.18/10 avec un écart-type de 1.40. Les soignants ont évalué l'utilité pour la pratique de leur profession à 8.33/10 avec un écart-type moyen de 1.78.

**Conclusion :** Cette action de sensibilisation à la stigmatisation, menée par le théâtre-forum au sein d'une CPTS, a bénéficié à un grand nombre de professionnels. Son effet sur les professionnels de santé est évalué par des travaux complémentaires. La mise en place de telles actions gagnerait à s'appuyer sur la participation active de patients-partenaires.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur Olivier COTTENCIN**

**Assesseur : Docteur Matthieu CALAFIORE**

**Directeur de thèse : Docteur Jan BARAN**