



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Comment les patients en situation d'obésité perçoivent-ils leur  
parcours de soin en médecine générale ?**

Présentée et soutenue publiquement le 26/09/2024 à 14h00  
au Pôle Formation  
par **Chloé CORNÉLIE**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Asseseurs :**

**Madame le Professeur Monique ROMON**

**Monsieur le Docteur Jan BARAN**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur Séverine ANDRIEUX**

---

## **AVERTISSEMENT**

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

## Liste des abréviations

<b>ALD</b>	<b>Affection Longue Durée</b>
<b>COREQ</b>	<b>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</b>
<b>CPTS</b>	<b>Communauté professionnelle territoriale de santé</b>
<b>CSO</b>	<b>Centre Spécialisé Obésité</b>
<b>ETP</b>	<b>Education Thérapeutique du Patient</b>
<b>HAS</b>	<b>Haute Autorité de Santé</b>
<b>IMC</b>	<b>Indice Masse Corporelle</b>
<b>MG</b>	<b>Médecin Généraliste</b>
<b>MSP</b>	<b>Maison de Santé Pluriprofessionnelle</b>
<b>OMS</b>	<b>Organisation Mondiale de la Santé</b>

# Table des matières

<b>Introduction.....</b>	<b>8</b>
<b>Matériels et méthodes.....</b>	<b>10</b>
<b>I. Choix de la méthode.....</b>	<b>10</b>
<b>II. Population cible et échantillonnage.....</b>	<b>10</b>
A. Critères d'inclusions.....	10
B. Recrutement.....	11
<b>III. Journal de bord.....</b>	<b>12</b>
<b>IV. Recueil des données.....</b>	<b>12</b>
<b>V. Analyse.....</b>	<b>13</b>
<b>VI. Aspects réglementaires et éthiques.....</b>	<b>14</b>
<b>VII. Validité.....</b>	<b>14</b>
<b>Résultats.....</b>	<b>15</b>
<b>I. Description de l'échantillon.....</b>	<b>15</b>
<b>II. Pratiques du parcours de soin jugées comme efficaces.....</b>	<b>16</b>
A. Être éclairé par une expertise médicale.....	16
B. Être orienté dans ses soins.....	17
C. Être à la recherche d'une relation patient-médecin sécurisée.....	17
D. Remarquer des efforts de non stigmatisation.....	18
<b>III. Conséquence d'une expérience positive liée à son parcours de soins...20</b>	<b>20</b>
A. Obésité assumée.....	20
B. Volonté d'être acteur de sa santé.....	21
<b>IV. Problématiques émergentes du parcours de soin.....</b>	<b>24</b>
A. Influence des représentations sociales sur les soins.....	24
B. Stigmatisation explicite.....	26
C. Discrimination implicite.....	28
D. Accès aux soins entravé par des enjeux financiers.....	30
<b>V. Conséquences d'une expérience négative liée à son parcours de soins.31</b>	<b>31</b>
A. Instaurer des mécanismes d'évitement.....	31
B. Conséquences psychologiques associées.....	32
C. Troubles du comportement alimentaire induits.....	34
<b>VI. Espoir de progrès dans les soins.....</b>	<b>35</b>
A. Modifier les préoccupations relatives au poids.....	35
B. Nuancer l'approche chirurgicale.....	35
C. Avoir plus de temps consacré aux questions de poids.....	36
<b>Discussion.....</b>	<b>38</b>
<b>I. Modèle explicatif.....</b>	<b>38</b>
<b>II. Résultats principaux.....</b>	<b>39</b>
<b>III. Forces et limites de l'étude.....</b>	<b>40</b>
A. Les limites de l'étude.....	40
B. Les forces de l'étude.....	41
<b>IV. Discussion autour des principaux résultats.....</b>	<b>42</b>

<b>Conclusion :</b> .....	<b>51</b>
<b>Références bibliographiques</b> .....	<b>52</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>54</b>
Annexe 1 : Affiche de recrutement et d'informations aux patients.....	54
Annexe 2 : Évolution des guides d'entretien.....	55
Annexe 3 et 4 : Verbatims et codage axial.....	59
Annexe 5 : Grille COREQ.....	60
Annexe 6 : Déclaration DPO.....	64

# Introduction

Définie comme une accumulation anormale ou excessive de graisse qui présente un risque pour la santé (1), l'obésité est considérée comme une maladie chronique dont la prévalence est croissante à l'échelle mondiale (2). En France, elle affecte toutes les tranches d'âge, les groupes ethniques et les différentes catégories socio-économiques (3).

À ce jour, l'indice de masse corporelle (IMC) est l'outil le plus largement utilisé pour définir l'obésité chez l'adulte : le calcul consiste à diviser le poids (en kg) par la taille (en mètre) au carré, avec une valeur supérieure à  $30 \text{ kg/m}^2$ .

Dans une enquête publiée en 2020, ObEpi-Roche a ainsi révélé que près de 17 % de la population française était atteinte d'obésité. La région des Hauts-de-France enregistre le pourcentage le plus élevé, avec 22,1 % de la population en situation d'obésité (3).

Compte tenu de ses données chiffrées, la prise en charge de cette maladie chronique est devenue un enjeu important pour les systèmes de santé. En ce sens, la Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré de 2009 à 2022 de nombreux plans d'actions comprenant des recommandations visant à améliorer cette prise en charge (4) (5). Toutefois, ces mesures n'ont pas produit les effets attendus. Une attention accrue des médecins sur le traitement de l'obésité a parfois conduit à des pratiques jugées contre-productives. Cela a engendré une stigmatisation, c'est-à-dire une perception négative et réductrice des personnes en situation d'obésité, et, dans certains cas, une discrimination, définie comme un traitement inégalitaire ou injuste de ces patients au sein du système de soin (6).

Le sondage réalisé par Odoxa auprès de 12 000 personnes obèses, dont 2200 enfants, corrobore ce constat : près de 1 Français sur 5 (18%) subit ou a déjà subi des discriminations. Ces discriminations se retrouvent dans de nombreux domaines tels que l'espace public (50%), le domaine scolaire et/ou professionnel (45%), le cercle familial (22%) ou encore l'environnement médical (19%) (7).

Dans ce contexte, il est essentiel de comprendre comment les patients perçoivent les pratiques médicales tout au long de leur parcours de soins. Le savoir expérientiel des patients constitue un levier crucial pour évaluer l'efficacité des interventions actuelles. Comment la prise en compte de ces perceptions peut-elle, d'une part, révéler les insuffisances dans les parcours de soins et, d'autre part, conduire à des recommandations pour une prise en charge plus adaptée et centrée sur le patient ?

Cette thèse vise à explorer les perceptions et attentes des patients en situation d'obésité concernant la co-construction avec leur MG de leur parcours de soins. Elle s'attache également à examiner la réalité du processus de stigmatisation dans les soins de premier recours. En mettant en lumière la voix des patients, l'objectif est de proposer des pistes d'amélioration pour une pratique médicale plus inclusive, empathique et efficace.

# **Matériels et méthodes**

## **I. Choix de la méthode**

L'étude menée était une recherche qualitative inspirée de la théorisation ancrée, reposant sur des entretiens individuels semi-directifs.

Cette approche permet de développer des théories directement à partir des données recueillies, en laissant les concepts émerger progressivement à travers une analyse continue et itérative, ce qui favorise également l'élaboration de nouvelles théories.

Ce choix méthodologique a été motivé par la volonté de permettre aux participants d'exprimer leur point de vue de manière plus libre et nuancée, dans une démarche plus compréhensive.

## **II. Population cible et échantillonnage**

### **A. Critères d'inclusions**

La population étudiée comprenait des patients volontaires, hommes ou femmes majeurs, résidant dans le département du Nord de la France.

Les critères d'inclusion étaient :

- avoir plus de 18 ans
- avoir une obésité de grade 2 ou 3 (IMC supérieur ou égale à 35 kg/m<sup>2</sup>)
- avoir bénéficié d'au moins deux consultations concernant son poids avec son MG exerçant dans le Nord de la France
- avoir un suivi médical par ce même MG de plus d'un an

- ne pas présenter de troubles cognitifs ou neurologiques rendant impossible la tenue d'un entretien

La taille de l'échantillon a été déterminée par la saturation des données.

Le critère d'IMC supérieur à 35 kg/m<sup>2</sup> a été défini en raison d'un sur-risque de mortalité significatif selon une méta-analyse américaine datant de 2013 (8).

Risque relatifs de mortalité suivant les catégories d'IMC :

	Hazard Ratios (HR) de mortalité toutes causes
Poids "normal" (18,5 kg/m <sup>2</sup> < IMC < 25 kg/m <sup>2</sup> )	1
Surpoids (25 kg/m <sup>2</sup> < IMC < 30 kg/m <sup>2</sup> )	0,94 (IC 95%, 0,91-0,96)
Obésité (IMC = 30 kg/m <sup>2</sup> )	1,18 (IC 95% : 1,12-1,25)
Obésité de grade 1 (30 kg/m <sup>2</sup> = IMC < 35 kg/m <sup>2</sup> )	0,95 (IC 95% : 0,88-1,01)*
Obésité de grade 2 et 3 ( IMC = ou > 35 kg/m <sup>2</sup> )	1,29 (IC 95% : 1,18-1,41)

## B. Recrutement

Un échantillonnage théorique a été réalisé. Les patients étaient recrutés par le biais d'affiches postées (annexe 1) dans les salles d'attente de cabinets de MG dans des milieux divers (urbains et ruraux) puis secondairement par les réseaux sociaux, par manque de volontaires.

Ils recevaient une information concernant l'étude en cours, avec les coordonnées de la personne à contacter en cas de question ou de volonté de participer à l'étude. Après contact téléphonique et/ou courriel, un rendez-vous était convenu avec les

patients selon les modalités qu'ils avaient choisies. L'entretien pouvait être mené soit en présentiel, soit en distanciel.

### **III. Journal de bord**

Un journal de bord a été tenu dès l'initiation de la recherche, regroupant les réflexions concernant la question de recherche, l'élaboration du guide d'entretien initial, les entretiens des patients, les analyses de chaque entretien et les réévaluations de guides d'entretien entre chaque patient. Ce journal de bord permettait de suivre le cheminement du chercheur et d'assurer la pertinence de la recherche.

### **IV. Recueil des données**

Le recueil des données a été réalisé par entretiens semi dirigés. Après recueil du consentement oral des patients, les entretiens étaient enregistrés grâce à un dictaphone. Les entretiens ont été intégralement retranscrits et anonymisés. Les participants avaient la possibilité de relire leurs verbatims, mais aucun n'a exprimé ce souhait. Les enregistrements seront conservés jusqu'à la soutenance, et seront supprimés après la soutenance de thèse.

Le chercheur a conduit les entretiens en s'appuyant sur un guide centré sur les ressentis et perceptions des patients (annexe 3), afin de recueillir des informations pertinentes pour répondre à la question de recherche de cette thèse. Il se composait de questions ouvertes et de relances multiples pour stimuler la réflexion du patient. Le guide d'entretien était réévalué au fur et à mesure des entretiens.

Les entretiens étaient menés jusqu'à saturation des données. La saturation des données était vérifiée par l'absence de données nouvelles au cours de deux entretiens consécutifs.

## V. **Analyse**

Les verbatims, joints en annexe 4, ont été analysés après chaque entretien et avant la réalisation de l'entretien suivant.

Le processus d'analyse des données a suivi plusieurs étapes : d'abord une phase de contextualisation pour se familiariser avec les données, suivie d'un étiquetage des verbatims sous forme de propriétés, puis d'une organisation de ces propriétés en catégories.

Trois types de codage ont donc été utilisés :

- **Codage ouvert** : consistant à attribuer des étiquettes descriptives aux données recueillies.
- **Codage axial** : regroupant ces étiquettes en propriétés, puis en catégories plus larges.
- **Codage sélectif** : articulant ces propriétés et catégories conceptuelles entre elles.

Le codage axial et sélectif ont été réalisés par le chercheur principal. Pour limiter les biais d'interprétation, une triangulation a été employée, faisant appel à l'avis d'un autre chercheur, interne en médecine générale, pour valider les codages et les propriétés obtenues.

Le logiciel Excel® a été utilisé pour la mise en page du codage ouvert. Le logiciel Word® a été utilisé pour la mise en page du codage axial. Le logiciel Canva® a été utilisé pour la schématisation.

## **VI. Aspects réglementaires et éthiques**

Ce travail a fait l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL (Référence Registre DPO : 2023-16, annexe 6). Il se situait hors du champ d'application de la loi Jardé (RNIPH 4) et n'a donc pas fait l'objet d'une déclaration auprès du comité de protection des personnes.

## **VII. Validité**

La validité interne reposait sur la triangulation des données, sur la cohérence des explications et sur la vérification de la saturation des données. La validité externe reposait sur l'analyse de la littérature et la comparabilité de notre étude aux données existantes.

# Résultats

## I. Description de l'échantillon

Les caractéristiques de la population sont résumées dans le tableau 1.

La durée moyenne des entretiens s'élevait à 31 minutes.

L'âge des participants variait de 19 à 72 ans, avec une moyenne de 47 ans.

Tableau 1 : Caractéristiques épidémiologiques de la population interrogée

Entretien	Sexe	Âge	Profession	Poids	Taille	IMC	Chirurgie bariatrique	Durée relation patient/médecin	Milieu	Durée
E1 (Loïc)	M	51	Responsable relation client	147 kg	1m72	49,7	Non	34 ans	Urbain	43'52"
E2 (Sandrine)	F	19	Etudiante	110 kg	1m55	45,8	Non	18 ans	Rural	21'06"
E3 (Jasmine)	F	44	Mère au foyer	152 kg	1m81	46,4	Anneau	10 ans	Rural	38'30"
E4 (Solène)	F	55	Agent d'entretien	150 kg	1m65	55,1	Anneau	5 ans	Rural	20'12"
E5 (Jacques)	M	72	Retraité, ancien gendarme	130 kg	1m76	42	Non	20 ans	Rural	18'44"
E6 (Camille)	F	55	Sans emploi	99 kg	1m55	41,2	By pass	2 ans	Rural	23'43"
E7 (Izumi)	F	50	Professeur des écoles	103 kg	1m58	41,3	Sleeve	3 ans	Rural	50'30"
E8 (Benoit)	M	28	Développeur informatique	178 kg	1m92	48,3	Sleeve	3 ans	Urbain	43'36"
E9 (Joseph)	M	56	Agent d'accueil	98 kg	1m64	36,4	Non	20 ans	Rural	30'12"
E10 (Maxime)	M	41	Comptable	125 kg	1m80	38,6	Non	8 ans	Urbain	25'20"

## II. Pratiques du parcours de soin jugées comme efficaces

### A. Être éclairé par une expertise médicale

Au fil des entretiens, les patients ont exprimé leur **besoin d'une expertise éclairée** de la part de leur MG. Ils recherchaient non seulement des conseils précis et des explications détaillées sur leur pathologie, mais aussi une **compréhension approfondie** de leur état de santé et des **recommandations adaptées** à leur prise en charge. Ces échanges, qui incluaient des informations sur les traitements possibles, des conseils pour ajuster leur mode de vie, et des réponses à leurs préoccupations, représentaient pour eux une véritable **source de motivation**.

**Jasmine** : « *J'aurai bien aimé continuer à discuter de mon poids et surveiller mon poids, parler de mon alimentation, avoir des conseils quoi... En fait, je voudrais simplement qu'on m'aide, mais je sais pas comment, c'est ça le problème...* »

**Sandrine** : « *Euh...(silence) en fait, moi j'aimerais bien perdre du poids, mais en fait je sais pas comment faire... Quand j'ai consulté, je voulais des clés pour perdre du poids. »*

**Solène** : « *Oui, j'aimerais un suivi 1, 2, 3 fois, par an. Pas tous les mois. Au moins, je sentirai une surveillance, on me donnerait des conseils alimentaires, on m'aurait boostée et encouragée... »*

**Benoit** : « *Je pense qu'il peut déjà m'orienter un peu sur ma façon de m'alimenter, sur mes habitudes sportives, éventuellement les bonnes pratiques. »*

## B. Être orienté dans ses soins

Par ailleurs, les patients considéraient leur **MG comme un coordinateur des soins**, jouant un **rôle central** dans la gestion de leur parcours de santé. Ils s'attendaient à ce que leur médecin les oriente vers d'autres professionnels de santé (diététicien, nutritionniste, professeur d'activité physique, chirurgien...) lorsque cela était nécessaire, assurant ainsi une prise en charge globale et cohérente.

**Solène** : « *Ben je voulais qu'il m'explique comment ça fonctionnait, les médecins qu'il fallait aller voir. Je voulais avoir les différents mots pour voir les spécialistes. Avant de passer à l'opération, il y a plein de choses et je voulais savoir ce qui m'attendait...* »

**Izumi** : « *Donc, après, mon poids n'a pas arrêté de faire le Yoyo... Et, après plusieurs années de suivi, il m'a proposé la chirurgie. »*

**Joseph** : « *Je pense que c'est pas au médecin mais plutôt à nous d'aller voir le médecin et poser nos questions. Et lui, il nous aiguille...* »

## C. Être à la recherche d'une relation patient-médecin sécurisée

Les patients voyaient en leur MG une **figure de confiance** capable de guider et de coordonner l'ensemble des soins dont ils avaient besoin.

**Jacques** : « Ben, moi je le considérais comme un père de famille car on était très proche et il me faisait confiance. Quand je lui disais qu'on mangeait raisonnablement qu'on ne faisait pas d'excès, il me croyait...»

**Camille** : « Ça dépend quel médecin. Moi, mon ancien médecin généraliste, ça ne me dérangeait pas parce que, bah j'avais l'habitude de lui... Mais par contre avec le Dr S., mon nouveau médecin, je me sens un peu gênée quoi... Peut être que plus les années passeront et plus je connaîtrai Dr S., et ça ira mieux avec le temps et la confiance.»

#### D. Remarquer des efforts de non stigmatisation

Ils percevaient également l'effort de leurs praticiens pour **éviter toute forme de stigmatisation** concernant leur poids à travers certains comportements verbaux et non verbaux.

Par exemple, le choix de mots respectueux et empathiques, ainsi qu'une communication corporelle ouverte et non jugeante, étaient des indicateurs clairs de cette attention. Ces attitudes contribuaient à créer un cadre rassurant et respectueux, au sein duquel les patients se sentaient compris et soutenus.

**Benoit** : « D'ailleurs, par respect ou par anticipation, il m'a déjà demandé de ne pas forcément lever mon tee-shirt, si ça me gênait. J'avais apprécié. Par cette attention, je sais qu'il y a des médecins qui font attention à ce genre de choses.»

**Jacques** : « Ce sont des personnes qui sont obèses, elles-mêmes, qui se sont moquées de mon poids... (...) À contrario des médecins ou des personnes minces qui sont respectueux et sont gênées d'utiliser le mot "obèse". Comment bien qualifier une personne bien portante par un autre mot que "obèse" ?»

**Maxime** : «Oh je n'ai jamais eu de problème avec ça, vous savez on a pas besoin de chipoter là dessus. Gros, grosse, obèse, surpoids... C'est la même chose ! Je vois que mon médecin est toujours gêné de l'écrire lorsqu'il me fait un courrier, mais ça se voit, personnellement ça ne me dérange pas du tout ! Par contre, quelqu'un que je connais moins, j'attends qu'il ait un peu plus de retenue que Dr L...»

### III. Conséquence d'une expérience positive liée à son parcours de soins

#### A. Obésité assumée

Grâce à une relation de confiance renforcée et à des explications progressives, les patients développaient une meilleure compréhension de leur condition au fil de leur parcours de soins. Dès les premières consultations, ils prenaient **conscience des multiples dimensions de l'obésité**, incluant ses effets physiques, psychologiques et sociaux. Chaque étape du parcours venait renforcer cette prise de conscience :

**Sandrine** : « *J'ai accepté mon poids au fur et à mesure du temps...* »

**Loïc** : « *Le terme "obèse" ne me choque pas car je sais que je le suis... Je vis avec 365 jours et depuis des années.* »

**Izumi** : « *En fait, je me bats tellement avec mon corps depuis des années. J'ai passé tellement ma vie à faire des régimes. (...) À mon âge, je suis fatiguée et j'ai décidé de m'accepter comme je suis.* »

Cependant, les mises en garde répétées des professionnels de santé sur les risques cardiovasculaires, le diabète et les problèmes articulaires liés à l'obésité pouvaient, pour certains patients, **augmenter leur anxiété et les amener à se focaliser excessivement sur les conséquences** de leur poids, tandis que pour d'autres, elles constituaient **une source de motivation**.

**Jasmine** : « *Oui, c'est pour ça que je veux qu'on m'aide parce que je ne veux pas qu'on me dise à 60 ans tu as attrapé une maladie mais non on ne peut pas te guérir à cause de ton poids ... Surtout que je suis déjà 8 fois mamie, j'ai 8 enfants... J'ai pas envie d'être dans une impasse dans quelques années...* »

**Joseph** : « *Il y a des périodes où je me sens bien et d'autres fois je me dis que je ne peux pas rester ainsi, je n'ai pas envie d'avoir d'autres problèmes de santé avec mon poids, comme on me l'a si bien dit. »*

**Maxime** : « *Ben j'entends tellement parler des problèmes qu'entraîne le poids, que j'ai peur pour ma santé. Je me dis que je pars avec un désavantage. En plus, toutes les maladies qu'entraîne le poids... Ça me booste tous les jours à me dire qu'il faut que je fasse quelque chose pour ma santé...* »

## B. Volonté d'être acteur de sa santé

Malgré ces nombreux obstacles rencontrés, les patients faisaient preuve d'une **volonté d'être acteur** de leur santé :

**Solène** : « *Oui j'aimerais un suivi par mon médecin traitant, au moins 1, 2, 3 fois, par an. Pas tous les mois. (...) Mais, il faudrait que l'initiative vienne du patient et pas du médecin pour ne pas embêter les patients qui ne veulent pas parler de leur poids...* »

**Benoît** : « *Mais bizarrement quand je vais à la salle, dans les vestiaires, je ne suis pas gêné face à ces personnes qui me méprisent. Je sais pourquoi je suis là, je sais pourquoi je fais plus d'efforts que beaucoup de gens. (...) Heureusement, j'ai un mental qui est quand même assez solide et je me dis que de toute façon, ces gens-là, ça sert à rien de les écouter, car ces gens-là ont fait 10% des efforts que j'ai faits pour essayer de me maintenir.* »

Toutefois, la **détermination** à prendre en charge sa propre santé pouvait être sévèrement **mise à l'épreuve** par divers facteurs. **La crainte de ne pas être compris** par les professionnels de santé, ainsi que parfois par l'entourage, pouvait entraver les efforts des patients pour adopter des habitudes de vie plus saines.

**Sandrine** : « *Oui, ma première consultation concernant le poids j'étais très, très, très stressée... (...) Tellement j'avais peur d'aborder le sujet et peur de ne pas me faire comprendre...* »

**Benoit** : « *Typiquement, ma mère était obsédée par mon physique, mon alimentation, etc, donc elle était très restrictive chez moi. »*

**Maxime** : « *Ah j'ai pas du tout apprécié, pcq elle (la diététicienne) me disait aux grammes près ce que je devais manger, j'avais l'impression que c'était impossible à tenir. Surtout pour quelqu'un de gros gabarit comme moi, j'ai besoin de quand même manger. Du coup j'ai tenu 2, 3 jours et j'ai abandonné parce que j'avais trop faim. Je ne suis pas aller la voir, car à part me dire que c'était pas bien, je n'avais pas tenu son programme, je vois pas ce qu'elle aurait pu dire ...»*

Le découragement face à des résultats peu concluants malgré les efforts investis pouvait **affaiblir la motivation** des patients à persévérer dans leur démarche de gestion du poids.

**Jacques** : « *Mais je vous avouerai qu'aujourd'hui je suis un peu découragé, je n'ai pas l'impression de faire d'excès mais bon, quand je monte sur la balance, je suis écoeuré...* »

**Joseph** : « Mais bon, de toute façon je ne peux rien faire... Je n'ai fait que ça toute ma vie : maigrir puis regrossir ... Weight watcher, je l'ai fait 3 fois dans ma vie, j'ai fait de l'acupuncture, j'ai avalé des cochonneries à l'époque ça s'appelait Milical. C'étaient des trucs protéinés et je mangeais que ça. Voilà, après j'ai fait de la digito-puncture, de l'hypnothérapie, mais bon, rien n'a fonctionné... Donc voilà... j'abandonne ! »

Cela pouvait engendrer un **sentiment d'impuissance** face à une **maladie persistante**, voire un **sentiment d'incurabilité**.

**Maxime** : « Oui, j'ai repris 4 kilos... (silence) Après je me suis fait une raison, j'ai une famille assez enrobée, donc je ne serai jamais mince. J'ai des habitudes de vie que je n'arrive pas à modifier... Donc je ne veux plus perdre de poids mais juste me maintenir comme ça... »

**Loïc** : « Puis de toute façon, il savait qu'on était une famille assez forte car on était tous suivis par lui. Il savait que c'était héréditaire dans la famille. »

**Maxime** : « Ce qui fait que ça devient un vrai fardeau. J'essaye, j'essaye de bouger mais je ne vois pas de résultat, donc j'abandonne et j'accepte mon sort... »

## IV. Problématiques émergentes du parcours de soin

### A. Influence des représentations sociales sur les soins

Les patients soulignaient néanmoins l'impact significatif des **représentations sociales sur leur parcours. Ne correspondant pas à l'idéal corporel** valorisé par la société, ils étaient souvent préoccupés par le regard des autres, ce qui influençait leurs interactions avec l'ensemble des professionnels de santé.

*Izumi : « Et c'est bien de vous intéresser à notre ressenti, car quand on vit des situations de violence verbale comme ça, après on se focalise sur ce que les autres peuvent penser de nous ...»*

*Benoit : « Donc mon objectif c'est la santé. Et puis après oui, effectivement, esthétiquement c'est un bonus. Même socialement, ça va améliorer les choses parce que mine de rien, on va dire de nos jours, le premier contact, il se fait visuellement...»*

Les patients exprimaient leur lassitude à entendre les **représentations erronées** entourant leur condition. Ces représentations simplistes, souvent véhiculées par les médias et la société, tendent à réduire l'obésité à une question de manque de volonté.

*Benoit : « Et je pense qu'il y a beaucoup de gens qui voient le problème de manière un peu trop simple et qui sont juste en mode bah mange mieux, bouge plus et ça ira par exemple. Et je pense que même dans le corps médical, y a beaucoup de gens qui pensent comme ça.»*

**Maxime** : « *Parce qu'on nous rappelle sans cesse qu'on n'est pas normal, que ce soit au travail, notre famille, les gens extérieurs... Par des regards, des gestes ou des paroles maladroites...* »

Cette vision réductrice était particulièrement impactante pour les patients, qui se trouvaient constamment confrontés à des jugements injustes et à des stéréotypes négatifs, renforçant leur souhait de **dénoncer l'obsession sociétale pour la maigreur**.

**Solène** : « *En fait, ce qui me dérange vraiment, c'est que les gens notifient toujours quand on perd du poids, comme si c'était bien... Alors qu'on peut perdre du poids quand on est malade, par exemple quand on a un cancer, quand on a une dépression, quand on est anorexique ... c'est pas synonyme de bonne santé. Par contre, l'inverse, non. Ils vont jamais dire "ah c'est bien tu as grossi..."* »

Percevant leur corps comme **"hors norme" aux yeux de la société**, les patients craignaient de l'exposer aux professionnels de santé.

**Jasmine** : « *À cause de mes bourrelets, ma graisse, mon ventre qui tombe c'est très difficile pour moi... de me découvrir à quiconque, mon mari comme mon médecin.... Si je pouvais découper tout ça, je le ferais sans hésiter ... Ça ou une autre potion magique non douloureuse... Je dirai oui tout de suite... (rires)* »

**Camille** : « *Je suis complexée par mon poids. Je suis gênée de montrer toute ma cellulite. Je me sens pas bien physiquement, dans mon corps, surtout lorsqu'on me demande de me déshabiller.* »

## B. Stigmatisation explicite

Au cours des dix entretiens réalisés, tous les patients ont évoqué des **expériences de stigmatisation en raison de leur poids**. Ils ont souligné que les défis liés à l'obésité ne se cantonnaient pas uniquement à des préoccupations d'image corporelle, mais englobaient également les pressions violentes et quotidiennes résultant des jugements de la société.

Ces pressions se faisaient sentir même dans des espaces où ils pensaient trouver bienveillance, soutien et soins, notamment au sein du corps médical :

**Sandrine** : «*À l'hôpital de D., alors je sais plus c'était pourquoi que j'y allais mais y'a un médecin des urgences qui m'a regardé en me dévisageant et m'a dit "il faudrait peut-être se mettre au sport".*»

**Jasmine** : «*Une fois lors d'une grossesse, j'ai perdu 40 kilos à cause des nausées et vomissements. Elle m'a dit "ce serait bien que vous retombiez enceinte plus souvent, pour que vous perdiez du poids encore plus longtemps"...*»

Cette violence, qu'elle soit subtilement dissimulée ou ouvertement assumée, se manifeste de diverses manières. Lorsqu'elle est cachée, elle se traduit par des micro-agressions ou des jugements discrets qui ont un impact émotionnel important.

Parfois, elle est explicitement exprimée à travers des remarques ou des attitudes clairement discriminatoires :

*Izumi : « Mais je vais vous dire, c'est surtout quand j'étais faire un examen en 2014, à V., j'avais été là-bas pour des varices. Et en fait, les brancardiers ont fait une réflexion.*

*J'étais un petit peu endormie, avant l'opération, et je les ai entendus se plaindre : "Non mais tu ne vois pas le poids qu'elle fait ? Tu ne vois pas comment elle est ?" Je me suis dit "Mince ils ne savent pas que je suis réveillée !"*

*Et donc au retour de l'opération au réveil, pareil, ils me repoussent sur le brancard, mais méchamment vous savez, ils disaient : "non mais quand même, quand on est comme ça, faut faire quelque chose, tu vois pas ça".*

*Je suis ressortie de la clinique les larmes aux yeux, j'étais mal et je suis rentrée à la maison et j'ai dit à mon mari : "Plus jamais, je me fais opérer à nouveau". J'avais honte.»*

Dans les deux cas, cette **grossophobie vécue dans les milieux de soin** renforçaient la stigmatisation et le **sentiment d'exclusion**, aggravant les difficultés des personnes concernées.

*Maxime : « Avoir un corps qui n'est pas dans la norme. C'est dur car tout est pensé pour des corps standards.»*

Lors des entretiens, les patients ont souligné qu'ils recevaient peu de remarques négatives de la part de leur MG, qui faisait preuve de précaution et de bienveillance. En revanche, ils rencontraient souvent des attitudes plus critiques de la part des autres praticiens.

*Loïc : « Oui j'ai déjà eu des remarques déplacées, mais pas par mon médecin traitant. C'était un spécialiste de V. Mais je sais plus quoi. Il m'avait dit : "mais vous ne voyez pas comment vous êtes gros, vous ne voyez pas tout le gras que vous avez".»*

**Sandrine** : « *Mon médecin traitant a toujours été bienveillant avec moi et ne m'a jamais jugé pour mon poids. »* »

Ce contraste accentuait la frustration des patients, qui constataient une **disparité** notable entre le soutien qu'ils recevaient **en médecine générale** et les expériences plus difficiles vécues dans des **environnements** moins familiers.

### C. Discrimination implicite

Néanmoins, il existait une **discrimination implicite (ou nommé aussi systémique ou indirecte)** dont les MG n'étaient pas conscients, et que les patients manifestaient à travers l'organisation du cabinet, son mobilier et les équipements disponibles.

Par exemple, des sièges trop étroits ou des tables d'examen non adaptées rendaient les visites inconfortables pour les patients en surpoids.

De plus, l'absence de matériel approprié, comme des brassards de tensiomètre de grande taille, renforçait le sentiment de stigmatisation.

Ces aspects, bien qu'involontaires, illustraient comment des éléments structurels et organisationnels pouvaient contribuer à une **expérience de soins moins inclusive** pour certains patients.

**Jasmine** : « *Oui, le tensiomètre. Il n'arrive jamais à prendre ma tension, il marque "erreur". Ben je suis inquiète j'aimerais savoir dans quel état je suis. Je voudrais bien pouvoir savoir ma tension quand j'ai des vertiges. C'est pas évident... Même mon poids, j'aimerais savoir combien je pèse ... Est-ce que ça diminue ? Ou est-ce que je grossis ? »* »

**Benoit** : « Ah si, j'ai toujours peur de casser une chaise en salle d'attente. Quand on s'assoit et qu'on voit les pieds qui s'écartent... Mais moi pour le coup, je sors vraiment beaucoup des normes. Je ne me prends pas comme un repère. »

**Sandrine** : « J'ai fait une radio du genou, et la difficulté était de monter sur la table puis la pièce était tellement petite que je m'y trouvais à l'étroit... »

**Maxime** : « J'ai un peu honte mais un jour que je suis allé faire une radio et en m'asseyant, j'ai cassé la chaise de la salle d'attente. J'étais mal, devant tout le monde je me suis retrouvé au sol ... C'était très humiliant ! J'ai amené la chaise aux secrétaires et je suis resté debout de peur d'en casser une autre. »

Cependant, les patients étaient bien conscients de la **complexité** et des défis que représentait la prise en charge de l'obésité :

**Benoit** : « En fait, je pense qu'actuellement les médecins vont orienter le patient vers des gens qui sont aptes à faire l'opération par exemple dans mon cas, mais ils ne vont pas chercher à creuser plus que ça en fait...  
Je sais pas, ce n'est pas négligé par les personnes comme toi ou comme les gens de l'hôpital qui sont vraiment axées vers ce domaine-là. Parce que forcément c'est une spécialité. Mais, par contre, les gens qui suivent ça d'un œil plus général, je pense qu'ils ne vont juste pas chercher à creuser car c'est complexe... »

**Solène** : « Mais j'ai conscience que c'est compliqué à gérer, il faudrait que l'initiative vienne du patient et pas du médecin pour ne pas embêter les patients qui ne veulent pas parler de leur poids... »

**Maxime** : « Après avec mon médecin je changerai l'accompagnement, j'aimerai plus d'encouragement, plus de conseils, j'aimerai qu'il cherche plus dans le détail ce qui ne va pas dans ma manière de faire... Après, je sais que c'est pas un magicien... »

## D. Accès aux soins entravé par des enjeux financiers

Le dernier obstacle mentionné par les patients pour accéder sereinement à leurs soins était le **coût élevé de certaines consultations et traitements** spécialisés, tels que ceux avec des diététiciens, psychologues, et professeurs d'activité physique, associé à des **remboursements insuffisants**.

**Jacques** : «*Non, quelques mois et on a arrêté le suivi diététique car ça n'était pas remboursé et on ne voyait pas de différence en termes de résultat.*»

**Benoit** : «*À l'hôpital, on voit un médecin nutritionniste, une diététicienne, médecin du sport aussi. Et eux, justement, ils préparent l'opération, ils corrigent tout ça en fait en amont. (...) Je regrette qu'on ait pas ce suivi en ville, car à l'hôpital tout est pris en charge ...»*

**Benoit** : «*Alors, étonnamment, c'est le suivi psychologique. C'est quelque chose auquel je croyais pas du tout. Pour moi, un psychologue, enfin, c'était hors de question d'en voir un... Et puis c'était un coût très important en ville ! Je me suis laissé tenter avec le suivi à l'hôpital et en fait parler justement de ces problèmes, de chercher un peu ce qui peut faire que, ben, on est mal et que ça cause de mauvais comportements (manger de manière compulsive, etc...)»*

## V. Conséquences d'une expérience négative liée à son parcours de soins

### A. Instaurer des mécanismes d'évitement

Face à des comportements déshumanisants, les patients développaient souvent une **méfiance** envers le système de santé. En conséquence, ils **remettaient en question** la crédibilité et les compétences de leurs professionnels de santé.

**Izumi** : « *Et quand je lui dis que "j'ai mal au dos", il me dit "ah mais ça, c'est le poids, c'est le poids"... (...) Je me dis peut-être que c'est le poids, mais déjà quand j'avais perdu beaucoup de poids avec ma sleeve, j'étais à 70 kilos, j'avais aussi des sciatiques...»*

**Jasmine** : « *Je suis tombée enceinte 10 fois, mais j'ai eu 8 grossesses. À ma première grossesse, je faisais plus de 115 kilos déjà et il me disait que j'allais mourir avec mon bébé dû à mon poids ...»*

Ainsi, ils renonçaient à des consultations médicales, ce qui les amenaient à être moins bien soignés, non seulement pour leur obésité, mais aussi pour d'autres maladies sans lien avec leur surpoids.

**Camille** : « *J'ai pas réagi à ses propos car j'étais choquée de son intervention... Je ne suis juste plus aller le voir tout simplement.»*

**Loïc** : « *Ça vous tombe dessus comme ça, au moment où vous vous y attendez pas. Je me suis dit que lui il ne me verra plus du tout. Ses paroles m'ont blessé.»*

Ce **renoncement aux soins** pouvait entraîner des retards dans le diagnostic et le traitement de diverses affections, aggravant ainsi leur état de santé général. De plus, cela incitait les patients à rechercher des solutions par leurs propres moyens, souvent en ignorant les recommandations médicales, voire en **fermant les yeux sur leur pathologie**.

**Solène** : « *Je ne veux plus me peser depuis presque 2 ans.* »

**Joseph** : « *Alors, j'ai dit ok pour la pesée, mais je ne voulais rien savoir...* »

## B. Conséquences psychologiques associées

Cette stigmatisation pouvait avoir des **conséquences psychologiques** profondes sur les patients, les faisant passer par de multiples émotions comme :

la honte,

**Jasmine** : « *J'ai honte de mon poids. Il me rappelle sans cesse ce sentiment de honte ...* »

**Izumi** : « *Par contre à l'hôpital, pour le suivi de la chirurgie, ils nous font systématiquement monter sur la balance. (...) Et là, c'est assez gênant, quand vous montez devant le regard d'une autre personne... Ça fait bizarre parce qu'on se dit "qu'est-ce qu'ils vont penser de nous" ?* »

la peur,

**Izumi** : « *Mais j'ai toujours peur de retomber sur des personnes comme ça ... Ça reste un traumatisme... C'est le regard des autres qui me préoccupe plus que le mien. »*

la colère,

**Sandrine** : « Après sa remarque, je l'ai regardé et je devais faire ma consultation juste après. En fait, j'ai pas fait ma consultation, je suis partie des urgences ... J'étais en colère et je ne voulais pas m'énerver avec lui... »

la culpabilité,

**Izumi** : « Après cette réflexion sur mon poids. J'ai voulu tourner la page rapidement. Mais, je m'en suis voulu parce que je me suis dit c'est de ma faute, j'avais qu'à pas être comme ça... »

ou la tristesse ...

**Loïc** : « Moi j'ai une collègue au travail, elle est toujours en train de manger. Elle est mince mais miiiiince, malgré tout ce qu'elle mange. Et je vous assure, j'la vois manger toute la journée... Quand j'la vois, j'ai envie de pleurer... Ça m'écoeure, nous on essaye de tout faire pour perdre, on y arrive pas. Et eux, ils mangent et ils ne prennent rien. Pfff.... »

Des sentiments négatifs, souvent accompagnés d'une **baisse de l'estime de soi**, qui pouvaient mener à des **troubles anxieux, un stress chronique et des troubles dépressifs**.

**Loïc** : « Et mon médecin a remarqué ma dépression avec mon poids. Je voulais même me suicider. »

**Maxime** : « Ohh des problèmes de coeur, diabète, articulaire, du cholestérol... C'est très simple regarder la télé et vous verrez toutes les publicités ... Dr L. n'a même plus besoin de me faire de topo dessus... En vrai, ce sont des informations très stressantes pour nous qui n'arrivons pas à perdre du poids... »

**Sandrine** : « J'ai perdu le plaisir de manger depuis que j'ai pris du poids ! »

### C. Troubles du comportement alimentaire induits

Un mécanisme d'adaptation courant chez ces patients était **l'alimentation dite émotionnelle**, qui consiste à manger en réponse à des émotions plutôt qu'à la faim physique. Cette stratégie de gestion des émotions pouvait entraîner le patient dans un cycle difficile à briser, renforçant les émotions négatives et exacerbant leurs troubles de l'humeur.

**Jasmine** : « Bah catastrophique quoi. Parce qu'elle me dit qu'il faut que je fasse attention et tout, qu'il faut que j'arrête les sucreries. Mais malheureusement dû à ma dépression, c'est ça qui me fait penser à autre chose... Alors, c'est pas évident quoi. »

**Joseph** : « Je sais juste pour moi que lorsque je suis stressé, je vais manger. Le stress, la contrariété, moi, ça me fait manger... »

## VI. Espoir de progrès dans les soins

Malgré la difficulté de la gestion de l'obésité, les patients restaient optimistes en **recherchant des solutions novatrices** et en **aspirant à une évolution** dans la manière dont l'obésité était perçue.

### A. Modifier les préoccupations relatives au poids

Les patients souhaitaient que l'ensemble des médecins adoptent une approche plus holistique concernant le poids, en prenant en compte les facteurs sous-jacents de leur santé.

**Solène** : « *Je n'aime pas les médecins qui disent "il faut faire attention à votre poids, il faut faire attention à votre poids" tous les 4 jours. On le sait, on sait déjà qu'on est gros ou grosse, quoi .... C'est pas la peine d'en mettre une couche, c'est ça qui m'énerve des fois... C'est que les médecins insistent beaucoup alors que c'est des choses qu'on sait.* »

**Camille** : « *Ah, c'est compliqué...J'aimerais que les médecins mettent plus à l'aise les personnes obèses et évitent de rappeler sans cesse qu'ils sont obèses ou qu'il faut perdre du poids... Il faut partir du principe qu'on le sait déjà et qu'on se bat pour ça... J'aimerais qu'ils soient moins obnubilés par notre poids, et qu'ils s'intéressent plus à nos difficultés avec le poids ...»*

### B. Nuancer l'approche chirurgicale

Ils cherchaient des alternatives et des approches qui pourraient transformer leur expérience de vie, **en dehors de la chirurgie bariatrique**.

**Jasmine** : « *En premier, j'aimerais plus de tact dans les paroles des médecins. Puis, j'aimerais plus d'aide. Il n'y a pas que la chirurgie à proposer. Parce que j'ai peur de la chirurgie et je pense pas être la seule, j'ai peur de me faire endormir et de mourir. (...) Et je ne suis pas bien car depuis que j'ai arrêté le projet de la chirurgie j'ai l'impression qu'on ne peut plus rien faire pour moi... (silence)»*

**Loïc** : « *J'ai mon ex belle-sœur (...) elle a attrapé le diabète, donc ils lui ont donné un médicament des États-Unis. Vous connaissez, c'est une piqûre qui rétrécit l'estomac ? C'est vrai qu'il a des effets indésirables, mais elle a perdu 19 kg en 8 mois. (...) J'aurais aimé qu'on me le propose, ça me permettrait d'éviter le by pass et de réduire mon estomac sans chirurgie... »*

### C. Avoir plus de temps consacré aux questions de poids

Les patients déploraient le **peu de temps consacré, tant par eux que par les médecins**, à agir sur leur poids.

**Izumi** : « *Dans le service de nutrition, ils disaient "il faut prendre du temps pour vous, il faut vous occuper de vous" et franchement j'ai pas le temps... C'est le rythme de vie, le travail, les courses, les enfants, la vie de famille... Ben, une fois que je dois penser à moi, il reste plus de temps dans la journée.»*

**Solène** : « *Bah je sais pas. Mon médecin traitant n'a pas le temps de discuter avec moi aussi longtemps...»*

**Joseph** : « *Déjà peut être que je leur dirai... qu'il faudrait qu'ils essayent de prendre le temps et être patient avec leurs patients car c'est une maladie compliquée... »*

Ils exprimaient le désir de **davantage d'échanges** pour explorer des solutions durables et améliorer leur parcours de soins. Les patients suggéraient l'intégration

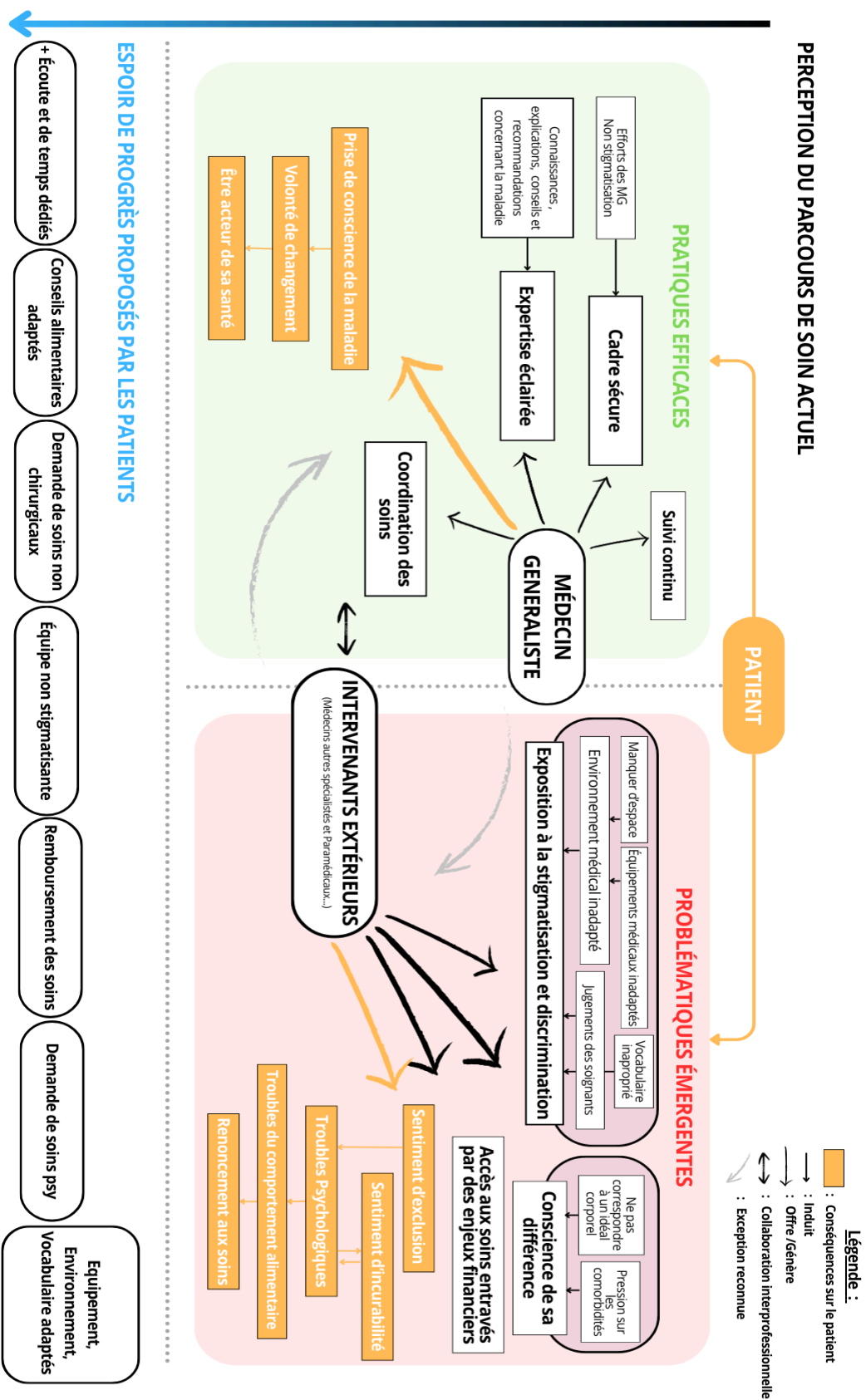
de groupes de parole ou de soutiens psychologiques remboursés dans leur parcours, en complément du suivi par les médecins généralistes...

**Joseph** : « *J'aimerais juste qu'on me demande régulièrement si je me sens bien et qu'on discute avec moi ...Je veux juste qu'on m'apprenne à vivre avec mon obésité, et éviter de faire sans cesse le yoyo..  
J'aimerais bien qu'on crée un truc justement pour les personnes comme moi...  
comme un groupe de parole...»*

**Izumi** : « *Je pense que le manque de contact et de soutien joue beaucoup. S'il y avait encore un échange, peut-être que ça serait différent... Parler en profondeur de nos difficultés serait intéressant !*

# Discussion

## I. Modèle explicatif



## II. Résultats principaux

Les patients en situation d'obésité semblent distinguer deux types de pratiques médicales ayant des effets opposés sur la continuité et l'efficacité de leur parcours de soins.

D'une part, ils considèrent leur MG comme un acteur clé d'un accompagnement efficace, étant leur premier interlocuteur pour bénéficier d'une expertise médicale éclairée. Ils attendent de ce dernier des conseils précis et réguliers, un suivi constant, ainsi qu'une orientation vers d'autres professionnels de santé. Par ailleurs, ils soulignent l'importance d'une relation de confiance et d'une communication non stigmatisante, qui leur permettent de prendre conscience de leur pathologie et d'agir sur leur santé.

D'autre part, ils mentionnent des difficultés rencontrées dans leur parcours, notamment en raison d'une discrimination systémique, comme l'utilisation d'équipements inadaptés, de la part de leur MG. Cela renforce leur sentiment de ne pas correspondre à un idéal corporel façonné par des représentations sociales erronées. De plus, lors de rencontres avec des professionnels moins familiers, ils sont confrontés à des situations de stigmatisation explicite violente, qui les incitent à renoncer aux soins. L'ensemble de ces facteurs peut, à long terme, engendrer un sentiment d'incurabilité, des troubles psychologiques, une majoration de leurs troubles du comportement alimentaire et sur du long terme, un renoncement aux soins.

Malgré ces obstacles, ils conservent l'espoir et proposent des idées pour améliorer leur parcours de soins en médecine générale.

### **III. Forces et limites de l'étude**

#### **A. Les limites de l'étude**

La recherche documentaire préliminaire, ainsi que l'expérience personnelle du chercheur, ont pu engendrer certains préjugés. Cependant, ces préjugés ont été progressivement remis en question tout au long du processus de recherche.

Le guide d'entretien avait été conçu autour de questions ouvertes pour favoriser une exploration approfondie des perceptions des participants. Toutefois, au fil des entretiens, il est arrivé que le chercheur pose occasionnellement des questions fermées ou orientées. Il est à noter que la fréquence de ces questions fermées ou orientées a diminué avec le nombre croissant d'entretiens réalisés.

En parallèle, d'autres biais potentiels ont été identifiés. Un biais de mémorisation pourrait affecter les résultats, certains patients ayant évoqué des consultations effectuées il y a plusieurs années. Par conséquent, leurs souvenirs pouvaient être parfois partiels, ce qui a pu orienter les réponses fournies. Les éléments traumatiques ayant une plus forte rémanence dans leur mémoire ou à l'inverse.

Un biais de volontariat pourrait également exister, en raison du mode de recrutement des participants à travers les annonces dans les salles d'attente et, secondairement par manque de volontaires, sur les réseaux sociaux. Les personnes qui ont accepté de partager leur expérience étaient peut-être déjà sensibilisées à la question ou en avaient entendu parler auparavant.

Enfin, un biais d'influence de l'enquêteur sur le patient est également envisageable. En tant que représentants d'une autorité de santé, nous pouvions, sans le vouloir, influencer les réponses des participants, qui pourraient être tentés de nous « plaire » ou d'adapter leurs réponses pour correspondre à ce qu'ils perçoivent comme étant attendu. Pour atténuer ce risque, nous avons précisé dès le début des entretiens que nous ne recherchions ni réponses « bonnes » ni « mauvaises », mais uniquement la réalité de leurs ressentis et perceptions.

## B. Les forces de l'étude

À notre connaissance, cette étude est la première à explorer la perception des patients en situation d'obésité concernant leur parcours de soins dans la région du Nord. Pour garantir la rigueur scientifique de notre analyse, nous avons appliqué les critères de la grille Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). Cette grille, détaillée en annexe 5, est un outil essentiel pour la rédaction et l'évaluation des études qualitatives, assurant ainsi une présentation transparente et rigoureuse des résultats obtenus.

Les patients interrogés représentaient diverses catégories socioprofessionnelles et couvraient un large éventail d'âges. Bien que l'échantillon n'ait pas besoin d'être représentatif de l'ensemble de la population, cette diversité a permis de capturer une large variété d'expériences. Les patients ont pu s'exprimer librement et sans crainte de jugement, le chercheur ayant adopté une attitude neutre, ce qui a favorisé un échange ouvert et sincère.

Les entretiens ont été réalisés par une seule investigatrice, assurant ainsi une cohérence dans la collecte des données. Une triangulation des données a été

effectuée avec l'aide d'une autre chercheuse de la faculté de Lille, renforçant ainsi la validité du codage, qui s'est avéré cohérent.

La saturation des données a été atteinte après huit entretiens, et confirmée par deux entretiens supplémentaires qui n'ont apporté aucune information nouvelle. Une fois les entretiens terminés, nous avons confronté les résultats obtenus aux données de la littérature existante. Les conclusions de notre étude se sont ainsi révélées en accord avec les connaissances actuelles.

#### **IV. Discussion autour des principaux résultats**

##### **A. Pratiques du parcours de soin jugées comme efficaces**

- 1) Être éclairé par une expertise médicale, orienté dans ces soins et à la recherche d'une relation patient-médecin sécurisée

L'un des points clés de notre étude est la reconnaissance par les patients en situation d'obésité sévère de l'importance cruciale du MG dans leur parcours de soins. Ces patients voient le MG non seulement comme leur premier interlocuteur, mais aussi comme un confident et un intermédiaire essentiel avec d'autres professionnels de santé. En ce sens, le MG joue un rôle fondamental allant de la prévention à la coordination des soins. Cette perception est corroborée par la littérature, tant au niveau national (9) qu'europpéen (10).

De plus, les patients de notre étude identifient fréquemment le MG comme une source majeure de motivation dans leur parcours de soins.

Cette constatation rejoint celle d'une étude britannique, qui montre que 30 % des

patients en situation d'obésité attribuent leur motivation à leur professionnel de soins primaires (11).

Toutefois, il est pertinent de se demander si cette perception positive est partagée par les MG eux-mêmes. Des recherches antérieures révèlent que les MG se sentent effectivement concernés par la gestion de l'obésité, mais rencontrent souvent des obstacles qui freinent leur pratique (12,13). Ces obstacles incluent des contraintes de temps, de financement, et un sentiment d'inefficacité dans la prise en charge, comme le souligne une autre étude (13).

Les MG expriment souvent un sentiment d'incapacité à gérer seuls ces patients, bien qu'ils trouvent valorisant de les aider à perdre du poids (14). Ce manque de réponse perçu par les MG est en résonance avec les attentes de nos patients, qui expriment un besoin accru d'informations sur l'origine de leur maladie et sa gestion. Ce déficit d'information est également souligné dans l'étude ACTION-FRANCE, où les patients obtiennent principalement leurs informations sur l'obésité via internet (40,2 %), plus que par leur médecin (36 %) ou leur diététicien (29,7 %) (15).

## 2) Remarquer des efforts de non stigmatisation

À ces difficultés s'ajoutent des préjugés profondément ancrés qui continuent de compromettre la qualité des soins. Bien qu'une étude ait montré que les stéréotypes négatifs envers les patients obèses peuvent être atténués par des interventions menées par des personnes obèses auprès des étudiants en médecine (16), une méta-analyse plus récente révèle que l'impact de ces interventions reste limité, avec des effets allant de faibles à modérés (17).

Dans ce contexte, les recommandations de la HAS de 2022 sur la prise en charge de l'obésité marquent une avancée importante en sensibilisant pour la première fois les médecins à la stigmatisation (5). La HAS insiste sur la nécessité de reconnaître et de combattre les préjugés ainsi que les attitudes discriminatoires envers les patients obèses, intégrant cette sensibilisation dans la formation des professionnels de santé et dans leur pratique clinique.

Les patients de notre étude ont perçu cette évolution, notant des gestes ponctuels de compréhension de la part de leur MG lors des consultations. Cependant, ils soulignent que ces gestes, bien qu'appréciés, restent isolés et insuffisants pour les rassurer pleinement.

## B. Problématiques émergentes du parcours de soins

### 1. Influence des représentations sociales sur les soins

Depuis le XIII<sup>e</sup> siècle, sous l'influence croissante de la médecine et de la religion, l'obésité est de plus en plus stigmatisée, avec une tendance qui s'accroît à la Renaissance.

À cette époque, l'homme obèse est perçu comme paresseux et manquant de volonté, d'intelligence, et de contrôle de soi. Malgré l'évolution des normes corporelles, les corps très gros restent dévalorisés en Occident, avec une stigmatisation qui semble croître avec l'IMC (18,19).

Erving Goffman, sociologue canadien, a été le premier à distinguer, en 1963, la stigmatisation de la discrimination dans son ouvrage *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. La stigmatisation attribue un "stigma" à un

individu, le rendant socialement inférieur, tandis que la discrimination prive l'individu de ses droits. Aujourd'hui, les stéréotypes et croyances autour de l'obésité demeurent profondément ancrés, comme le confirme l'ouvrage de Solenne Carof (20).

## 2. Stigmatisation explicite

La stigmatisation explicite, qui désigne les attitudes et comportements ouvertement négatifs envers les personnes obèses, touche de nombreux professionnels de santé d'autant plus depuis la pandémie de COVID-19 (21).

Les médecins, comme tous les membres de la société, ne sont pas exempts de ces préjugés. Selon une étude, 30 % des médecins généralistes expriment de tels préjugés (13).

Ce phénomène n'épargne pas les étudiants en médecine, qui présentent également des préjugés implicites et explicites (22). De plus, une méta-analyse révèle que ces préjugés affectent aussi d'autres professionnels de santé, tels que les infirmières et les psychologues (23).

Les préjugés varient également en fonction des spécialités médicales. Notre étude qualitative montre que les patients perçoivent davantage de stigmatisation explicite chez les spécialistes par rapport aux MG. Une thèse de 2022 renforce ce constat, indiquant que 66 % des patients de l'étude ressentent de la stigmatisation de la part des spécialistes, contre 45 % pour les généralistes et seulement 13 % pour les paramédicaux (24). Des résultats similaires ont été observés aux États-Unis, où les préjugés grossophobes sont aussi plus fréquents chez les spécialistes que chez les médecins de soins primaires (25).

### 3. Discrimination implicite

La discrimination implicite, qui résulte d'un environnement inadapté par maladresse entraînant un traitement négatif non intentionnel, a été observée dans notre étude, notamment à travers l'inadéquation des équipements médicaux. Les patients ont signalé que ces équipements, souvent non ajustés à leur morphologie, affectaient la qualité de leur prise en charge(6,26). Ce problème semble résulter d'un retard dans l'adaptation des locaux et du matériel médical face à l'augmentation de la prévalence de l'obésité.

Depuis plus de 20 ans, ce problème a été souligné par le Pr Basdevant (27), qui a identifié les lacunes en matière d'équipements dans les établissements de soins. Cependant, le Ministère de la Santé a accordé des financements aux Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO) et à leurs centres partenaires pour pallier ces insuffisances. L'amélioration de l'accès aux soins figure parmi les objectifs prioritaires définis dans le cahier des charges (28).

### 4. Accès aux soins entravé par des enjeux financiers

Malgré ces efforts pour améliorer les équipements, l'accès aux soins reste souvent limité par des contraintes financières liées aux patients, particulièrement pour les soins psychologiques et diététiques. Les coûts élevés et les budgets restreints continuent d'entraver l'accès à ces soins spécialisés, réduisant leur disponibilité et leur efficacité pour les patients. La littérature scientifique révèle

d'ailleurs que le surpoids et l'obésité sont généralement plus fréquents dans les catégories sociales défavorisées (3)

### C. Conséquence d'une expérience liée au parcours de soins

Les attitudes stigmatisantes des médecins, telles que le paternalisme, la moralisation ou la culpabilisation, se révèlent souvent contre-productives. Alors que seulement 10 % des patients adoptent une attitude combative, la majorité exprime des sentiments de colère, de tristesse, de honte ou de culpabilité, comme l'ont rapporté la plupart des participants à notre étude (24).

Une étude a révélé un lien positif entre l'exposition à la stigmatisation et l'apparition de troubles du comportement alimentaire, de la dépression, de l'anxiété ainsi qu'une faible estime de soi. (29).

En réponse à cette détresse psychologique, certains patients développent des comportements alimentaires excessifs et émotionnels, ce qui complique davantage la gestion de leur poids et leur bien-être (30). Face à cette spirale négative, beaucoup finissent par renoncer aux soins, préférant éviter les consultations où ils se sentent jugés et incompris.

## D. De nouvelles perspectives

- Protocole Personnalisable Simplifié

Pour améliorer la prise en charge des patients souffrant d'obésité sévère, il serait bénéfique pour les MG de s'appuyer sur des protocoles personnalisables et simplifiés. Cela pourrait inclure des guides pratiques, fiches conseils, vidéos explicatives, ou carnets de suivi, permettant d'adapter leur approche aux besoins spécifiques de chaque patient.

- Redéfinition des Objectifs de Prise en Charge

Martin Winckler, médecin généraliste et écrivain, souligne d'ailleurs l'importance d'écouter les patients avant de formuler un avis, afin de mieux comprendre leurs préoccupations. Un temps d'écoute régulier pourrait ainsi être crucial pour répondre efficacement à leurs besoins.

Il serait aussi pertinent de s'intéresser davantage au vécu et aux défis quotidiens des patients plutôt que de se focaliser uniquement sur la perte de poids. Prioriser l'amélioration de l'estime de soi, encourager une activité physique régulière, et ajuster les attentes de perte de poids de manière réaliste devraient constituer des aspects centraux des futures prises en charge.

- Développement du Travail Pluridisciplinaire

La charge de ces responsabilités ne devrait pas reposer uniquement sur les MG. Le développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), déjà présente dans certaines Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) ou Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), pourrait jouer un rôle clé. Une

équipe pluridisciplinaire sensibilisée aux impacts négatifs de la stigmatisation pourrait ainsi assister les médecins dans l'accompagnement des patients.

- Reconnaissance et Accès aux Soins

Une autre piste à explorer serait de reconnaître les patients souffrant d'obésité sévère avec des comorbidités graves comme relevant d'une affection de longue durée (ALD), afin de garantir un accès amélioré aux soins.

- Financement des Soins

Le développement de financements pour des projets tels que "Retrouve ton cap" pourrait également être envisagé. Ce dispositif, déjà en place pour les enfants à risque d'obésité, propose une prise en charge pluridisciplinaire remboursée à 100 % par l'Assurance Maladie, et pourrait servir de modèle pour une prise en charge similaire chez les adultes.

L'expérimentation en cours de l'article 51 (31), avec des initiatives comme GPS-Obésité dans le Nord (32), vise à créer des équipes pluridisciplinaires proches des patients, en collaboration avec leurs MG, pour promouvoir et maintenir des changements de comportement à long terme. Ce programme, s'il est adopté à grande échelle, pourrait offrir un accompagnement de proximité efficace.

Il serait également intéressant d'envisager des formes de soutien diversifiées, telles que des groupes de parole, des livres explicatifs, des pièces de théâtre, des films (33) ou des podcasts (34), pour sensibiliser un public plus large à la cause de l'obésité et à ses implications.

- Sensibilisation et Formation Continue des Professionnels de Santé

Il serait essentiel de renforcer la formation des futurs médecins en intégrant des simulations patient-soignant pour les sensibiliser à la stigmatisation liée à l'obésité. En parallèle, l'offre de diplômes universitaires (DIU/DU) en nutrition devrait être élargie pour former des médecins capables de fournir une prise en charge plus empathique et efficace. Une meilleure sensibilisation des professionnels de santé aux effets négatifs de la stigmatisation sur la santé des patients obèses permettrait de réduire les discriminations et l'évitement des soins, contribuant ainsi à améliorer la qualité de la prise en charge

Toutes ces perspectives sont déjà bien intégrées dans les nouvelles recommandations de l'HAS, mises à jour en février 2024 (5). Il est donc rassurant de constater que le vécu des patients a été pris en compte, et que leurs attentes sont en cohérence avec les objectifs définis par l'HAS. Le défi reste désormais de mettre en pratique ces cadres théoriques. Avec le temps et le développement de programmes comme GPS-Obésité, un avenir plus adapté aux besoins des patients semble à portée de main.

## **Conclusion :**

Cette étude met en lumière les perceptions des patients en situation d'obésité sévère quant à leur parcours de soins en médecine générale. Les résultats montrent un désir de voir les médecins aller au-delà de la simple gestion du poids et s'intéresser davantage aux défis quotidiens rencontrés par les patients. Les participants reconnaissent les limites des interventions médicales et souhaitent une approche plus équilibrée, où les risques liés à l'obésité sont abordés avec une compréhension plus large de leur vécu. Ils expriment également le besoin d'une relation patient-médecin empreinte de patience et d'empathie.

Il est rassurant de constater que les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour 2024 tiennent compte des préoccupations exprimées par les patients, promettant ainsi une amélioration de la prise en charge de l'obésité. Bien que la mise en œuvre de ces nouvelles recommandations prenne du temps, elles offrent des perspectives optimistes pour un avenir où les soins seront mieux adaptés aux besoins des patients.

## Références bibliographiques

1. Organisation Mondiale de la Santé. Obésité et surpoids.2020 [Internet]. [cité 18 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Phelps NH, Singleton RK, Zhou B, Heap RA, Mishra A, Bennett JE, et al. Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*. févr 2024;S0140673623027502.
3. Enquete-epidemiologique-sur-le-suproids-et-lobesite-Odoxa-x-Obepi.pdf [Internet]. [cité 4 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.sraenutrition.fr/wp-content/uploads/2021/08/Enquete-epidemiologique-sur-le-suproids-et-lobesite-Odoxa-x-Obepi.pdf>
4. reco369\_recommandations\_obesite\_2e\_3e\_niveaux\_preparation\_mel\_v4\_2.pdf [Internet]. [cité 31 août 2024]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-06/reco369\\_recommandations\\_obesite\\_2e\\_3e\\_niveaux\\_preparation\\_mel\\_v4\\_2.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-06/reco369_recommandations_obesite_2e_3e_niveaux_preparation_mel_v4_2.pdf)
5. guide.\_parcours\_surpoids-obesite\_de\_ladulte.pdf [Internet]. [cité 15 mai 2024]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-02/guide.\\_parcours\\_surpoids-obesite\\_de\\_ladulte.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-02/guide._parcours_surpoids-obesite_de_ladulte.pdf)
6. Morvan R. La stigmatisation des personnes en situation d'obésité dans leur parcours de soins : causes, conséquences et perspectives | Dr Ronan MORVAN [Internet]. [cité 15 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.edimark.fr/revues/correspondances-en-metabolismes-hormones-diabetes-nutrition/vol-xxviii-n-1/la-stigmatisation-des-personnes-ensituation-dobesite-dans-leur-parcours-de-soins-cause-s-consequences-et-perspectives>
7. Odoxa [Internet]. [cité 15 mai 2024]. Les discriminations sont un fléau pour tous les Français, mais plus particulièrement pour ceux en situation d'obésité. Disponible sur: <https://www.odoxa.fr/sondage/discriminations-fleau-francais-plus-particulierement-situation-dobesite/>
8. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of All-Cause Mortality With Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2 janv 2013;309(1):71-82.
9. Bertrand D, Bergoignan-Esper C, Bousser MG, Caton J, Hauet T, Le Gall JR, et al. Avis 23-08. Quels rôle et place pour le médecin généraliste dans la société française au XXIe siècle ? Du médecin traitant à l'équipe de santé référente. *Bull Académie Natl Médecine*. 1 juin 2023;207(6):706-13.
10. Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, Farpour-Lambert N, Pryke R, Toplak H, et al. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obes Facts*. 2019;12(1):40-66.
11. Evans EH, Sainsbury K, Kwasnicka D, Bolster A, Araujo-Soares V, Sniehotta FF. Support needs of patients with obesity in primary care: a practice-list survey. *BMC Fam Pract*. 8 janv 2018;19(1):6.
12. Thuan JF, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *Int J Obes*. sept 2005;29(9):1100-6.
13. Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, et al. Overweight and Obesity: Knowledge, Attitudes, and Practices of General Practitioners in France. *Obes Res*. 2005;13(4):787-95.
14. Hélas-Lubraniecki S. Prise en charge de l'excès pondéral de l'adulte : enquête auprès des médecins généralistes de Meuse [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2018 [cité 21 août 2024]. p. non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731664>
15. Salle L, Foulatier O, Coupaye M, Frering V, Constantin A, Joly AS, et al. ACTION-FRANCE: Insights into Perceptions, Attitudes, and Barriers to Obesity Management in France. *J Clin Med*. janv 2024;13(12):3519.
16. Kushner RF, Zeiss DM, Feinglass JM, Yelen M. An obesity educational intervention for medical students addressing weight bias and communication skills using standardized patients. *BMC Med Educ*. 18 mars 2014;14(1):53.
17. Hallen Moore C, Oliver TL, Randolph J, Dowdell EB. Interventions for reducing weight bias in healthcare providers : an interprofessional systematic review and meta-analysis. 28 June 2022. :15.

18. Fischler C. La symbolique du gros. 1987 [cité 25 août 2024]; Disponible sur: [https://www.persee.fr/doc/comm\\_0588-8018\\_1987\\_num\\_46\\_1\\_1698](https://www.persee.fr/doc/comm_0588-8018_1987_num_46_1_1698)
19. Canada A de la santé publique du. Discrimination dans le système de soins de santé parmi les adultes au poids plus élevé : données issues d'une enquête transversale nationale canadienne [Internet]. 2020 [cité 19 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/vol-40-no-11-12-2020/discrimination-systeme-soins-sante-adultes-poids-plus-eleve.html>
20. Grossophobie - Sociologie d'une discrimination invisible.
21. Pausé C, Parker G, Gray L. Resisting the problematisation of fatness in COVID-19: In pursuit of health justice. *Int J Disaster Risk Reduct.* 15 févr 2021;54:102021.
22. Jayawickrama RS, O'Connor M, Flint SW, Hemmingsson E, Lawrence BJ. Explicit and implicit weight bias among health care students: a cross-sectional study of 39 Australian universities. *eClinicalMedicine* [Internet]. 1 avr 2023 [cité 26 août 2024];58. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(23\)00071-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(23)00071-8/fulltext)
23. Lawrence BJ, Kerr D, Pollard CM, Theophilus M, Alexander E, Haywood D, et al. Weight bias among health care professionals: A systematic review and meta-analysis. *Obes Silver Spring Md.* nov 2021;29(11):1802-12.
24. 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.
25. Philip SR, Fields SA, Van Ryn M, Phelan SM. Comparisons of Explicit Weight Bias Across Common Clinical Specialties of US Resident Physicians. *J Gen Intern Med.* 1 mars 2024;39(4):511-8.
26. Kaminsky J, Gadaleta D. A Study of Discrimination within the Medical Community as Viewed by Obese Patients. *Obes Surg.* 1 févr 2002;12(1):14-8.
27. Rapport du Pr Arnaud Basdevant.pdf [Internet]. [cité 11 mars 2024]. Disponible sur: <http://www.mexico-francia.mx/obesidad/descargas/Francia/Rapport%20du%20Pr%20Arnaud%20Basdevant.pdf>
28. instruction\_filières\_obesite\_cahier\_charges\_cso\_sept\_2023-2.pdf [Internet]. [cité 1 sept 2024]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction\\_filières\\_obesite\\_cahier\\_charges\\_cso\\_sept\\_2023-2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_filières_obesite_cahier_charges_cso_sept_2023-2.pdf)
29. 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.* 2018;74(5):1030-42.
30. Bourdier L, Fatseas M, Maria AS, Carre A, Berthoz S. The Psycho-Affective Roots of Obesity: Results from a French Study in the General Population. *Nutrients.* oct 2020;12(10):2962.
31. Article 51 - LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 (1) - Légifrance [Internet]. [cité 2 sept 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000036339172](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000036339172)
32. Projet | GPS-Obésité [Internet]. [cité 2 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.gps-obesite.fr/projet>
33. On achève bien les gros. *Arte*; 2023.
34. Épisode 1 | Je penserai les corps en dehors de la norme [Internet]. 2024 [cité 8 juill 2024]. Disponible sur: <https://open.spotify.com/episode/2JC9rr1FhNeS4iBP7s517a>

# Annexes

## Annexe 1 : Affiche de recrutement et d'informations aux patients



## **RECHERCHE DE VOLONTAIRES** **Travail de recherche**

Interne en médecine générale, je cherche des patient(e)s volontaires afin de recueillir leurs témoignages :

### **Autour de quel sujet ?**

Cette thèse s'intéresse au parcours de soins des patient(e)s en situation d'obésité (leur vécu avec les professionnels de santé, les soins proposées, les équipements médicaux, leurs attentes concernant leur médecin traitant...).

Vous avez la possibilité d'arrêter l'entretien à chaque instant. Le but est de faire évoluer les pratiques et améliorer les prises en charge.

### **À qui s'adresse cette thèse ?**

- À tous et toutes les patient(e)s majeur(e)s en situation d'obésité sévère (soit IMC > ou = 35)
- Ayant un suivi par son médecin traitant depuis plus 1 an pour témoigner d'expériences autour de ce sujet et/ou ayant bénéficié d'au moins deux consultations avec un médecin généraliste concernant son poids

Vous êtes intéressé(e)s ou souhaitez des informations complémentaires ?

Vous pouvez me contacter par mail via l'adresse  
**[chloe.cornelie.etu@univ-lille.fr](mailto:chloe.cornelie.etu@univ-lille.fr)**

## Annexe 2 : Évolution des guides d'entretien

### **Guide d'entretien patient initial :**

#### **Caractéristique de la population :**

1. Genre ? Âge ? Poids max et actuel ? Lieu de vie ? Activité professionnelle ? (Si oui laquelle)

#### **Prise en charge de l'excès de poids au sein de cabinet du médecin généraliste :**

##### **Dernière expérience :**

2. Racontez-nous votre dernière consultation concernant votre poids avec votre médecin généraliste (actuel ou précédent).
3. Quel a été votre ressenti (positif comme négatif) concernant son approche du poids en sortant de cette consultation ?

##### **Les soins prodigués :**

4. Depuis quand êtes-vous suivi par votre médecin généraliste ? À quelle fréquence consultez-vous votre médecin généraliste ? Pour quel motif le consultez-vous le plus souvent ?
5. Quels accompagnements vous a-t-il proposé concernant votre poids ?
6. À quelle fréquence vous a-t-il proposé de vous rencontrer concernant la prise en charge globale de l'obésité ?
7. Vous a-t-il adressé vers un spécialiste concernant la prise en charge globale de votre obésité ?
8. Votre médecin généraliste actuel ou précédent vous a-t-il déjà proposé un régime alimentaire particulier ?
9. Avez-vous déjà effectué un régime, de vous-même ? (Si oui, comment avez-vous abordé le sujet du régime avec votre généraliste, et que vous avait-il conseillé ?)
10. De quelle façon a-t-il abordé le sujet de l'activité physique avec vous ?
11. À quelle fréquence recueille-t-il votre poids lors des consultations ?
12. Comment vivez-vous ce temps de mesure de votre poids lors des consultations ?
13. Comment vivez-vous le temps de l'examen clinique lors de la consultation de médecine générale ?
14. Dans quel état d'esprit êtes-vous avant une consultation chez votre généraliste ? Approche du poids en sortant de cette consultation ?

##### **Agencement du cabinet :**

12. Lors des consultations chez votre généraliste ou votre ancien généraliste, qu'avez-vous pensé de l'agencement du cabinet ? (Parking, Salle d'attente, salle de consultation)
13. Avez-vous déjà eu le sentiment que du matériel médical n'était pas adapté à votre poids lors de l'examen au cabinet ? (Lesquels ?)

##### **Approche désirée :**

14. Comment souhaiteriez-vous aborder le sujet de l'obésité pour la première fois avec votre médecin généraliste ?

#### **La place du poids attribuée par le médecin traitant dans le motif de la consultation :**

15. Avez-vous déjà eu le sentiment que la prise en charge médicale, peu importe le motif de consultation, aurait-été différente chez un patient non obèse ? Si oui, avez-vous des expériences à partager ?
16. Avez-vous déjà reçu de la part d'un médecin des remarques qui vous ont paru déplacées concernant votre poids ? Si oui, pouvez-vous les partager ?

17. Pensez-vous que certains motifs de consultation dans le passé ont pu être attribués à tort à votre excès de poids ? Lesquels ?
18. Avez-vous déjà consulté votre médecin traitant pour des pathologies pouvant être en lien avec votre excès de poids (comme l'HTA, la gonarthrose, le SAOS, la dyslipidémie, le diabète) ?  
Comment le médecin a-t-il abordé le sujet du poids en plus du traitement symptomatique ?

**Perspectives d'amélioration à l'avenir :**

19. De façon plus globale, qu'aimeriez-vous voir modifier en médecine générale concernant la prise en charge et l'accueil des patients obèses ?
20. Quel est le terme le plus adapté et apprécié pour qualifier votre morphotype ?

## Guide d'entretien patient intermédiaire :

### **Comment les patients en situation d'obésité sévère perçoivent-ils leur parcours de soin en médecine générale ?**

« Bonjour, tout d'abord merci d'avoir bien voulu participer à mon étude. Je vais vous interroger sur votre ressenti concernant la prise en charge en médecine générale, de votre situation d'obésité.

Notre entretien sera réécrit, anonymisé, puis l'enregistrement audio sera supprimé quand j'aurai passé ma thèse. À tout moment, vous pouvez me recontacter pour annuler votre participation, ou pour récupérer l'analyse que j'aurai faite de notre entretien afin de me donner votre avis. Êtes-vous d'accord ? »

#### Question d'ordre personnel :

Genre ? Âge ? Taille ? ATCD du patient(e) ? Poids max, min et actuel ? Lieu de vie ? Activité professionnelle ? (Si oui laquelle) Durée de suivi par votre médecin traitant ?

#### Question brise glace :

**Comment avez-vous vécu votre dernière consultation avec votre médecin généraliste (actuel ou ancien) concernant votre poids ?**

**Si réponse se tarit rapidement :** Qu'attendiez-vous de cette consultation? Le ressenti avant ?  
Après ?

**Si n'élabore pas spontanément :** Dans quel contexte s'est-elle présentée ?

<b>Si ressenti positif</b>	<b>Si ressenti négatif</b>
Quels accompagnements proposés ? Spécialiste, régime, activités physiques, PEC chir...	Quelle approche désirée ?
Approche du poids et ses complications ? Explications faites et compréhension... IMC... Attribution à tort à l'obésité ?	Freins aux accompagnements proposés ? Paroles déplacées ? Incompréhension ? Motif attribué à tort au poids ?
Fréquence et condition des réévaluations ?	Vécu du temps de mesure du poids ?
Vécu du temps de mesure du poids ?	Environnement non adapté ? Matériel médical, chaise, accès au cabinet, balance, imagerie...
Le terme le plus adapté pour qualifier votre morphotype ?	Le terme le plus adapté pour qualifier votre morphotype ?

**Ouverture :** De façon plus globale, qu'aimeriez-vous voir modifier en médecine de ville concernant la prise en charge et l'accueil des patients en situation d'obésité ?

**Clôture :** Souhaitez-vous être tenu informé des résultats de ma thèse ?

Connaissez-vous d'autres personnes en situation d'obésité susceptibles d'accepter cet entretien semi-dirigé ?

## Guide d'entretien patient final :

« Bonjour, tout d'abord merci d'avoir bien voulu participer à mon étude. Je vais vous interroger sur votre ressenti concernant la prise en charge en médecine générale, de votre situation d'obésité.

Notre entretien sera réécrit, anonymisé, puis l'enregistrement audio sera supprimé quand j'aurai passé ma thèse. À tout moment, vous pouvez me recontacter pour annuler votre participation, ou pour récupérer l'analyse que j'aurai faite de notre entretien afin de me donner votre avis. Êtes-vous d'accord ? »

**Caractéristique de la population :** Genre ? Âge ? Poids max, min et actuel ? Lieu de vie ? Activité professionnelle ? (Si oui laquelle) ? Médecin traitant ? Durée de leur relation médecin/patient ? ATCD médicaux ?

### Introduction du sujet :

→ **Comment avez-vous vécu votre dernière consultation avec votre médecin généraliste, ancien ou actuel, concernant votre poids ?**

*Si le patient n'argumente pas :* Quel contexte ? Votre initiative ? Quand ?

Sujet idéalement à proposer en fonction de la conversation :

- *Accompagnements proposés* (alimentaire, régimes, activité physique, psychologue, nutritionniste, diététicien...),
- *Satisfaction ? Explications médicales faites concernant l'obésité ( causes et complications)*
- *Ressenti au sein du cabinet (accessibilité, matériels et accessoires)*
- *Ressenti lors de la consultation (interrogatoire, examen, pesée)*
- *Mots adaptés pour qualifier le morphotype, paroles ou mots inappropriés ?*
- *Perception de différence de traitement par rapport au reste de la population ?*

### Ouverture :

→ **De façon assez globale, qu'aimeriez-vous voir changer en médecine de ville, concernant la prise en charge et l'accueil des patients en situation d'obésité ? Voulez-vous ajouter un message, qu'on n'aurait pas évoqué, qui vous semble important à faire passer aux médecins généralistes ?**

Si difficulté à formuler :

1) *Que vous a-t-il proposé comme accompagnement, à la fin de cette consultation ? Avant cette consultation, vous avait-il donné d'autres conseils ?*

2) *Quel était votre ressenti, avant et après cette consultation concernant votre poids ?*

3) *Quelles ont été les explications faites par votre médecin concernant les différentes causes de la prise de poids ? Les différentes conséquences du poids sur la santé ?*

4) *Je vais vous poser une toute autre question : Avez-vous déjà eu le sentiment que peu importe le motif de votre consultation, si vous aviez été mince, on vous aurait traité différemment ? Expliquez moi*

5) *Dans ce cas-là, quel est votre sentiment lorsqu'on vous demande de vous peser ? Si les médecins arrêtaient de vous peser, comment le vivriez-vous ? Si le patient ne se pèse pas au cabinet de son MT : Depuis combien de temps, vous ne vous pesez plus ? et pourquoi ?*

6) *Comment vous sentez-vous lorsqu'on vous examine, on vous ausculte, ou on vous palpe ?*

7) *À quelle fréquence consultez-vous votre médecin traitant pour le poids ? Est-ce que vous refaites le point sur votre poids ?*

8) *Que pensez-vous de l'environnement du cabinet de votre médecin généraliste, l'agencement vous semble-t-il adapté à votre morphologie ? (exemple : escalier, parking, salle d'attente, salle de consultation, chaises etc...)*

Si réponse positive : *Comment vous sentez-vous quand vous constatez que le cabinet n'est pas adapté ?*

9) *Pensez-vous que certains équipements ne sont pas adaptés à votre poids (exemple : la balance, le tensiomètre etc ...) ?*

Si réponse positive : *Comment vous sentez-vous quand ce genre de situation arrive ?*

10) *Quel est le terme le plus adapté, selon vous, pour qualifier votre morphotype ?*

Si pas de réponse : *que pensez vous du mot "obèse", "obèse sévère, morbide", "gros" ?*

11) *Ensuite, avez-vous déjà reçu de la part de médecin des remarques qui vous ont paru déplacées, concernant votre poids ? Si réponse positive : Comment réagissiez-vous par rapport à ces remarques ? Avez-vous vécu ce genre de situation avec votre médecin traitant ?*

### Annexe 3 et 4 : Verbatims et codage axial

Les annexes 3 et 4 sont jointes au jury sur clé USB.

L'annexe 3 contient les verbatims. L'annexe 4 contient la table des propriétés.

Annexe 5 : Grille COREQ

**Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion**

Caractéristiques personnelles :

Numéro	Item	Question	Réponse
1	Enquêteur	Quel auteur a mené l'entretien individuel	Chloé CORNELIE
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Troisième cycle des études médicales réalisé en médecine générale
3	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	Médecin remplaçante
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première expérience en recherche qualitative

Relations avec les participants :

Numéro	Item	Question	Réponse
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le début de l'étude ?	Non
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Thème axé sur la perception des patients en situation d'obésité sévère à propos des pratiques médicales tout au long de leur parcours de soins.
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Absence de conflit d'intérêt

## Domaine 2 : Conception de l'étude

### Cadre théorique :

Numéro	Item	Question	Réponse
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Théorisation ancrée
10	Échantillon	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Échantillonnage théorique
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Via affiche de recrutement en salle d'attente chez divers médecins généralistes / via les réseaux sociaux
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	10 participants
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	0 participant

### Contexte :

Numéro	Item	Question	Réponse
14	Cadre de la collecte des données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Cabinet du chercheur ou Faculté de médecine
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	Elles sont résumées dans le tableau 1.

Recueil des données :

Numéro	Item	Question	Réponse
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide d'entretien fourni, non testé au préalable, validé par le directeur de thèse
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Un seul entretien par participant
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio après accord des participants et retranscription par le chercheur
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Durée moyenne : 31 minutes
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Seuil de saturation atteint au 8ème entretien, deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour vérifier la saturation des données
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non, même si les participant en avaient la possibilité, aucun ne s'est manifesté

### Domaine 3 : Analyse et résultats

#### Analyse des données :

Numéro	Item	Question	Réponse
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	L'investigateur et un chercheur neutre par le biais de la triangulation
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Identification des thèmes à partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Excel®
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils pu exprimer des retours sur les résultats ?	Ils en avaient la possibilité, aucun ne s'est manifesté

#### Rédaction :

Numéro	Item	Question	Réponse
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, présentation des verbatims
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

## Annexe 6 : Déclaration DPO



### RÉCÉPISSÉ

### ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

#### Responsable du traitement

<b>Nom</b> : Université de Lille	<b>SIREN</b> : 130 029 754 00012
<b>Adresse</b> : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	<b>Code NAF</b> : 8542Z <b>Tél.</b> : +33 (0) 3 62 26 90 00

#### Traitement déclaré

**Intitulé** : Comment les patients en situation d'obésité sévère perçoivent-ils leur parcours de soins en médecine générale ?

**Référence Registre DPO** : 2023-166

**Responsable scientifique** : Mme Séverine ANDRIEUX

**Interlocuteur** : Mme Chloé CORNELIE

Fait à Lille,

Le 19 octobre 2023

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

**AUTEUR(E) : Nom : CORNÉLIE** Prénom : Chloé  
**Date de soutenance : Jeudi 26 septembre 2024**  
**Titre de la thèse : Comment les patients en situation d'obésité sévère perçoivent-ils leur parcours de soin en médecine générale ?**  
**Thèse - Médecine - Lille 2024**  
**Cadre de classement : Médecine générale**  
**DES : Médecine générale**  
**Mots-clés : Obésité / obesity ; stigmatisation liée au poids / weight bias; médecine générale / general practice; soins primaires / primary care.**

### **Résumé :**

**Introduction** : L'obésité touche environ 8 millions de personnes en France, d'après les données de l'enquête Obépi 2020 (3). Malgré les efforts déployés pour faire face à ce problème, l'incidence de cette pathologie continue de croître, mettant en évidence les défis que rencontrent les médecins généralistes (MG) pour accompagner cette population. Cette recherche vise à analyser les perceptions et attentes des patients en situation d'obésité quant à la co-construction de leur parcours de soins avec leur MG, tout en examinant le rôle que joue la stigmatisation dans les soins de premier recours.

**Méthodes** : Nous avons mené une étude qualitative, comprenant dix entretiens semi-dirigés avec des patients ayant un IMC  $\geq 35$ , dans le département du Nord de la France. Les données enregistrées ont été analysées selon la "méthode de théorisation ancrée" afin d'extraire des étiquettes regroupées en catégories, formant ainsi les résultats de l'étude.

**Résultats** : Les pratiques de soins que les patients en situation d'obésité jugeaient efficaces reposaient principalement sur une expertise médicale éclairée et une relation de confiance avec le MG. Les patients souhaitaient une prise en charge globale qui incluait des conseils sur le mode de vie, un suivi régulier, des orientations vers d'autres professionnels, et une attention particulière à la non-stigmatisation. La relation de confiance renforçait leur compréhension de l'obésité et leur volonté d'être acteurs de leur santé, malgré les difficultés rencontrées.

Cependant, la stigmatisation médicale et sociale, ainsi que des obstacles financiers, compliquaient leur parcours, provoquant des comportements d'évitement et des répercussions psychologiques. Bien qu'ils admettaient que leur MG pouvait involontairement y contribuer par un matériel inadapté, ils estimaient que la stigmatisation directe venait surtout de professionnels moins familiers.

**Conclusion** : Cette étude révèle que les patients en situation d'obésité sévère souhaitent que les médecins se concentrent non seulement sur la gestion du poids, mais aussi sur les défis quotidiens qu'ils rencontrent. Ils recherchent une approche plus équilibrée, avec une meilleure compréhension de leur vécu et une relation empreinte de patience et d'empathie. Les recommandations de la HAS pour 2024, qui répondent à ces préoccupations, offrent des perspectives positives pour une amélioration future des soins, même si leur mise en œuvre nécessitera du temps.

### **Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Assesseurs : Madame le Professeur Monique ROMON & Monsieur le Docteur Jan BARAN**

**Directrice de thèse : Madame le Docteur Séverine ANDRIEUX**