

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

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

**Évaluation des représentations des médecins généralistes et internes de  
médecine générale vis-à-vis de personnes en situation de surpoids ou d'obésité.**

Présentée et soutenue publiquement le 10 octobre 2024 à 14h00  
au Pôle Formation  
par **Gabrielle LIENARD**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur David SEGUY**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Docteur Jan BARAN**

**Monsieur le Docteur Romain DEWILDE**

**Madame le Docteur Gabrielle LISEMBARD**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur Marie MOUKAGNI-PELZER**

---



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

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ATCD : Antécédent

BAOP: Belief about obese persons

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

FPS: Fat phobia scale

IMC : Indice de masse corporelle

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

OMS : Organisation mondiale de la santé

TCA : Trouble du comportement alimentaire

## Table des matières

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
I. <b>Obésité .....</b>	<b>5</b>
A.    Définition .....	5
B.    Épidémiologie .....	6
II. <b>Conséquences de l'obésité .....</b>	<b>9</b>
A.    Grossophobie, définition .....	9
B.    Grossophobie dans le domaine professionnel .....	10
C.    Grossophobie dans le domaine médical.....	11
III. <b>Impact des stigmatisations.....</b>	<b>12</b>
A.    Le rôle des médias et du grand public .....	13
B.    La culture du régime .....	14
C.    Stigmatisation et santé mentale .....	15
D.    Stigmatisation en médecine générale .....	16
IV. <b>Intérêt de l'étude .....</b>	<b>18</b>
<b>MATÉRIEL &amp; MÉTHODE.....</b>	<b>19</b>
I. <b>Population étudiée et critères d'inclusion et d'exclusion .....</b>	<b>19</b>
II. <b>Le recrutement .....</b>	<b>19</b>
III. <b>Questionnaire .....</b>	<b>20</b>
A.    Première partie du questionnaire .....	20
B.    La deuxième partie du questionnaire .....	20
C.    La troisième partie du questionnaire .....	21
D.    La quatrième partie du questionnaire .....	22
IV. <b>Critères de jugement .....</b>	<b>22</b>
V. <b>Aspects éthiques .....</b>	<b>23</b>
VI. <b>Analyses de données.....</b>	<b>23</b>
<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>24</b>
I. <b>Caractéristiques démographiques des participants .....</b>	<b>24</b>
A.    Données sociodémographiques.....	24
B.    Niveau d'étude et formation diététique complémentaire .....	25
C.    Lieux d'exercices et matériels adaptés aux personnes en situation de surpoids ou d'obésité .....	26
D.    Données anthropologiques .....	27
E.    Troubles du comportement alimentaire.....	28
II. <b>Réponses au BAOP (belief about obeses persons) modifié (fig 9) .....</b>	<b>29</b>
1.    Question 1 : .....	29
2.    Question 2 .....	29
3.    Question 3 et 4 : .....	29
4.    Question 5 .....	29
5.    Question 6 .....	30
6.    Question 7 .....	30
7.    Question 8 .....	30
8.    Question 9 .....	30
9.    Question 10 .....	30
III. <b>Fat phobia scale (Tab 1) .....</b>	<b>32</b>
IV. <b>Échelles des silhouettes.....</b>	<b>33</b>
V. <b>Comparaisons inter groupe .....</b>	<b>35</b>
A.    Comparaison du score Fat Phobia Scale (tab 2) .....	35

B. Comparaison des perceptions sur le poids .....	36
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>38</b>
<b>I. Synthèse des résultats.....</b>	<b>38</b>
A. Population de l'étude .....	38
1. Genre des participants .....	38
2. Age des participants .....	39
3. IMC des participants .....	39
B. Niveau de grossophobie .....	40
1. Fat Phobia Scale FPS .....	40
2. BAOP modifié.....	42
3. Échelles des silhouettes.....	43
C. Facteurs influençant les stigmatisations .....	45
1. Internes vs séniors .....	45
2. Statut pondéral et présence de TCA chez les répondants et leur entourage.....	46
3. Genre des participants .....	47
<b>II. Forces et limites de l'étude .....</b>	<b>48</b>
A. Limites.....	48
B. Forces de l'étude .....	50
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>51</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>53</b>

# INTRODUCTION

## I. Obésité

### A. *Définition*

Le surpoids et l'obésité se caractérisent par une accumulation excessive de graisse dans le corps. Ces conditions résultent de divers facteurs. Ce sont des pathologies multifactorielles impliquant des facteurs environnementaux, biologiques, sociaux et comportementaux. Depuis 1998, une personne est considérée en surpoids lorsque son indice de masse corporelle (IMC) dépasse 25, et elle est qualifiée d'obèse si son IMC est supérieur ou égal à 30. L'IMC est calculé en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres. L'IMC a été développé par un mathématicien belge Adolphe Quetelet en 1832. Le but initial était de calculer « *le poids idéal de l'homme moyen* ». [1]

L'organisation mondiale de santé (OMS) estime en 1997 que l'IMC constitue « *la mesure la plus utile, bien que grossière, de l'obésité au sein d'une population* » [2]. Cependant, l'OMS reconnaît les limites de cet indicateur, soulignant qu'il ne reflète pas les variations individuelles, ethniques ou de population. A titre d'exemple, pour la création de cet indice, A. Quetelet s'est appuyé uniquement sur la mesure d'hommes français ou écossais.

Roxanne Gay, dans son mémoire intitulé « *Hunger* » [3], critique l'indice arbitraire qu'est l'IMC en expliquant par exemple, que le seuil d'IMC pour corps « normaux » a été abaissé de 27,8 à 25 en 1998. L'OMS a justifié en partie cette réduction par la facilité de mémoriser un chiffre rond. Cela a eu pour incidence d'augmenter le nombre des personnes considérées en surpoids et donc perçues « en mauvaise santé ».

Le sociologue Thibault de Saint-Pol reprend cette notion [4], selon lui : « *les seuils d'IMC avaient initialement une visée principalement statistique et globale* ». Mais par la suite, cet indicateur a été utilisé de manière détournée pour caractériser une pathologie à l'échelle individuelle.

Malgré son utilité, l'IMC comporte donc plusieurs limites et ne permet qu'une estimation de la surcharge pondérale d'un individu.

D'une part, il ne prend pas en compte la répartition entre masse maigre et masse grasse.

D'autre part, il ne permet pas d'évaluer la répartition du tissu adipeux, bien que l'excès de masse grasse abdominale serait associé à un risque plus élevé de maladies, indépendamment de l'IMC.

Pour remédier à cette lacune, on introduit la notion d'obésité abdominale, définie par un tour de taille supérieur à 88 cm chez la femme et à 100 cm chez l'homme. Cela permet de distinguer la graisse viscérale, qui entoure les organes, de la graisse sous-cutanée.

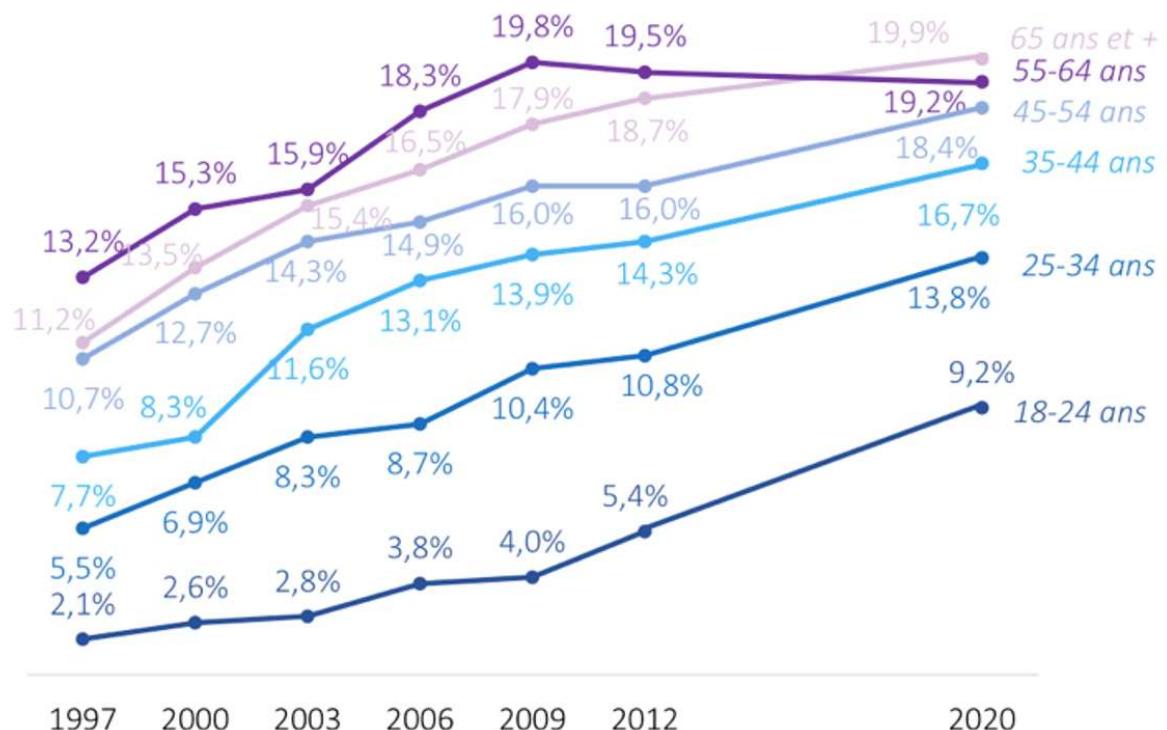
## ***B. Épidémiologie***

Malgré ses limites, l'IMC demeure utile pour estimer le risque de survenue de certaines maladies liées au poids. Le surpoids et l'obésité constituent des enjeux majeurs de santé publique. Selon l'OMS, le nombre de cas d'obésité a triplé au cours des cinquante dernières années. En France, une étude (Obépi-Roche) à l'initiative de la Ligue contre l'obésité [5], coordonnée par des chercheurs de l'Inserm et du CHU de Montpellier, révèle que près de la moitié des adultes français sont concernés par le surpoids ou l'obésité, dont 17% en situation d'obésité. Cette étude offre des indications précieuses sur les populations les plus touchées en fonction de l'âge, de la région ou encore de l'activité socio-professionnelle ce qui permet d'affiner et de cibler de manière plus précise les politiques de prévention.

Depuis 1997 en France, la prévalence du surpoids demeure aux alentours de 30% tandis que celle de l'obésité connaît une croissance rapide. En effet, elle a augmenté de manière significative, passant de 8,5% en 1997 à 15% en 2012 pour atteindre 17% en 2020.[5]

Il convient de tenir compte de diverses disparités, en commençant par celles liées à l'âge. Les données indiquent que les personnes plus âgées présentent une prévalence plus élevée de surpoids ou d'obésité par rapport aux plus jeunes : 57,3 % des 65 ans et plus sont touchés, contre 23,2 % des 18-24 ans.

Cependant les tendances mettent en évidence des changements préoccupants puisque la plus forte augmentation de la prévalence de l'obésité au fil des années se constate dans les tranches d'âge les plus jeunes. L'obésité a augmenté de plus de 4 fois chez les 18-24 ans, et de 3 fois chez les 25-34 ans, tandis que la hausse chez les 55 ans et plus reste faible depuis 2009. [5] (graph 1)



Graphique 1 : Évolution des prévalences de l'obésité selon l'âge entre les enquêtes Obépi-Roche 1997-2012 et l'enquête Obépi 2020

Il est également constaté des disparités géographiques significatives. En 2020, les régions du Nord et du Nord-Est de la France sont les plus touchées par l'obésité (plus de 20%) tandis que l'Île-de-France et les Pays de la Loire sont les moins touchées (moins de 14,5%) [5].

En excluant ces deux dernières régions, on constate une diminution du gradient des prévalences en passant des régions du Nord aux régions du Sud de la France. Fig 1

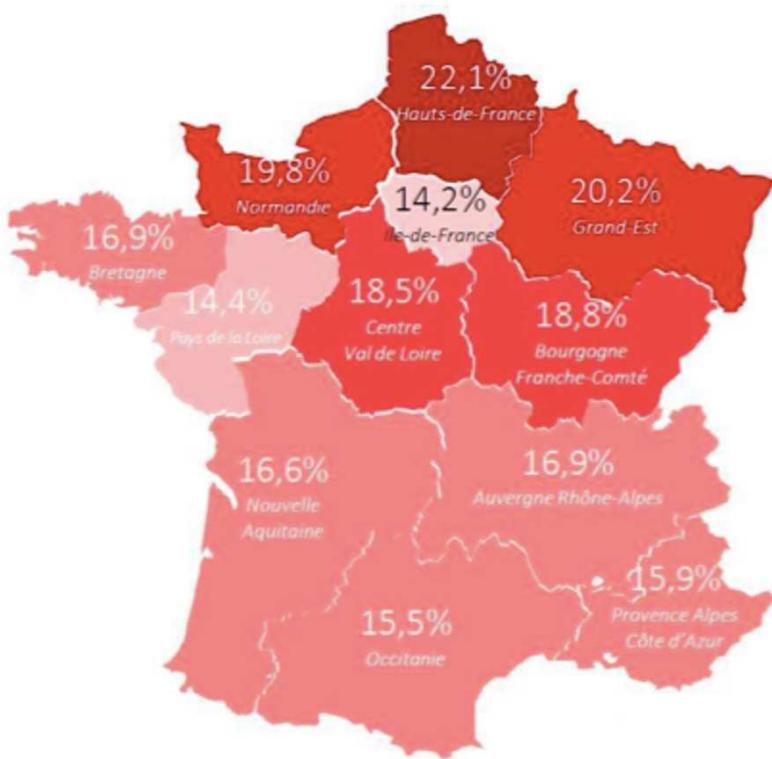


Figure 1 : Répartition territoriale de l'obésité selon l'étude Obépi-Roche 2020

En dernier lieu, des disparités significatives se manifestent en fonction de la catégorie socioprofessionnelle des individus. La littérature scientifique révèle que le surpoids et l'obésité sont généralement plus répandus au sein des catégories sociales défavorisées notamment dans les pays développés. L'obésité s'inscrit ainsi comme une maladie socialement marquée. Selon l'organisation de coopération et de développement économique (OCDE), « *de manière constante dans tous les pays, les personnes appartenant au groupe de revenu le plus faible sont plus susceptibles d'être obèses* » [6].

Au sein de l'Union européenne, les femmes et les hommes appartenant au groupe de revenus les plus faibles sont respectivement 90 % et 50 % plus susceptibles d'être obèses par rapport à leurs homologues au groupe de revenus les plus élevés [6]. Bien que ce gradient social soit observable à l'échelle mondiale, il atteint des niveaux particulièrement élevés en France. Les écarts entre les personnes les plus aisées et les plus modestes s'accroissent de manière soutenue depuis le début des années 1990. Selon l'enquête Obépi-Roche de 2020 [5], en 20 ans, le taux d'obésité a augmenté de 4 points chez les cadres, mais de plus de 9 points chez les ouvriers et de 10 points chez les employés. Au cours des dix dernières années, en France, différents Programmes Nationaux Nutrition Santé (PNNS) ont été mis en place pour contrer cette progression.

## **II. Conséquences de l'obésité**

### ***A. Grossophobie, définition***

Le terme « grossophobie » dérive de l'expression anglaise « fat phobia ». Le terme est utilisé pour la première fois en France en 1994 par l'actrice Anne Zamberlan dans son ouvrage intitulé « *Je suis grosse et alors ? Coup de gueule contre la grossophobie* » [7]. En 2019, il a été inclus dans le dictionnaire Le Robert et en 2023 dans Le Petit Larousse avec la définition suivante : « *ensemble des attitudes et des comportements hostiles qui stigmatisent et discriminent les personnes grosses, en surpoids ou obèses* ».

Ainsi, la grossophobie désigne les discriminations auxquelles sont confrontées les individus en surpoids ou en obésité en raison de leur poids et de leur apparence physique. La grossophobie se divise en deux types : la grossophobie implicite et la grossophobie explicite.

Le manque d'adaptation de l'environnement aux personnes en situation de surpoids ou d'obésité dans notre société est responsable de la grossophobie implicite ou indirecte.

A titre d'exemple dans le domaine médical, on peut mentionner l'absence d'équipements adaptés comme des brassards à tension trop petits ou des brancards trop étroits. La grossophobie explicite, quant à elle, est directe et se traduit par les humiliations et les insultes subies par ces personnes en raison de leur poids.

### ***B. Grossophobie dans le domaine professionnel***

D'un point de vue social, les personnes en surpoids ou obèses font face à des discriminations aux répercussions néfastes sur leur vie. Cette réalité est mise en lumière à la fois dans la littérature scientifique internationale et via l'émergence de témoignages, tels que l'ouvrage « *On ne naît pas grosse* » écrit par Gabrielle Deydier [8] ou encore repris par des collectifs ou associations comme Gras politique.

Ces stigmatisations touchent différents aspects de la vie. On les retrouve dans le domaine professionnel avec des obstacles à l'emploi et des disparités salariales. Pour illustrer ce propos, à qualification égale, les individus avec un IMC plus élevé rencontrent des difficultés accrues pour trouver un emploi [6]. De manière similaire, à expérience équivalente, les femmes présentant une surcharge pondérale ont 3,5 fois moins de probabilités d'obtenir un entretien d'embauche [6,9]. Dans le domaine de l'éducation, les garçons et les filles souffrant d'obésité sont respectivement deux et trois fois plus susceptibles d'être victimes de harcèlement [6].

Il existe également des stigmatisations lors de démarches telles que la souscription d'assurances ou l'obtention de prêts bancaires.

### ***C. Grossophobie dans le domaine médical***

Ces préjugés ne se limitent pas à la sphère sociale mais se retrouvent également dans le domaine médical et le système de soins, phénomène souvent désigné sous les termes de « Grossophobie médicale » ou « Fat Phobia in Health care ».

Ces termes englobent l'ensemble des discriminations subies par les patients en surpoids ou obèses au sein du système de santé y compris de la part des professionnels de santé.

En effet, ces derniers sont souvent influencés par le préjugé selon lequel l'obésité résulte principalement de la responsabilité individuelle des patients, ce qui a des répercussions significatives sur la qualité de la prise en charge médicale.

Les organisations représentant les personnes obèses regrettent que tout problème de santé affectant une personne en surpoids soit systématiquement associé à son poids. Plusieurs études ont été menées auprès des patients en situation de surpoids ou d'obésité pour recueillir leurs expériences concernant les soins et la prise en charge globale. Les patients révèlent des commentaires et attitudes perçus comme discriminatoires en lien avec leur corpulence.

Les professionnels impliqués dans le programme « Mission : retrouve ton cap » ont également informé que de nombreuses familles hésitent à consulter pour les problèmes de poids de leurs enfants, de peur d'être jugées [10].

Des multiples études ont démontré que cette forme de discrimination induit une perte de confiance, décourage le recours aux soins, altère la relation thérapeutique et, par conséquent, réduit les opportunités thérapeutiques pour ces patients.

### **III. Impact des stigmatisations**

La stigmatisation se manifeste lorsque « *des processus simultanés impliquent l'exclusion, la discrimination, la création de stéréotypes pour un sous-groupe particulier, le tout dans un contexte où un pouvoir est exercé* », par exemple dans le domaine de la santé.

Les études sur la stigmatisation se multiplient aujourd'hui, mettant en lumière ses effets néfastes concrets sur la santé des personnes visées, telles que celles en situation d'obésité. Par comparaison avec les individus non stigmatisés, les personnes appartenant à des groupes stigmatisés présentent un risque accru de problèmes de santé mentale et physique [11].

La discrimination liée au poids corporel demeure l'une des rares formes de stigmatisation n'étant pas condamnée socialement (ni légalement) au sein des sociétés occidentales et encore largement répandue dans la population française [12]. Cette acceptation sociale est illustrée par l'omniprésence d'images de corps minces et athlétiques dans les médias, reflétant les normes sociales qui valorisent la minceur et le contrôle du corps. Il existe dans notre société, l'idée selon laquelle avec de la volonté et de la détermination, le contrôle du poids est possible. Ainsi, les individus en situation d'obésité sont souvent perçus comme « *des personnes fainéantes, moins courageuses, moins agiles, moins désirables* » et considérés comme dépourvus de contrôle sur leur propre corps et donc manquant de réussite [13]. En ce sens, les personnes en surpoids ou obèses sont discriminées sous prétexte de leur bien-être, l'obésité étant considérée comme être « en mauvaise santé ».

L'une des causes majeures de la stigmatisation des individus en surpoids et/ou obèses réside dans l'adhésion à l'idée préconçue selon laquelle ces personnes « manquent de volonté ».

Une étude approfondie a été menée pour évaluer les préjugés négatifs liés au poids auprès de 34 000 adultes français. Les résultats révèlent des scores d'empathie relativement bas envers les personnes en surpoids ou obèses, avec près de 50% des personnes interrogées exprimant l'idée que l'obésité est attribuable à un manque de volonté [14].

Cette forme de stigmatisation est aujourd'hui présente au sein de la plupart des groupes sociaux. Elle peut se manifester dans divers contextes, que ce soit au sein de la famille, parmi les collègues de travail, les camarades de classe, ou même de la part de professionnels de la santé y compris les médecins.

Les recherches actuelles révèlent que cette stigmatisation engendre diverses conséquences, comme une altération des relations sociales, une intensification des troubles du comportement alimentaire, une baisse du niveau de réussite scolaire ou professionnelle, une augmentation des problèmes de santé mentale, un évitement des activités physiques, une accentuation de la prise de poids, ainsi qu'une moindre propension à recourir aux soins. La honte ressentie vis-à-vis de leur propre poids semble contribuer à l'évitement de certaines de ces activités [15,16].

#### *A. Le rôle des médias et du grand public*

De nombreux sociologues reconnaissent que le discours occidental sur la santé joue un rôle dans le renforcement des stigmatisations liées au poids corporel. Dans un premier temps, la promotion de normes et de seuils de poids considérés comme « en bonne santé » ou « à risque », notamment basés sur l'IMC contribue à renforcer certains stéréotypes corporels favorisant la minceur et encourage les stratégies de contrôle du corps pour se conformer aux normes de santé [16,17].

Ces normes sont actuellement promues par les campagnes de santé publique, mais également par les médias et les réseaux sociaux, influençant ainsi la perception de la population à l'égard du poids corporel.

L'adoption généralisée de ces normes sociales de minceur par l'ensemble de la population contribue à la stigmatisation des individus ne répondant pas aux idéaux corporels, entraînant ainsi leur souffrance.

Il est aujourd'hui admis que les taux croissants d'obésité sont issus de l'interaction complexe entre de nombreux facteurs historiques, biologiques, psychologiques et sociaux, et ne peuvent être réduits à s'expliquer exclusivement par des facteurs et des choix individuels.

Or les recommandations actuelles reposent toujours sur « les rééquilibrages alimentaires » ou « régimes » afin de perdre du poids. Le maintien de ces recommandations contribue à renforcer l'idéologie selon laquelle les personnes obèses n'arrivent pas à atteindre les standards de « poids-santé » à l'aide de ces stratégies sont incomptétentes ou manquent de volonté, et accentue leur stigmatisation [17].

### ***B. La culture du régime***

Dans notre société, la minceur est considérée comme esthétique et la grosseur comme inesthétique. La « culture du régime » est largement répandue dans les médias. On retrouve la promotion de nombreux programmes et produits de régime, tels que des livres, des revues féminines, des thés détox, des pilules brûle-graisses et des crèmes amincissantes. Selon une étude d'Ipsos et Metabolic Profil réalisée en 2015 en France, 63% des Français font « attention à leur poids », 44% ont déjà suivi un régime pour perdre du poids, et en moyenne, ceux qui en ont suivi, en ont essayé quatre [18].

Dans ce contexte, perdre du poids est généralement considéré comme un indicateur de meilleure santé et de bonheur, tandis que la prise de poids est associée à un manque de volonté, de motivation ou à un « laisser-aller » [17]. La prise de poids est souvent jugée négativement par la société tandis que la perte de poids est généralement encouragée et valorisée, peu importe les raisons sous-jacentes y compris celles de nature pathologique.

Il est important de noter que les femmes sont plus susceptibles d'entreprendre des démarches pour perdre du poids, subissant également une stigmatisation plus importante liée à l'obésité et une pression accrue pour correspondre aux normes de minceur [9,18,19].

Cependant ce culte du régime et ces efforts pour perdre du poids peuvent nuire à la qualité de vie, indiquant que la quête d'un poids idéal peut avoir des effets négatifs sur le bien-être global [15,17,20].

### ***C. Stigmatisation et santé mentale***

D'après plusieurs études récentes, la stigmatisation liée au poids pourrait également encourager la persistance d'autres comportements nuisibles à la santé, tels que les troubles du comportement alimentaire (TCA), ce qui peut contribuer à une prise de poids accrue [15,16].

On établit désormais un lien significatif entre la santé mentale et la prise de poids. La dépression, l'anxiété, le manque de confiance en soi, les expériences d'abus sexuels ou physiques, les négligences durant l'enfance ainsi que les troubles du comportement alimentaire sont plus courants chez les personnes en surpoids ou obèses [18]. Il est important de noter que la stigmatisation associée au surpoids ou à l'obésité émerge comme l'une des principales causes de la dégradation de la santé mentale chez ces personnes.

Ce phénomène semble résulter de l'internalisation des préjugés grossophobes, entraînant une souffrance psychologique, un dégoût de soi et une auto-dévalorisation [21,22].

Ces derniers conduisent à ce que l'on appelle « l'alimentation émotionnelle » ou « emotional eating » [23,24]. Ce concept, défini comme « *le fait de moduler la consommation alimentaire en réponse à un ressenti émotionnel plutôt qu'à celui de la faim ou de la satiété* ». Cela montre que la nourriture peut être utilisée comme une forme « d'automédication » pour faire face à des émotions négatives : « manger ses émotions ». Cela peut entraîner des variations de poids, suivie de régimes afin de compenser la prise de poids, ce qui peut conduire à un effet « yo-yo », contribuant à une prise de poids accrue à long terme.

Tout cela peut également engendrer des troubles psychiques, créant un cercle vicieux où les pathologies mentales favorisent encore davantage la prise de poids [22,23] de même que certains traitements psychiques aggravant aussi la prise de poids. Cette interrelation complexe souligne l'importance de considérer à la fois la santé physique et la santé mentale, afin de mieux comprendre et aborder les liens complexes entre la santé mentale et la prise de poids [25].

Ces résultats suggèrent que la stigmatisation contribue donc à la perpétuation de l'obésité, enrichissant ainsi les résultats d'une étude récente mettant en lumière des liens étroits entre la discrimination, la prise de poids et l'obésité [17]. La stigmatisation liée au poids corporel a de nombreux impacts sur la santé et le bien-être des personnes en situation d'obésité, ce qui en fait un enjeu de santé particulièrement préoccupant.

#### ***D. Stigmatisation en médecine générale***

Les médecins généralistes jouent un rôle essentiel dans la prévention, le diagnostic et la prescription de conseils initiaux liés aux problèmes de poids.

En tant que professionnels de santé les plus fréquemment consultés, la majorité des patients estiment que leurs médecins généralistes pourraient les aider à perdre du poids [26,27]. Cependant, les médecins généralistes rencontrent des difficultés à gérer de manière satisfaisante les problèmes de surpoids et d'obésité.

L'étude « Overweight and Obesity : Knowledge, Attitudes, and Practices Of GP in France » [26], menée auprès de plus de 600 médecins généralistes français en 2005, révèle que la majorité de ces professionnels considère l'obésité comme une maladie et reconnaît que leur rôle inclut la gestion des problèmes de poids. Néanmoins, plus de la moitié estime ne pas le faire de manière efficace. Les résultats indiquent également que la participation à une formation continue sur les problèmes de poids, la connaissance des lignes directrices de la gestion de l'obésité, et le succès personnel dans la perte de poids sont associés à un sentiment d'efficacité dans ce domaine.

Les attitudes négatives envers les patients obèses étaient liées à la non-souscription à des revues médicales ou au fait de n'avoir jamais suivi de régime soi-même. Les médecins généralistes ont évalué l'apport alimentaire comme un facteur de risque significativement plus important pour l'obésité que le stress, les problèmes hormonaux ou le chômage. Ils ont également classé les conséquences médicales de l'obésité comme plus préoccupantes que ses conséquences psychologiques et sociales.

Les médecins et les patients ont souvent des perspectives différentes concernant la surcharge pondérale, créant ainsi un obstacle dans la relation malade - médecin. Selon la littérature internationale, les médecins généralistes ont tendance à attribuer le surpoids et l'obésité principalement aux comportements individuels, tels que les habitudes alimentaires et le manque d'activité physique, plutôt qu'à des facteurs comme la génétique ou le stress [15]. Ils perçoivent ces comportements comme étant plus facilement contrôlables par l'individu [26-28].

Cette vision contraste avec celle des patients, qui accordent plus d'importance aux facteurs de risque sur lesquels ils ont peu ou pas de contrôle [28]. En outre, la stigmatisation des patients en surpoids ou obèses tend à augmenter proportionnellement à leur IMC [16,29].

#### **IV. Intérêt de l'étude**

De nos jours, de plus en plus d'associations et de médias dénoncent une forme de grossophobie médicale. En effet, les stigmatisations observées dans la population générale se retrouvent également parmi les professionnels de santé. Pourtant, la grossophobie médicale peut avoir des conséquences désastreuses sur la prise en charge des patients en situation de surpoids ou d'obésité avec en premier lieu un non-recours aux soins.

Jusqu'à présent en France, l'évaluation de la stigmatisation envers les personnes en surpoids et celles en situation d'obésité a été effectuée au sein de la population générale ainsi que parmi les professionnels de santé (médecins et paramédicaux). Curieusement, cette évaluation n'a pas été réalisée au sein de la communauté des médecins généralistes depuis 2005 et n'a jamais été réalisée auprès des internes de médecine générale.

Dans ce contexte, il semble important d'évaluer le regard et les représentations des médecins généralistes et internes de médecine générale vis-à-vis des personnes en surpoids ou en obésité.

**L'objectif de ce travail de thèse est donc d'étudier les représentations des médecins généralistes et internes de médecine générale exerçant dans le Nord Pas-de-Calais à l'aide du questionnaire fat phobia scale modifié.**

## MATÉRIEL & MÉTHODE

Cette thèse est une étude quantitative observationnelle, descriptive et transversale évaluant les représentations des médecins généralistes et internes de médecine générale exerçant dans le Nord Pas-de-Calais vis-à-vis des personnes en surpoids ou en obésité.

### **I. Population étudiée et critères d'inclusion et d'exclusion**

La population étudiée comprend les internes de médecine générale ainsi que les médecins généralistes.

Les critères d'inclusion sont définis comme suit : être interne en médecine générale dès le 1er semestre ou être médecin généraliste, être installé ou non, exercer dans la région Nord-Pas-de-Calais.

En revanche, les critères d'exclusion englobent les médecins généralistes et internes en médecine générale qui n'exercent pas dans ce département.

### **II. Le recrutement**

Le recrutement a été effectué par la diffusion d'un questionnaire en ligne à travers des groupes de promotions des internes de médecine générale de Lille, des réseaux sociaux, des mails universitaires et professionnels.

Le recrutement a été réalisé de novembre 2023 à février 2024.

### **III. Questionnaire**

Il s'agissait d'un questionnaire comprenant 14 questions (annexe 1), composé d'échelles composites validées et inspirées par les données de la littérature. Il a d'abord été testé auprès d'une dizaine d'internes et séniors afin de vérifier sa bonne compréhension.

#### ***A. Première partie du questionnaire***

La première partie du questionnaire permettait de récolter des données socio-démographiques notamment le genre, l'âge, le statut professionnel, le lieu d'exercice, le poids et la taille, les antécédents de trouble du comportement alimentaire ou encore la possession d'une formation complémentaire en nutrition ou diététique.

#### ***B. La deuxième partie du questionnaire***

Elle s'appuyait sur le questionnaire « *Beliefs About Obese Persons Scale* » (BAOP) [30]. C'est un outil développé par David B. Allison, Mark S. Basile et J. Kevin Yuker en 1991.

Ce questionnaire a été conçu dans le but d'évaluer les croyances et stéréotypes envers les personnes obèses et de comprendre comment ces croyances peuvent influencer les attitudes envers ces personnes. C'est un questionnaire de 8 items qui vise à déterminer dans quelle mesure les individus pensent que l'obésité est liée à des comportements individuels ou au contraire indépendante de la volonté de la personne. Les questions abordent différents aspects comme la responsabilité personnelle de l'obésité, les préjugés et la discrimination envers ces personnes.

Le score obtenu dans la version originale du questionnaire est compris entre 0 et 48 et une majoration de celui-ci montre une attribution des causes de l'obésité indépendantes de la responsabilité de la personne. C'est un outil régulièrement utilisé dans des études de psychologie, sociologie et santé publique pour examiner les implications sociales de cette stigmatisation liée à l'obésité.

Pour ce travail de thèse, nous avons choisi de reprendre les items du questionnaire, en modifiant certains d'entre eux et sans toutefois recourir au calcul du score.

### ***C. La troisième partie du questionnaire***

Cette troisième partie est une version modifiée de la « *Fat Phobia Scale Short Form* » élaborée initialement en anglais par le Pr Robinson de l'université du Minnesota, validée au niveau international [31-34]. Il n'existe pas à ce jour de traduction validée en français. Il s'agit de 14 questions visant à déterminer la présence éventuelle de préjugés grossophobes chez une personne, et le cas échéant, d'évaluer l'intensité de ces attitudes.

Ce questionnaire a été largement utilisé et validé dans la population générale [35] ainsi que chez les professionnels de santé (médecins, infirmiers, étudiants en santé...) [36], ce qui en fait un outil pertinent pour évaluer la présence de la grossophobie parmi les médecins généralistes et internes de médecine générale.

Un score égal ou inférieur à 2,5 pour ce questionnaire reflète une attitude neutre envers les personnes en surpoids ou souffrant d'obésité, tandis qu'un score supérieur à 2,5 souligne une attitude négative envers ces personnes. Dans la population générale, les auteurs ont observé un score moyen de 3,6, qualifié de « grossophobie modérée » [35]. Pour l'ensemble du questionnaire la valeur du coefficient  $\alpha$  de Cronbach est de 0,80, la cohérence globale du questionnaire est bonne.

#### **D. La quatrième partie du questionnaire**

La dernière partie du questionnaire correspond à l'échelle des silhouettes « *BMI-based body size guides for women and men* » [37]. Il s'agit de deux échelles de silhouettes utilisant des images afin d'évaluer si le répondant parvient à déterminer à partir de quelle silhouette une personne est en situation de surpoids ou d'obésité. Cette méthode d'évaluation présente l'avantage d'utiliser des photos, offrant ainsi une représentation visuelle plus concrète. Les images, retravaillées pour présenter le même visage sur chaque silhouette, proposent des représentations masculines et féminines. Par ailleurs, les seuils à partir desquels les personnes sont en surpoids (silhouette D) ou en obésité (silhouette E à J pour les hommes et les femmes) sont clairement définis.

Enfin, la question 14 était une question ouverte, optionnelle permettant aux participants de réaliser des commentaires sur ce travail de thèse.

### **IV. Critères de jugement**

Le critère de jugement principal est la moyenne des résultats obtenus au questionnaire Fat Phobia Scale modifié.

Les critères de jugement secondaires sont :

- L'analyse des facteurs influençant les résultats de la Fat Phobia Scale, en tenant compte de variables telles que le genre, l'âge, le statut pondéral ou encore les antécédents de trouble du comportement alimentaire.
- L'étude des croyances relatives au surpoids et à l'obésité, notamment la perception de la responsabilité individuelle face à ces conditions, à travers l'échelle BAOP modifié.
- L'évaluation de la capacité des médecins à estimer visuellement l'IMC à l'aide du « *BMI-based body size guides for women and men* ».

## **V. Aspects éthiques**

Le questionnaire a été rédigé et diffusé via le logiciel LimeSurvey et les données ont été hébergées sur un serveur européen. Le questionnaire garantissait l'anonymat des participants, aucune donnée permettant d'identifier directement ou indirectement les personnes n'était collectée. Aucune information de connexion telle que l'adresse IP des participants n'était enregistrée. La participation au questionnaire était entièrement volontaire, précédée d'une présentation informant de la non-opposition à y prendre part. Les participants devaient expressément accepter ces conditions pour accéder au questionnaire.

Le questionnaire n'étant pas identifiant, les participants ont été informés qu'ils n'avaient pas de droit d'accès aux données. Ce travail était exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données. Ce logiciel est conforme au RGPD, n'impliquant donc pas de revente des données collectées. Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt dans ce travail de recherche.

## **VI. Analyses de données**

Les analyses descriptives présentent les moyennes (écart-type) pour les variables quantitatives. Afin de comparer deux populations, des tests du Chi-2 (ou Test de Fisher exact si les effectifs théoriques étaient inférieurs à 2,5) pour les variables catégorielles ou un test de Student (ou Test de Wilcoxon-Mann-Whitney, ou Kruskall-Wallis, si les effectifs sont inférieurs à 30 ou si la distribution des variables ne suit pas une loi normale) pour les variables quantitatives ont été réalisé. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05 et tous les tests sont bilatéraux.

# RÉSULTATS

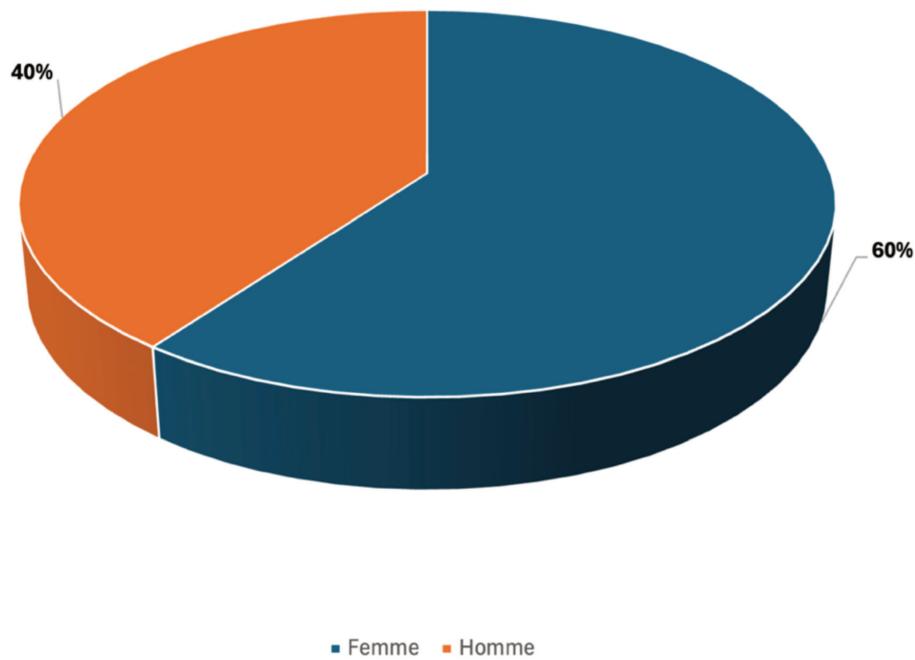
Au total, nous avons obtenu 210 réponses à notre questionnaire dont 178 réponses complètes. L'analyse a été réalisée sur les questionnaires remplis en totalité.

## I. Caractéristiques démographiques des participants

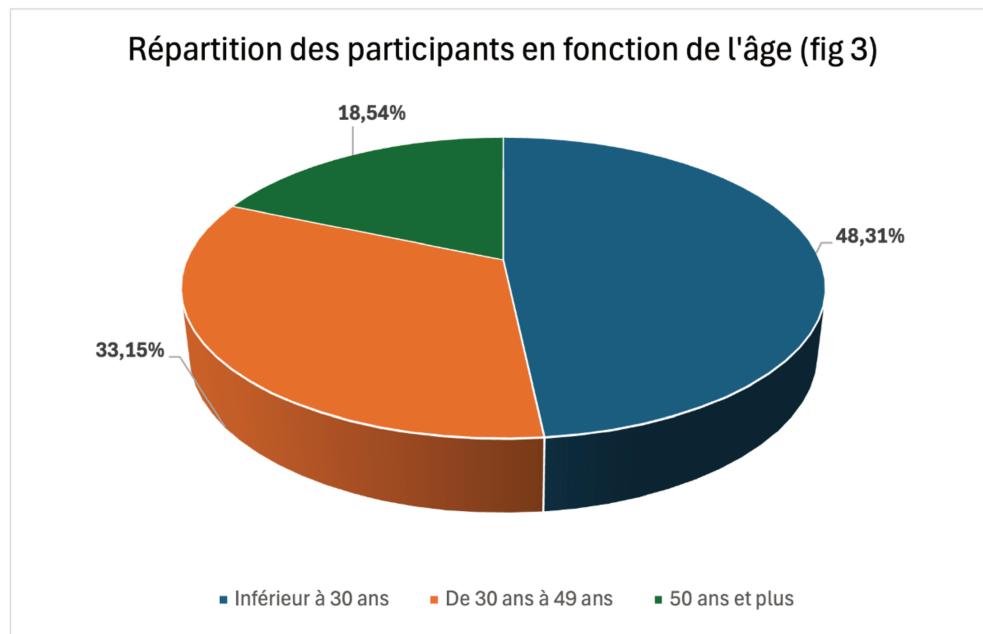
### A. *Données sociodémographiques*

Parmi les 178 réponses complètes recueillies, 71 répondants étaient de genre masculin tandis que 107 étaient du genre féminin, représentant respectivement 40% et 60% de l'échantillon (figure 2).

Répartition du genre des participants (fig 2)

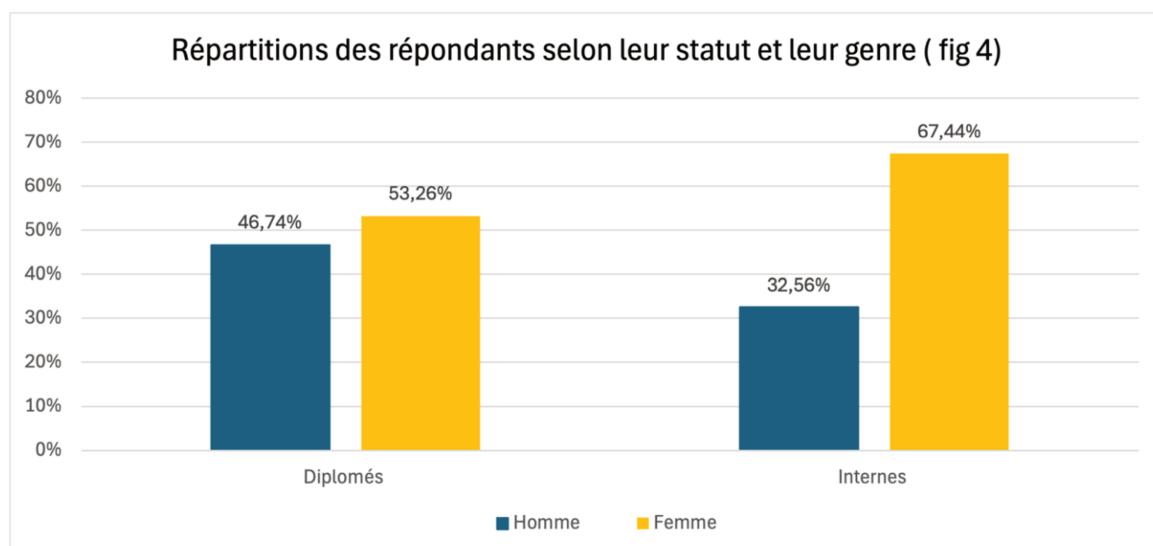


L'âge moyen des répondants était de 35,9 ans. Parmi eux, 48% avaient moins de 30 ans, 33% avaient entre 30 et 49 ans, et 18,5% étaient âgés de 50 ans et plus (fig3). Le participant le plus jeune avait 23 ans, tandis que le plus âgé avait 71 ans.



### ***B. Niveau d'étude et formation diététique complémentaire***

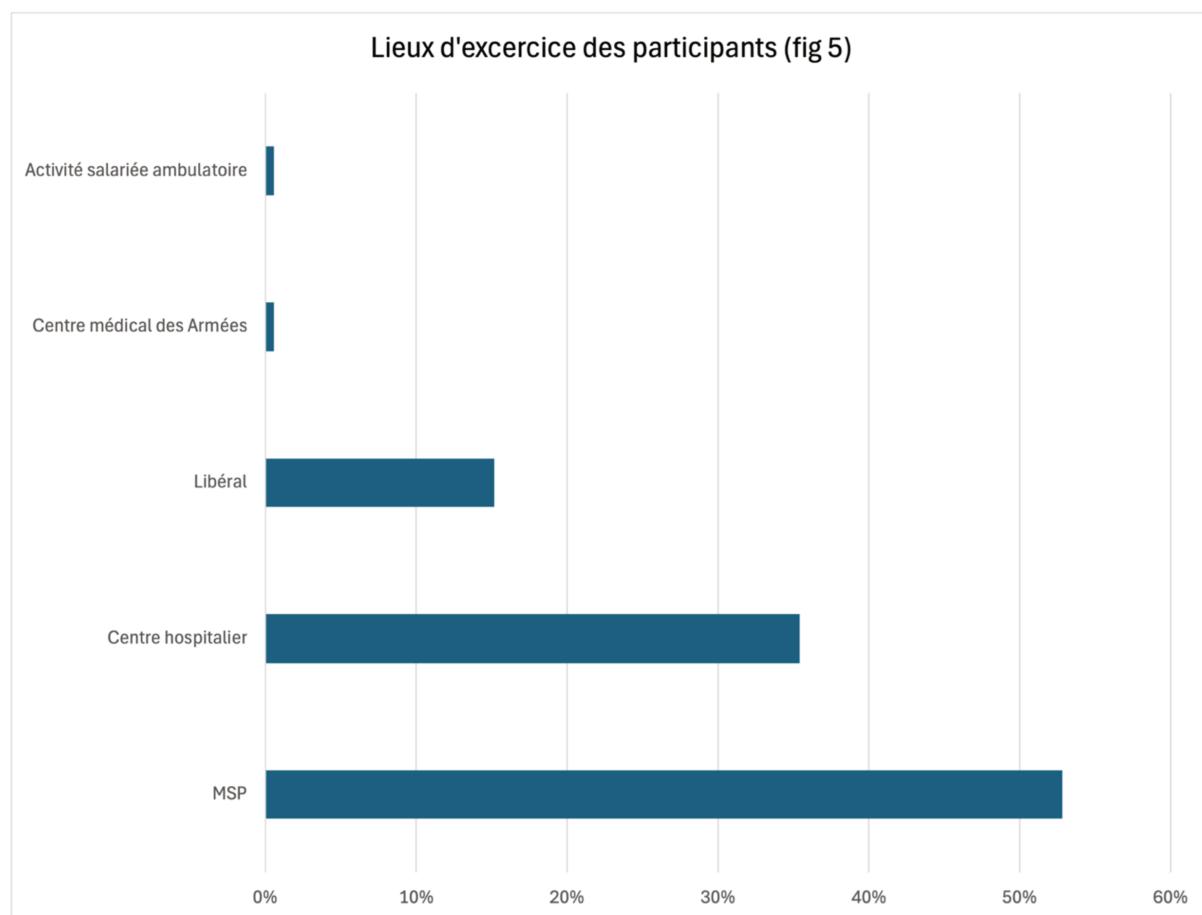
Parmi les répondants, 51,7% étaient diplômés de médecine générale et 48,3% étaient internes en médecine générale. Parmi les diplômés, 53% étaient du genre féminin et 47% masculin. Concernant les internes, 67% étaient des femmes tandis que 33% étaient des hommes (fig4).



Parmi les 178 réponses, 6 répondants soit 3,4% d'entre eux possédaient un DU en rapport avec la nutrition.

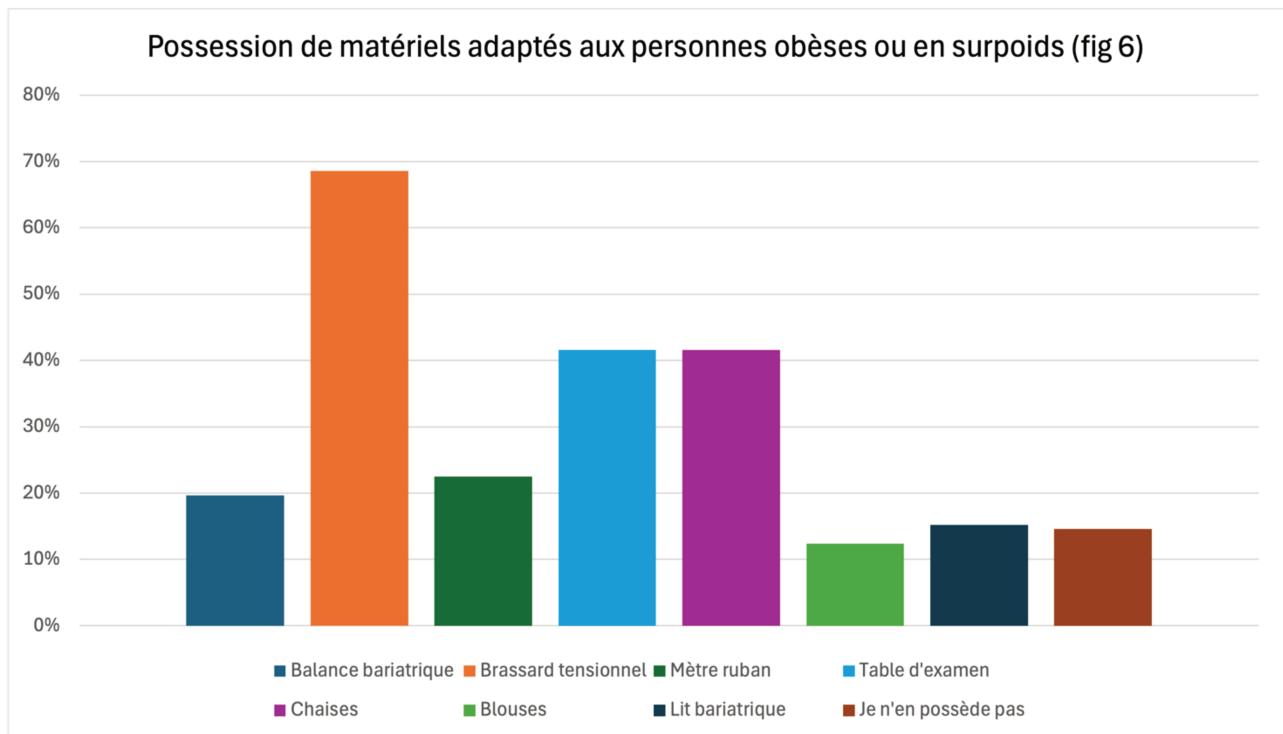
### ***C. Lieux d'exercices et matériels adaptés aux personnes en situation de surpoids ou d'obésité***

Les lieux d'exercices des répondants sont représentés dans le diagramme ci-dessous (fig 5) avec une majorité d'entre eux exerçant dans des maisons de santé pluridisciplinaires.



Le graphique ci-dessous (fig 6) illustre le matériel adapté aux personnes en surpoids et obésité. On constate que près de 70% des répondants disposent d'un brassard tensionnel bariatrique. En revanche, moins de la moitié d'entre eux possèdent une table d'examen ou des chaises adaptées pour ces patients. De plus, seuls 20% et 22% des répondants disposent respectivement d'un mètre ruban et de balances bariatriques.

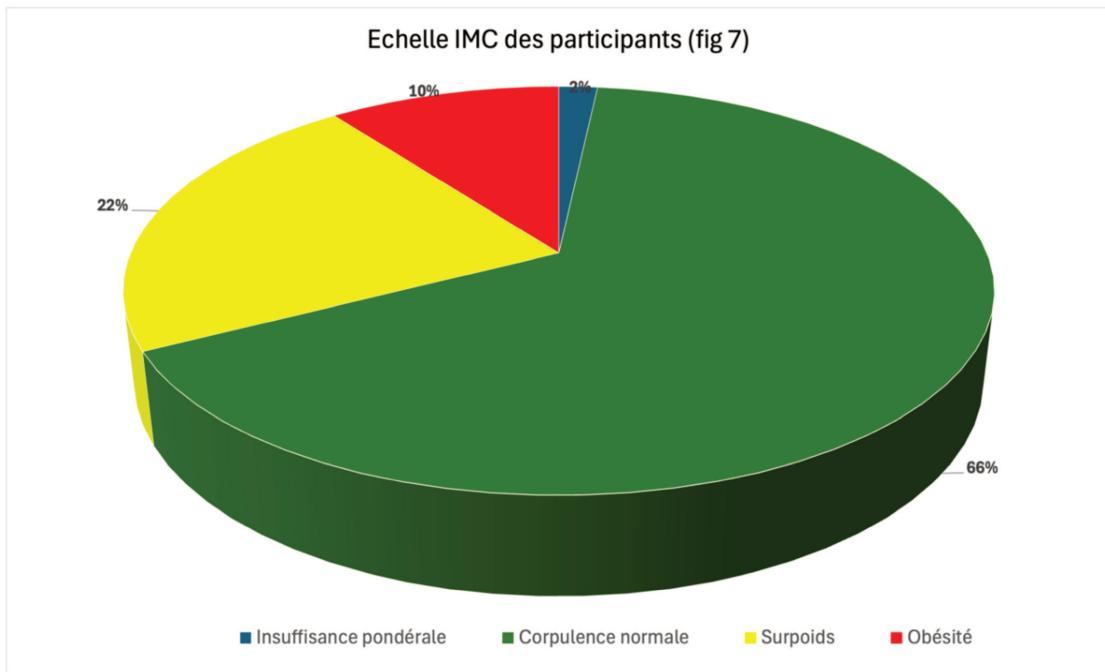
Enfin, pour les répondants travaillant dans le secteur hospitalier, les taux de possession des lits bariatriques et des blouses de grande taille sont respectivement de 15 % et 12 %.



#### **D. Données anthropologiques**

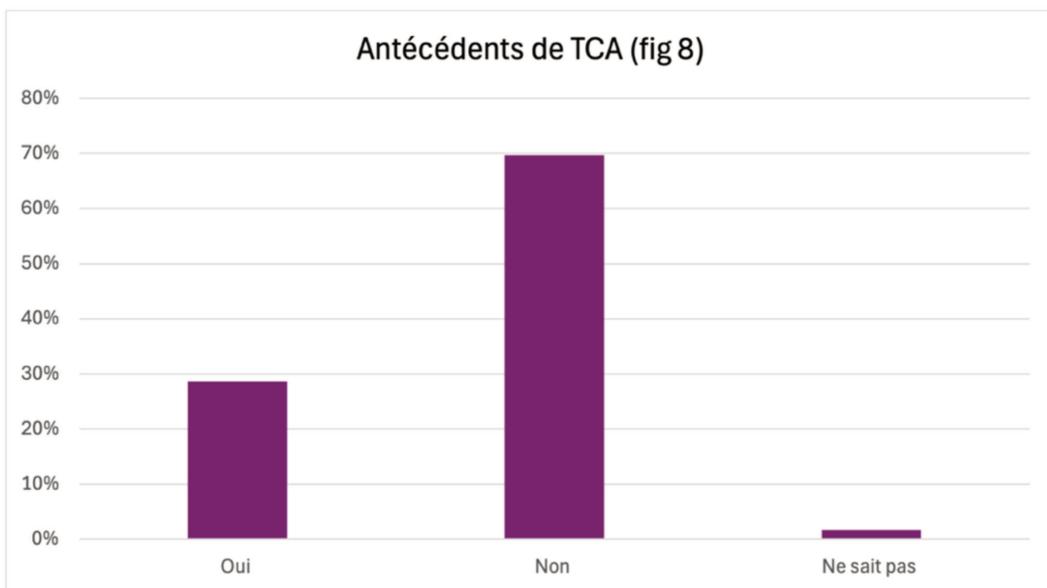
Les antécédents personnels ou dans l'entourage de surpoids ou d'obésité suit une répartition plutôt homogène. En effet, 91 participants soit 51,1% répondent positivement à cette question, 86 soit 48,3% négativement et 1 personne soit 0,6% ne savait pas y répondre.

La moyenne de l'indice de masse corporelle (IMC) était de 24,28. L'IMC le plus bas enregistré était mesuré à 16,8 tandis que le plus élevé à 38,7. A noter, trois répondants ont préféré ne pas partager leur taille et/ou leur poids. La répartition de l'IMC parmi les répondants est illustrée dans le diagramme ci-dessous (fig 7).



#### ***E. Troubles du comportement alimentaire***

Parmi les réponses relatives à la présence d'un TCA (comprenant la boulimie, les crises hyperphagiques et l'anorexie mentale) concernant eux-mêmes ou leurs proches, 28,7% des participants ont déclaré être concernés, 69,7% déclaraient ne pas être concernés et 1,7% des répondants ne savaient pas répondre à cette question (fig 8).



## **II. Réponses au BAOP (belief about obese persons) modifié (fig 9)**

### **1. Question 1 :**

Dans la première affirmation selon laquelle « *L'obésité apparaît souvent lorsque l'alimentation est utilisée pour compenser un manque d'amour ou d'attention* », 36% des répondants ont exprimé une attitude plutôt neutre, tandis que 32,6% ont donné une réponse plutôt positive en déclarant « *d'accord* », comparativement à 20,8% qui ont indiqué être en désaccord.

### **2. Question 2**

À l'affirmation « *La plupart du temps, l'obésité résulte d'un trouble biologique* », 44,9% des répondants ont exprimé « *ne pas être d'accord* », tandis que 33,7% ont adopté une attitude neutre en déclarant être « *ni en accord ni en désaccord* ».

### **3. Question 3 et 4 :**

Pour la déclaration « *La plupart du temps, l'obésité résulte d'une suralimentation* », une majorité de 57,9% des répondants ont répondu « *d'accord* », tout comme 61,1% ont répondu « *d'accord* » à la question « *La plupart du temps, l'obésité résulte d'un manque d'activité* ».

### **4. Question 5**

Pour l'énoncé selon lequel « *La plupart des personnes en surpoids ou obèses mangent plus que les personnes ayant un IMC normal* », les réponses étaient diverses. En effet, 30,3% des répondants sont en accord avec cette affirmation, 30,9% adoptent une attitude neutre en déclarant être « *ni en accord ni en désaccord* », et enfin, 29,2% ne sont pas d'accord.

### 5. Question 6

43,8% des répondants ont exprimé leur « accord » avec l'affirmation suivante : « *La plupart des personnes obèses n'ont pas une bonne hygiène de vie* », tandis que 27,5% ont adopté une attitude neutre et 19,1% n'était « pas d'accord »

### 6. Question 7

La majorité des répondants ont exprimé leur « accord » avec l'affirmation selon laquelle « *La majorité des personnes obèses ou en surpoids ont de mauvaises habitudes alimentaires* ».

### 7. Question 8

44,4% des répondants ont indiqué ne pas être d'accord avec l'affirmation selon laquelle « *L'obésité résulte souvent d'un manque de volonté* », tandis que 26,4% ont déclaré être « pas du tout d'accord » et 23,6% ont adopté une attitude neutre.

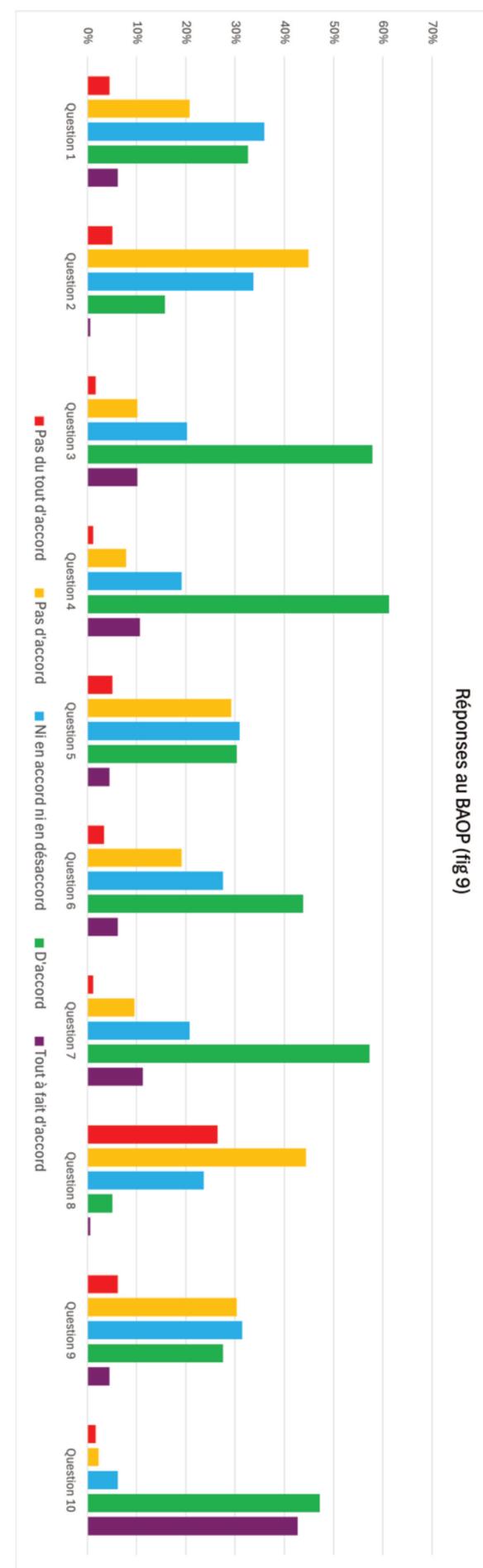
### 8. Question 9

De nouveau, à l'affirmation « *Les patients en surpoids ou obèses souffrent souvent d'un TCA* » les répondants sont plutôt partagés. En effet, 30,3% des répondants ont indiqué ne pas être d'accord, 31,5% ont déclaré être « ni en accord ni en désaccord », et enfin, 27,5% ont exprimé leur accord.

### 9. Question 10

Enfin, en ce qui concerne les réponses à l'affirmation « *Certains patients peuvent être addictent à la nourriture, tout comme d'autres peuvent être addictent à des drogues* », la majorité des répondants ont exprimé leur accord de manière positive. En effet 42,7% sont « tout à fait d'accord » et 47,2% ont indiqué être « d'accord ».

### Réponses au BAOP (fig 9)



### III. Fat phobia scale (Tab 1)

Le score moyen obtenu à la FPS est de 3,41 +/- 0,43. La moyenne la plus faible est de 2 tandis que la moyenne la plus haute de 4,79.

Les items avec les moyennes les plus hautes étaient l'item « *haute estime de soi / faible estime de soi* » avec une moyenne de 3,94 +/- 0,8 et l'item « *ayant confiance en soi / n'ayant pas confiance en soi* » avec une moyenne de 3,87 +/- 0,8.

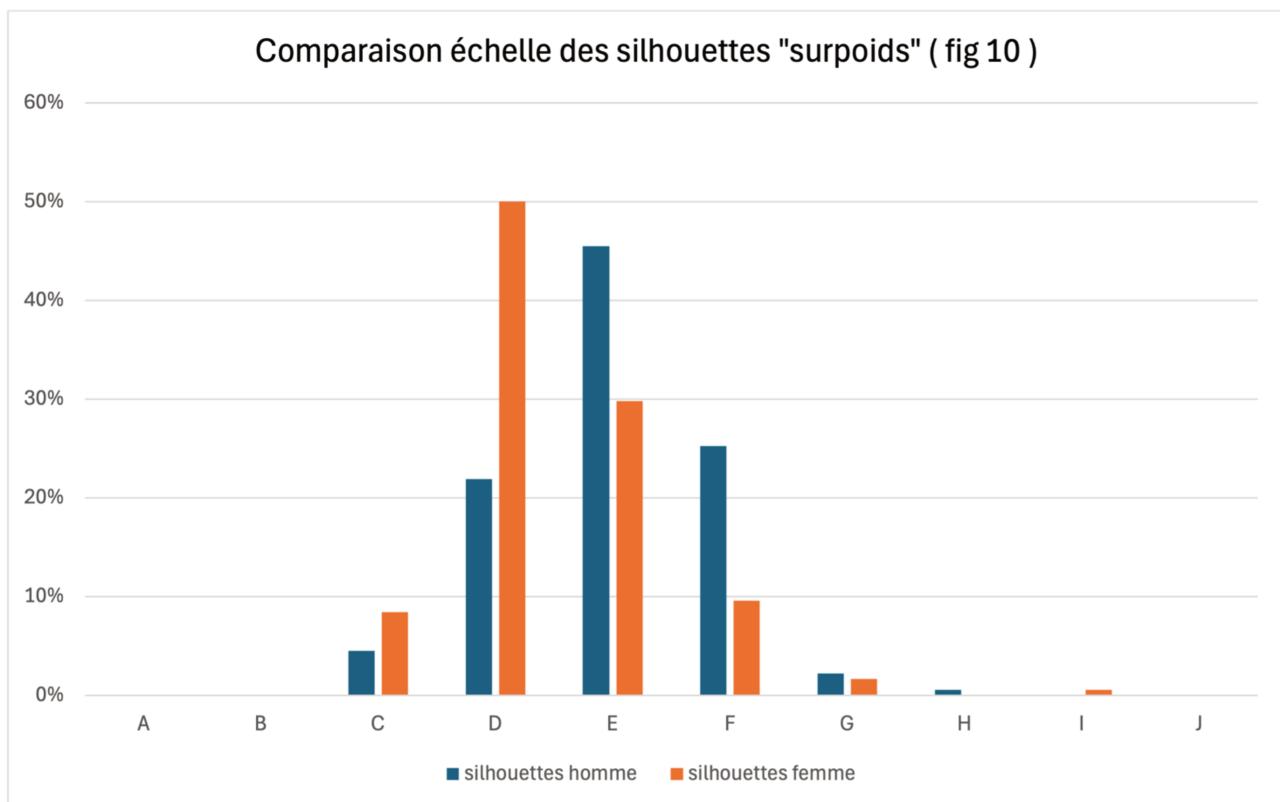
Au contraire, l'item avec la moyenne la plus faible était le suivant : « *fort / faible* » avec une moyenne de 2,66 +/- 0,75.

*Tableau 1: Moyenne et écart type à la Fat Phobia Scale en fonction des items*

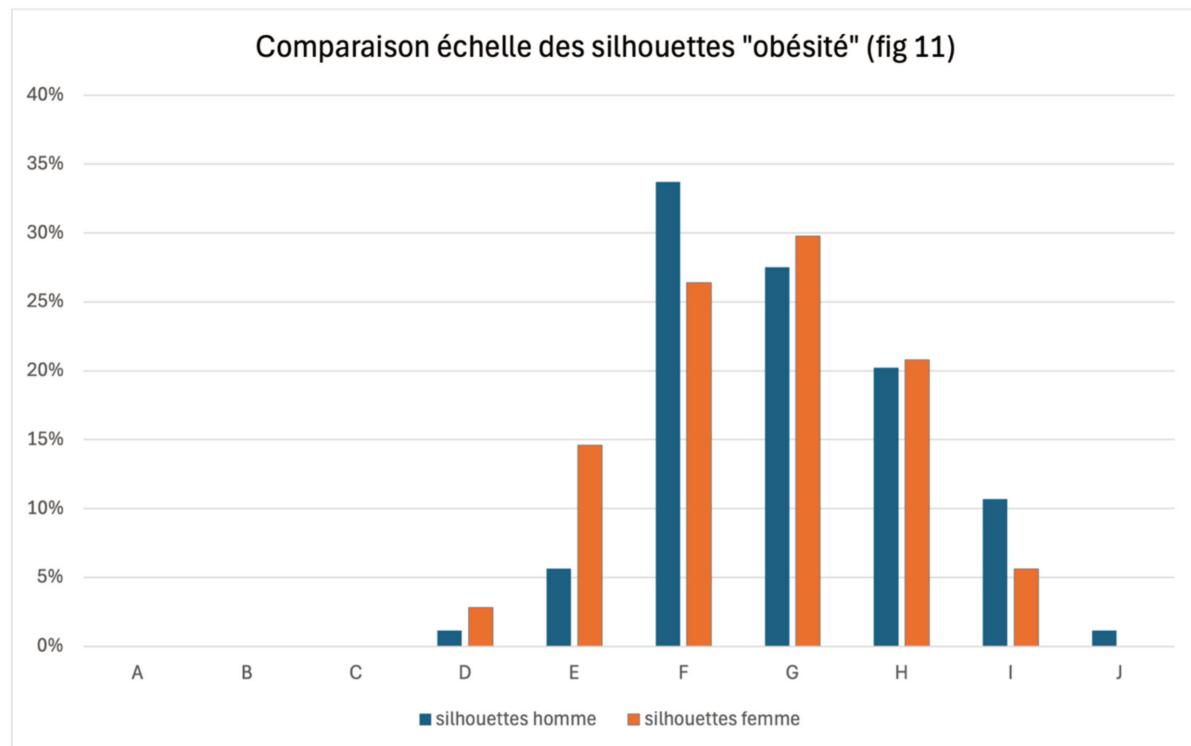
	Score moyen FPS	Écart-type
Courageux / paresseux	2,79	0,71
Avec de la volonté / sans volonté	2,97	0,74
Séduisant / peu séduisant	3,75	0,9
Bonne maitrise de soi / faible maitrise de soi	3,38	0,82
Rapide / lent	3,72	0,75
Endurant / peu endurant	3,73	1
Actif / inactif	3,19	0,8
Fort / faible	2,66	0,75
Intransigeant / indulgent	2,97	0,78
Qui n'aime pas manger / qui aime manger	3,67	0,73
Beau / laid	3,63	0,91
Qui se sous alimente / qui se suralimente	3,51	0,84
Ayant confiance en soi / n'ayant pas confiance en soi	3,87	0,88
Haute estime de soi / faible estime de soi	3,94	0,84
<b>Au total</b>	<b>3,41</b>	<b>0,43</b>

#### IV. Échelles des silhouettes

Concernant l'échelle des silhouettes « surpoids », seul 22% des répondants estiment la bonne silhouette « surpoids » pour les hommes contre 50% pour la silhouette « surpoids » femme. La silhouette correspondant au surpoids étant la silhouette D (fig 10).



Concernant l'échelle des silhouettes « obésité », moins de 6% des sondés répondent correctement à la silhouette E pour l'évaluation masculine et 15% des répondants pour l'évaluation féminine. Plus de 90% des répondants surestiment l'obésité pour l'obésité chez les hommes contre 82% pour les femmes (fig 11).



## V. Comparaisons inter groupe

### A. Comparaison du score Fat Phobia Scale (tab 2)

Tableau 2 : tableau descriptif de la distribution du score Fat Phobia Scale en fonction des caractéristiques socio-démographiques des professionnels de santé en médecine générale exerçant dans le Nord-Pas-De-Calais (2023 – 2024) N = 178.

	Score FPS <sup>1</sup>	p-value <sup>2</sup>
<b>Total, N = 178</b>	3,4 (0,4)	-
<b>Sexe</b>		
Femme, N = 107	3,4 (0,4)	0,972
Homme, N = 71	3,4 (0,4)	
<b>Âge</b>		<b>0,014</b>
Inférieur à 30 ans, N = 86	3,5 (0,4)	
De 30 à 50 ans, N = 59	3,3 (0,4)	
50 ans et plus, N = 33	3,3 (0,5)	
<b>Échelle de l'IMC</b>		0,513
Insuffisance pondérale, N = 3	3,5 (0,2)	
Corpulence normale, N = 115	3,4 (0,4)	
Surpoids, N = 39	3,4 (0,5)	
Obésité, N = 18	3,3 (0,6)	
<b>IMC en 2 classes</b>		0,130
Inférieur à 25, N = 118	3,4 (0,4)	
Supérieur ou égal à 25, N = 57	3,3 (0,5)	
<b>Atcd personnels de surpoids ou d'obésité ou dans l'entourage</b>		0,053
Non, N = 86	3,5 (0,4)	
Oui, N = 91	3,4 (0,4)	
<b>Statut</b>		<b>0,003</b>
Diplômé en médecine générale, N = 92	3,3 (0,4)	
Interne en médecine générale, N = 86	3,5 (0,4)	
<b>Atcd de TCA personnels ou dans l'entourage</b>		0,549
Non, N = 124	3,4 (0,4)	
Oui, N = 51	3,4 (0,4)	

<sup>1</sup> Moyenne (Ecart-type)

<sup>2</sup> Test de Student, Test des rangs Wilcoxon, Test des rangs Kruskal-Wallis

Ici, l'objectif est de comparer les caractéristiques des médecins généralistes selon le score obtenu à l'échelle Fat Phobia. Il est constaté à travers ce tableau, que le score ne semble pas être différent selon le sexe du répondant ( $p = 0,972$ ), selon les antécédents personnels ou dans l'entourage de TCA ( $p = 0,549$ ), ou encore de la présence de personnes étant en surpoids ou obèse dans l'entourage du répondant ou étant lui-même en surpoids ou en obésité ( $p = 0,053$ ).

Au vu du faible effectif de répondants étant en insuffisant pondérale, nous avons classé l'IMC en 2 groupes, mais là encore, aucune différence n'est notée ( $p = 0,13$ ).

En revanche, nous pouvons constater que le statut interne professionnel du répondant peut engendrer une différence au niveau du score à la FPS ( **$p = 0,003$** ) où les internes ont un score plus important.

L'âge est aussi un facteur de différenciation ( **$p = 0,014$** ), mais il peut être lié au statut professionnel (ou le statut professionnel est lié à l'âge). En effet, la totalité des internes répondant correspond à la classe d'âge de moins de 30 ans.

#### ***B. Comparaison des perceptions sur le poids***

Nous constatons ici que les femmes ayant répondu au questionnaire considèrent les femmes en surpoids comme ayant une bonne silhouette, avec près de 56%, contre seulement 40,8% chez les hommes répondants. Les hommes ont en effet tendance à moins identifier la bonne silhouette pour le profil de femme en surpoids ( $p= 0,047$ ). Dans les autres cas de figure, aucune différence ne semble être distinguer (Tableaux 3 et 4).

Tableau 3 - Tableau descriptif de l'étude des croyances en fonction des caractéristiques socio-démographiques des professionnels de santé en médecine générale exerçant en Nord-Pas-de-Calais (2023-2024, N = 178)

Silhouette	Total N = 178	Sexe			Âge			Statut en médecine générale			
		Femme N = 107	Homme N = 71	p-value <sup>2</sup>	Inférieur à 30 ans N = 86	De 30 à 50 ans N = 59	50 ans et plus N = 33	p-value <sup>2</sup>	Diplômé N = 92	Interne N = 86	p-value <sup>2</sup>
<b>Surpoids chez la femme<sup>1</sup></b>				<b>0,047</b>				0,845			0,764
Bonne silhouette	89 (50,0)	60 (56,1)	29 (40,8)		44 (51,2)	30 (50,8)	15 (45,5)		45 (48,9)	44 (51,2)	
Mauvaise silhouette	89 (50,0)	47 (43,9)	42 (59,2)		42 (48,8)	29 (49,2)	18 (54,5)		47 (51,1)	42 (48,8)	
<b>Surpoids chez l'homme<sup>1</sup></b>				<b>0,565</b>				0,519			0,252
Bonne silhouette	39 (21,9)	25 (23,4)	14 (19,7)		22 (25,6)	11 (18,6)	6 (18,2)		17 (18,5)	22 (25,6)	
Mauvaise silhouette	139 (78,1)	82 (76,6)	57 (80,3)		64 (74,4)	48 (81,4)	27 (81,8)		75 (81,5)	64 (74,4)	
<b>Obésité chez la femme<sup>1</sup></b>				<b>0,389</b>				0,267			0,369
Bonne silhouette	173 (97,2)	105 (98,1)	68 (95,8)		85 (98,8)	57 (96,6)	31 (93,9)		88 (95,7)	85 (98,8)	
Mauvaise silhouette	5 (2,8)	2 (1,9)	3 (4,2)		1 (1,2)	2 (3,4)	2 (6,1)		4 (4,3)	1 (1,2)	
<b>Obésité chez l'homme<sup>1</sup></b>				<b>0,158</b>				0,266			0,498
Bonne silhouette	176 (98,9)	107 (100,0)	69 (97,2)		86 (100,0)	58 (98,3)	32 (97,0)		90 (97,8)	86 (100,0)	
Mauvaise silhouette	2 (1,1)	0 (0,0)	2 (2,8)		0 (0,0)	1 (1,7)	1 (3,0)		2 (2,2)	0 (0,0)	

<sup>1</sup> n (%)

<sup>2</sup> Test du Chi-2 de Pearson: Test exact de Fisher

Tableau 4 - Tableau descriptif de l'étude des croyances en fonction des caractéristiques liées au poids des professionnels de santé en médecine générale exerçant en Nord-Pas-de-Calais (2023-2024, N = 178)

Silhouette	Total N = 178	Échelle d'IMC				IMC en 2 groupes			Surpoids au sein de l'entourage			
		Insuffisance pondérale N = 3	Corpulence normale N = 115	Surpoids N = 39	Obésité N = 18	p-value <sup>2</sup>	Inférieur à 25 N = 118	Supérieur ou égal à 25 N = 57	p-value <sup>2</sup>	Non N = 86	Oui N = 91	p-value <sup>2</sup>
<b>Surpoids chez la femme<sup>1</sup></b>						<b>0,862</b>			<b>0,592</b>			<b>0,597</b>
Bonne silhouette	89 (50,0)	2 (66,7)	55 (47,8)	21 (53,8)	9 (50,0)		57 (48,3)	30 (52,6)		45 (52,3)	44 (48,4)	
Mauvaise silhouette	89 (50,0)	1 (33,3)	60 (52,2)	18 (46,2)	9 (50,0)		61 (51,7)	27 (47,4)		41 (47,7)	47 (51,6)	
<b>Surpoids chez l'homme<sup>1</sup></b>						<b>0,307</b>			<b>0,590</b>			<b>0,268</b>
Bonne silhouette	39 (21,9)	2 (66,7)	25 (21,7)	7 (17,9)	4 (22,2)		27 (22,9)	11 (19,3)		22 (25,6)	17 (18,7)	
Mauvaise silhouette	139 (78,1)	1 (33,3)	90 (78,3)	32 (82,1)	14 (77,8)		91 (77,1)	46 (80,7)		64 (74,4)	74 (81,3)	
<b>Obésité chez la femme<sup>1</sup></b>						<b>&gt;0,999</b>			<b>&gt;0,999</b>			<b>0,675</b>
Bonne silhouette	173 (97,2)	3 (100,0)	111 (96,5)	38 (97,4)	18 (100,0)		114 (96,6)	56 (98,2)		83 (96,5)	89 (97,8)	
Mauvaise silhouette	5 (2,8)	0 (0,0)	4 (3,5)	1 (2,6)	0 (0,0)		4 (3,4)	1 (1,8)		3 (3,5)	2 (2,2)	
<b>Obésité chez l'homme<sup>1</sup></b>						<b>0,569</b>			<b>0,547</b>			<b>&gt;0,999</b>
Bonne silhouette	176 (98,9)	3 (100,0)	114 (99,1)	38 (97,4)	18 (100,0)		117 (99,2)	56 (98,2)		85 (98,8)	90 (98,9)	
Mauvaise silhouette	2 (1,1)	0 (0,0)	1 (0,9)	1 (2,6)	0 (0,0)		1 (0,8)	1 (1,8)		1 (1,2)	1 (1,1)	

<sup>1</sup> n (%)

<sup>2</sup> Test du Chi-2 de Pearson: Test exact de Fisher

# DISCUSSION

## **I. Synthèse des résultats**

### ***A. Population de l'étude***

#### ***1. Genre des participants***

Au 1er janvier 2023, le nombre de médecins généralistes inscrits à l'Ordre des Médecins dans la région Nord Pas-de-Calais s'élève à environ 13 000 médecins [38].

Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2015, 35 à 40% des médecins généralistes en France sont des femmes [39]. Cependant, dans notre étude, 60 % des participants se déclaraient de genre féminin.

Nous pouvons expliquer cette différence en émettant l'hypothèse que les femmes sont plus sensibles au sujet de la grossophobie en raison d'une plus grande exposition à la stigmatisation liée à leur apparence [9,18-19]. Toutefois, cette répartition inégale en fonction du genre n'est pas nécessairement observée dans d'autres études [28]. Cette différence pourrait donc s'expliquer par d'autres facteurs, tels que le mode de diffusion de notre étude ou encore la féminisation de la profession et des internes interrogés.

De plus, la proportion de femmes chez les internes est de 67 % dans notre étude, ce qui correspond aux données récentes indiquant qu'environ 65 % des internes en médecine générale dans cette région sont des femmes selon l'Association des Internes de Médecine Générale de Lille (AIMGL).

## *2. Age des participants*

Par ailleurs, l'âge moyen des répondants dans notre étude est de 36 ans comprenant la moyenne d'âge des internes qui est de 26 ans et la moyenne d'âge des diplômés de médecine générale qui est de 45 ans. L'âge moyen des médecins généralistes exerçant dans la région du Nord-Pas-de-Calais est de 49 ans [40].

Cet écart peut s'expliquer de différentes manières. Tout d'abord, les modes de diffusion de notre étude (réseaux sociaux, mailing listes) ont peut-être permis de toucher de plus jeunes médecins généralistes. Venant de sortir du processus académique, ils se sentent peut-être plus concernés pour répondre à des travaux de thèse. De plus, l'âge moyen des internes est situé entre 25 et 30 ans, il est logique que la moyenne de nos participants de notre étude, comprenant la mesure des internes, soit plus faible que la moyenne des médecins généralistes exerçant dans le Nord Pas-De-Calais.

## *3. IMC des participants*

L'IMC moyen observé chez les participants de notre étude est de 24,28, ce qui correspond à une corpulence normale. Concernant le taux de surpoids et de l'obésité, 22 % des répondants sont en surpoids et 10 % sont obèses. Ces taux sont inférieurs aux moyennes nationales, qui est respectivement de 30 % pour le surpoids et de 17 % pour l'obésité [5].

Plusieurs explications peuvent être avancées pour expliquer ces résultats. Tout d'abord, les études montrent que l'IMC a tendance à augmenter avec l'âge [5] or, l'âge moyen des participants est de 36 ans. De plus, l'IMC est généralement plus bas chez les personnes ayant un haut niveau de diplôme [6], ce qui est pertinent ici car les participants sont des médecins avec un niveau de formation élevée.

Ces observations sont également mises en lumière par un rapport de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) publié en juin 2010, qui portait sur la santé des médecins généralistes à l'automne 2008. Ce rapport a également révélé des taux de surpoids et d'obésité chez les médecins généralistes français inférieurs à ceux de la population générale, avec 27 % en surpoids et 7 % en obésité, des résultats comparables à ceux trouvés dans notre étude [41].

## ***B. Niveau de grossophobie***

### *1. Fat Phobia Scale FPS*

Le score moyen obtenu à la Fat Phobia Scale (FPS) est de 3,41 +/- 0,43, ce qui est légèrement inférieur à celui de la population générale, estimé à 3,6 [32]. Ce résultat suggère une grossophobie modérée parmi les participants [32]. Pour rappel, un score supérieur à 2,5 sur l'échelle de la FPS indique des représentations négatives vis-à-vis des personnes en surpoids ou obèses.

Dans le cadre de notre étude, 8 répondants ont obtenu un score inférieur ou égal à 2,5, représentant ainsi 4,5 % des participants. Cela signifie donc que ces personnes possèdent des attitudes neutres ou positives envers les personnes en situation de surpoids ou d'obésité. Ces résultats montrent une variation significative des perceptions et des attitudes au sein de la population étudiée, mettant en évidence des nuances dans les préjugés associés à la corpulence.

Ces résultats sont assez concordants avec d'autres études évaluant la grossophobie chez les soignants à l'aide de la FPS. Par exemple, dans l'étude de Schwenke et coll. évaluant les pratiques des médecins généralistes en Allemagne vis-à-vis de patientes obèses en soins primaires, le score moyen à la FPS était de 3,70 [42].

Dans notre étude, les items obtenant les scores les plus élevés sont « *haute estime de soi / faible estime de soi* » avec une moyenne de 3,94 +/- 0,8 et « *ayant confiance en soi / n'ayant pas confiance en soi* » avec une moyenne de 3,87 +/- 0,8.

A titre de comparaison, dans l'étude de Schwenke et coll, les items les plus marquants en termes de perceptions négatives envers les personnes en situation de surpoids ou d'obésité étaient « *qui aime manger* » (score de 4,51 +/- 0,72), « *qui se suralimente* » (4,28 +/- 0,97) et « *sans volonté* » (3,94 +/- 0,53).

On peut supposer que le cabinet du médecin généraliste, en tant que lieu perçu comme neutre et bienveillant, favorise les confidences des patients envers leurs médecin. Ces derniers sont donc plus à même de dépister une faible estime de soi chez les patients, ce qui pourrait expliquer l'association plus prononcée entre surpoids et manque de confiance ou d'estime de soi observée dans notre étude.

De plus, dans l'étude « Attitudes of Health Care Professionals Towards Female Obese Patients » [33] qui étudie également les comportements stigmatisants vis-à-vis du poids dans une population de soignants (incluant des médecins, infirmiers, psychologues et d'autres professionnels de santé), le score moyen à la FPS était de 3,59 (+/- 0,50), ce qui est également concordant avec nos résultats.

Dans cette étude, les items « *qui se suralimente* » (4,12 +/- 0,92) et « *qui aime manger* » (4,10 +/- 0,87) affichaient également les scores les plus élevés, similaires à ceux de l'étude de Schwenke [42]. En revanche, l'item ayant la moyenne la plus basse était « *fort / faible* » avec une moyenne de 2,66 +/- 0,75, suggérant ainsi que la force de caractère n'est pas associée au physique.

Les résultats de notre étude indiquent que nos répondants présentent certains préjugés associés à la grossophobie envers les patients en surpoids et obèses, comme en témoigne le score moyen à la FPS. Néanmoins, ces préjugés semblent moins prononcés que ceux observés dans la population générale.

## 2. BAOP modifié

Les causes de l'obésité, selon les médecins généralistes, semblent être principalement liées à des comportements individuels, comme dans la population générale [14,15]. En effet, 58% des répondants ont affirmé être d'accord avec l'affirmation « *l'obésité résulte d'une suralimentation* », et 61 % ont exprimé leur accord avec l'affirmation « *la plupart du temps, l'obésité résulte d'un manque d'activité* ». Cependant, à la question « *la plupart des personnes en surpoids ou obèses mangent-elles plus que les personnes ayant un IMC normal* », les réponses étaient plus disparates.

De même, l'hygiène de vie des personnes en situation de surpoids et d'obésité semble être un problème à souligner pour les répondants. En effet, 44% d'entre eux étaient plutôt d'accord avec l'affirmation « *la plupart des personnes obèses n'ont pas une bonne hygiène de vie* », et 57% ont approuvé l'affirmation « *la majorité des personnes obèses ou en surpoids ont de mauvaises habitudes alimentaires* ». Cela met en évidence l'importance de l'alimentation et le manque d'activité physique comme causes principales du surpoids et de l'obésité, selon les répondants à cette étude.

Pourtant, 44 % des répondants ne sont pas d'accord avec l'affirmation que l'obésité résulte souvent d'un « manque de volonté », une stigmatisation courante que l'on retrouve en population générale [14]. Cette vision des soignants diffère donc légèrement. On peut penser que les médecins généralistes, étant au contact des patients, sont conscients des efforts déployés par ces derniers pour perdre du poids.

Les préjugés semblent surtout porter sur l'hygiène de vie, la suralimentation et le manque d'activité physique de ces patients, plutôt que sur un manque de volonté de leur part.

L'implication des médecins généralistes dans la prise en charge somatique (conseils diététiques, premier recours des patients, etc.) pourrait renforcer l'attribution de l'excès pondéral aux comportements des personnes en surpoids et obèses. Des études complémentaires pour valider ces différences de perception et, le cas échéant, comprendre leurs origines, seraient intéressantes.

### *3. Échelles des silhouettes*

Les résultats de notre étude sur les échelles de silhouettes montrent une relative difficulté des médecins généralistes pour évaluer le surpoids et l'obésité en se basant sur l'apparence physique. En effet, seuls 22 % des participants ont correctement évalué le surpoids des silhouettes masculines. Les résultats sont meilleurs pour les silhouettes féminines, mais révèlent tout de même une difficulté pour la moitié des répondants, avec seulement 50 % de réponses correctes.

Ces résultats suggèrent une évaluation plus sévère des silhouettes féminines par rapport aux masculines, ce qui pourrait confirmer la pression plus forte exercée sur les femmes concernant leur image corporelle.

En revanche, cette tendance ne se reflète pas dans l'évaluation de l'obésité, où moins de 6% des répondants évaluent correctement la silhouette masculine (E) et seulement 15% pour la silhouette féminine (E). Cette disparité souligne une fois de plus une perception différenciée des corps masculins et féminins à un IMC équivalent.

Des résultats similaires concernant la difficulté d'évaluer les personnes en surpoids et obèses ont été observés dans la population générale [37]. En revanche, pour le moment, aucune recherche n'a comparé la précision des évaluations réalisées par les médecins généralistes à celles d'autres catégories de professionnels de santé.

On peut avancer plusieurs hypothèses afin d'expliquer ces erreurs d'évaluations observées.

Premièrement, les médecins généralistes étant exposés fréquemment à une population ayant une prévalence élevée de surpoids ou d'obésité pourraient avoir une perception altérée de ce que constitue un « poids moyen ». Leur cadre de référence pourrait être influencé par les caractéristiques de leur patientèle habituelle et donc conduire à des erreurs d'évaluation en sous ou surestimant le poids des patients [26]. Cela est connu sous le nom de biais de normalisation.

De plus, l'évaluation du poids d'un patient ne se limite pas seulement à la mesure de l'IMC. Il est également judicieux de prendre en compte d'autres paramètres comme la répartition de la graisse corporelle, de la masse musculaire, le niveau d'activité physique ainsi que les antécédents médicaux. Ces facteurs permettent de mieux appréhender l'état de santé global du patient, permettant une vision plus nuancée de sa condition physique.

Une autre hypothèse plausible serait que l'évaluation du poids serait d'autant plus précise si l'IMC de la personne évaluée est proche de celui de l'évaluateur et que les deux individus sont du même genre. En effet, nos observations montrent que 56% des femmes ont correctement identifié les silhouettes de femme en surpoids grâce au questionnaire, tandis que chez les hommes répondants, ce chiffre chute à 40,8 %. Les hommes ont davantage de difficulté à identifier la silhouette appropriée pour une femme en surpoids (**p=0,047**).

Cela semble concorder avec une meilleure capacité d'évaluation des silhouettes féminines en surpoids et en situation d'obésité ce qui peut s'expliquer par la majorité de femmes ayant participé à cette étude.

## ***C. Facteurs influençant les stigmatisations***

### ***1. Internes vs séniors***

Dans notre étude, nous avons observé que les internes présentent un niveau de grossophobie plus élevé que les médecins généralistes diplômés, selon l'échelle FPS. En effet, le score à l'échelle FPS diffère en fonction du statut professionnel du répondant (3,5 +/- 0,4 versus 3,3 +/- 0,4, **p=0,003**), avec des internes obtenant un score plus élevé.

L'âge apparaît également comme un facteur distinctif, bien qu'il puisse être directement lié au statut professionnel (ou inversement). En effet, tous les internes répondants appartiennent à la classe d'âge de moins de 30 ans. Ces éléments sont cohérents avec les données de la littérature, lesquelles suggèrent que les médecins plus expérimentés présentent des scores moins élevés à l'échelle FPS et donc des niveaux de grossophobie moins prononcés [42-44].

Il y a plusieurs facteurs qui peuvent contribuer à cette observation. Les internes et jeunes médecins ont été formés dans un système de santé où l'IMC est souvent utilisé comme un indicateur principal de la santé. Ils peuvent manquer de nuances concernant les corps de différentes tailles car la médecine actuelle met parfois un accent excessif sur les chiffres et standards (comme l'IMC), ce qui peut conduire à une approche plus rigide du poids. Les médecins peuvent être formés à voir le poids comme un facteur de risque majeur pour de nombreuses pathologies sans appréhender les complexités des causes de l'obésité. Or, l'obésité doit être considérée dans sa globalité, en tant que pathologie à part entière, et non pas uniquement comme un facteur de risque pour d'autres maladies.

La prévention de l'obésité étant un objectif de santé publique, les jeunes médecins ont été formés dans ce contexte. Or les messages de santé publique sur l'obésité peuvent être interprétés comme une stigmatisation des personnes en surpoids.

Ils peuvent être davantage susceptibles d'adopter ces messages sans recul critique.

De plus, les internes ayant moins d'expérience clinique et moins d'interactions avec une diversité de patients, manquent peut-être de recul pour comprendre la complexité des problèmes de poids et de santé. Ils peuvent être plus enclins à appliquer des solutions standardisées basées sur leurs connaissances théoriques récentes, plutôt que de prendre en compte les expériences et les besoins spécifiques des patients.

Les évolutions des cultures médicales au fil du temps peuvent également jouer un rôle. Les jeunes médecins peuvent être plus susceptibles d'être exposés et donc influencés par les normes sociales contemporaines et les idéaux de beauté promus par les médias, réseaux sociaux et la culture populaire, qui véhiculent souvent des normes corporelles strictes et valorisent le culte de la minceur. Cela peut influencer, même inconsciemment, leurs perceptions et leurs attitudes envers les patients en surpoids et ainsi renforcer la grossophobie.

Enfin, les attitudes et les valeurs évoluent souvent avec l'âge et l'expérience. Les médecins plus âgés ont peut-être été témoins de changements dans les pratiques médicales et les approches de la santé, ce qui peut avoir influencé leur perception du poids et de l'obésité.

A ce jour en France, il existe peu de recherches au sujet des différences d'attitudes entre interne et senior au sujet des stigmatisations liées au poids, il pourrait être intéressant d'approfondir ce sujet.

## *2. Statut pondéral et présence de TCA chez les répondants et leur entourage*

On observe que le score à l'échelle FPS ne semble pas différer, même en présence d'antécédents de troubles du comportement alimentaire ( $p = 0,549$ ) ou de personnes en surpoids dans l'entourage du répondant ou parmi les répondants eux-mêmes ( $p = 0,053$ ).

Ces constatations contredisent les résultats de différentes études où le fait d'être en surpoids ou obèse est un facteur associé à des scores plus faibles à l'échelle FPS chez les professionnels de santé [45].

De même, lorsqu'on examine le répondant en fonction de son IMC, aucune différence significative n'est observée sur le score obtenu à la FPS ( $p = 0,513$ ). En raison du faible nombre de répondants présentant une insuffisance pondérale, nous avons regroupé les IMC en deux groupes mais là encore, aucune différence significative n'est remarquée ( $p = 0,130$ ).

En effet, on peut supposer que les personnes en situation de surpoids, d'obésité ou présentant des TCA soient plus sensibles et compréhensives des difficultés liées à ce surpoids et à l'obésité [45]. Elles pourraient aussi montrer plus d'empathie envers ces patients et donc présenter moins de préjugés grossophobes. Cependant, les TCA sont souvent liés à des préoccupations déformées de l'image corporelle influençant potentiellement l'attitude envers ces patients. Cette relation dépend probablement du contexte individuel et du parcours personnel des répondants.

### *3. Genre des participants*

Enfin, le genre des participants n'a pas eu d'influence significative sur les scores à la Fat Phobia Scale ( $p=0,9$ ) dans notre étude. Les résultats de la littérature sont assez contrastés sur ce sujet : certaines études suggèrent une moindre stigmatisation liée au poids pour les répondants de genre féminin [42] avec l'hypothèse que les femmes étant plus touchées par celle-ci, elles seraient plus sensibles aux conséquences possibles. Elles seraient donc moins sévères dans leur jugement. D'autres études indiquent en revanche, tout comme la nôtre, une absence de différence selon le genre du répondant [45].

Nous pouvons également supposer que, étant plus souvent jugées sur leur apparence physique, notamment leur poids, les femmes intègrent davantage les normes de minceur et d'apparence corporelle. Elles subissent ainsi une pression sociale plus intense, ce qui peut renforcer des attitudes négatives non seulement envers elles-mêmes, mais aussi envers d'autres femmes qui ne correspondent pas à ces idéaux. Chez les hommes, cet idéal de minceur semble moins marqué dans la littérature.

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

### ***A. Limites***

Nous pouvons, pour commencer, aborder le biais de sélection : les répondants à cette étude étaient des volontaires, recrutés principalement via des envois d'e-mails, des relais sur les groupes de promotions d'internes.

Ensuite, il est important de mentionner le biais de déclaration. En effet, les données recueillies reposent sur des informations fournies par les participants eux-mêmes. Sur des sujets perçus comme sensibles ou tabous, tels que le poids ou la présence de TCA , il est possible que certains participants aient préféré ne pas répondre ou mentir sur les réponses, malgré l'anonymat de celles-ci.

En ce qui concerne la Fat Phobia Scale, bien qu'il s'agisse d'une échelle validée, elle peut être perçue comme « stricte » ou sans nuance. Les préjugés grossophobes y sont assez explicites ce qui peut générer un biais lors du remplissage du questionnaire.

Les répondants pourraient être tentés de se restreindre et se montrer moins grossophobes qu'ils ne le sont réellement, bien que ce biais soit partiellement atténué par l'anonymat du questionnaire.

Au sujet de l'échelle des silhouettes, son principal inconvénient réside dans le fait qu'elle se base sur des images de silhouettes caucasiennes, ce qui limite sa représentativité pour des populations plus variées. De plus, ces échelles ne présentent que des silhouettes vues de face, ce qui restreint la diversité nécessaire pour évaluer de manière complète la perception du poids et de l'obésité.

Enfin, pour le BAOP, certains items ont été modifiés, ce qui nous a conduit à ne pas utiliser le score global de cette échelle. L'utilisation de formulations très « générales » peut engendrer des difficultés lors du remplissage du questionnaire. De plus, l'échelle de Likert a été ajustée, passant de 6 à 5 options de réponse, ce qui pourrait limiter la comparabilité de nos résultats avec ceux d'autres études utilisant la version originale de cette échelle.

Concernant les modes d'exercices des participants, plusieurs options étaient proposées, telles que « maison de santé pluridisciplinaire » ou « libéral ». Cela a pu créer une certaine confusion chez les répondants, bien que la possibilité de réponses multiples ait été offerte.

Au sujet du matériel à disposition des répondants, le lit bariatrique et les blouses grande taille sont principalement utilisés en milieu hospitalier, tandis que la table d'examen adaptée par exemple est plus couramment employée par les médecins libéraux. Par conséquent, les résultats obtenus doivent être interprétés avec prudence.

Enfin, le taux de participation à notre étude s'élève à 17%. Il est difficile de tirer des conclusions définitives à partir d'un échantillon de cette taille, surtout sur des thématiques où la prévalence est faible, comme les antécédents de surpoids ou les TCA.

Cela peut expliquer pourquoi certains de nos résultats ne sont pas significatifs ou ne concordent pas avec ceux d'autres études ayant un échantillon de population plus important.

## ***B. Forces de l'étude***

Parmi les points forts de cette étude, on peut déclarer que notre échantillon de participants est représentatif de notre population d'étude, avec un équilibre satisfaisant entre médecins généralistes diplômés et internes, ainsi qu'entre les genres des participants.

Ce travail a interrogé les médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais, région à forte prévalence de surpoids et d'obésité [5]. L'interrogation des médecins généralistes n'avaient pas été réalisée depuis 2005 [26] et nous avons décidé d'y inclure les internes de médecine générale.

En outre, nous avons utilisé des échelles validées dans la littérature internationale pour évaluer les stigmatisations, garantissant ainsi la fiabilité des résultats.

L'utilisation de ces questionnaires, qui sont employés dans d'autres études, permet des comparaisons non seulement avec la population générale, mais aussi avec d'autres groupes de médecins notamment d'une autre spécialité. Les résultats obtenus, concordants avec d'autres études utilisant les mêmes échelles validées renforce la cohérence externe de notre travail de thèse.

Il est à noter que, bien que l'intérêt pour la grossophobie et en particulier la grossophobie médicale, soit croissant, peu d'études à ce jour se sont concentrées spécifiquement sur les médecins généralistes.

## CONCLUSION

La stigmatisation des personnes en surpoids et obèses est un sujet d'actualité. Ce travail de thèse met en évidence la problématique de la grossophobie médicale parmi les médecins généralistes et les internes en médecine générale. Les résultats obtenus, mesurés à l'aide du score à la Fat Phobia Scale (FPS), révèlent la présence d'une grossophobie modérée au sein de cette population médicale. Ces résultats sont d'autant plus préoccupants qu'ils peuvent être extrapolés à une plus large échelle, suggérant ainsi que la grossophobie n'est pas un phénomène isolé mais constitue un enjeu systémique, tant dans la société en général que dans le domaine médical en particulier.

Même modérée, cette grossophobie peut avoir des répercussions significatives sur la qualité des soins prodigués aux patients en surpoids ou obèses, influençant potentiellement les attitudes, les diagnostics, et les choix thérapeutiques effectués. Cela peut également conduire à un évitement des soins par les patients. Une telle situation va à l'encontre des principes d'équité et de bienveillance inhérents à la relation de soin.

Il est donc essentiel de lutter contre toutes les formes de stigmatisation en intégrant une sensibilisation à la grossophobie et aux conséquences de cette stigmatisation sur la santé physique et mentale des patients dans les programmes de formation des futurs médecins.

Par ailleurs, comme nous l'avons observé, les médecins plus expérimentés tendent à manifester des niveaux de grossophobie moins élevés. Cela souligne l'importance de la formation médicale continue mettant en lumière la complexité de l'obésité en tant que maladie multifactorielle, et non comme une simple conséquence d'un « *manque de volonté* » du patient.

En outre, l'utilisation de simulations et d'ateliers interactifs peut aider les professionnels de santé à reconnaître et corriger leurs comportements discriminatoires. Ces exercices pratiques permettent aux médecins de se mettre à la place des patients et de développer une communication empathique et non stigmatisante. Également, la diffusion des témoignages des patients et la rencontre des patients experts joue un rôle clé pour se rendre compte de cette stigmatisation et sensibiliser à ses effets.

L'intégration de formations en diététique est également pertinente, étant donné le rôle clé du médecin généraliste en tant que premier recours dans les soins. Une formation minimale, axée sur une approche pluridisciplinaire incluant les diététiciens, pourrait permettre de fournir des conseils nutritionnels personnalisés, adaptés aux besoins spécifiques des patients, plutôt que des recommandations universelles. Il est également crucial de ne pas se focaliser uniquement sur la perte de poids, mais de viser une amélioration de la santé globale et du bien-être du patient.

Par ailleurs, l'entretien motivationnel est un outil précieux, permettant d'encourager le changement de comportement sans jugement ni contrainte, en établissant des objectifs réalistes avec le patient et en renforçant l'autonomie de ce dernier.

En conclusion, ce travail de thèse souligne l'importance d'une prise de conscience accrue, d'une action concertée pour combattre la grossophobie médicale, de développer des stratégies de formation et de sensibilisation visant à réduire ces préjugés afin de garantir une prise en charge globale, équitable et bienveillante pour tous les patients, indépendamment de leur poids.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Jacques Bair. A propos de l'indice de masse corporelle. *Losanges*. 2015 ; (31) : 3-7.
2. Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Bibliothèque de l'OMS ; 1997. Disponible sur :  
[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42734/WHO\\_TRS\\_894\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42734/WHO_TRS_894_eng.pdf?sequence=1)
3. Roxane Gay. *Hunger*. New York: Harper Collins; 2017. 320 p.
4. Thibaut de Saint Pol. Comment mesure la corpulence et le poids « idéal » ? Histoire, intérêts et limites de l'indice de masse corporelle. 2007 ; Disponible sur :  
<https://sciencespo.hal.science/hal-01066084/document>
5. A Fontbonne, A Currie, P Tounian, M-C Picot, O Foulatier, M Nedelcu et D Nocca. Prevalence of Overweight and Obesity in France: The 2020 Obepi-Roche Study by the “Ligue Contre l’Obésité”. *Journal of Clinical Medicine*. 2023;12(3), 925. Disponible sur :  
<https://www.mdpi.com/2077-0383/12/3/925>
6. OCDE (2019), The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention, oct 2019, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE.
7. Anne Zamberlan. *Je suis grosse et alors ? Coup de gueule contre la grossophobie*. Ramsay. 1994. 156 p.
8. Gabrielle Deydier. *On ne naît pas grosse*. Goutte d'or. 2017. 160 p.
9. J L. Fikkan, E Rothblum. Is Fat a Feminist Issue ? Exploring the Gendered Nature of Weight Bias. *Feminist Forum*. Juin 2011; 66: 575-592.
10. Planète Publique : Caroline Massot, Lamia Benjankhar, Quitterie Landèche, Elisabeth Mendy. Évaluation de l'expérimentation Mission : retrouve ton cap. 2021 juin. Disponible sur : [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/rapport-evaluation-experimentation-mission-retrouve-ton-cap\\_assurance-maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/rapport-evaluation-experimentation-mission-retrouve-ton-cap_assurance-maladie.pdf)

11. B Major, L T O'Brien. The Social psychology of stigma : Annual review of psychology. 2005; Vol. 56:393-421. Disponible sur:  
<https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev.psych.56.091103.070137>
12. K D. Brownell, R M Puhl. Confronting and Coping with Weight stigma : an investigation of overweight and obese adults. 2012 ;14(10):1802-1815. Disponible sur :  
<https://doi.org/10.1038/oby.2006.208>
13. M. Chambouleyron, M. Reiner, S. Gaillard, G. Lagger, A. Lasserre Moutet, A. Golay. Éducation thérapeutique du patient obèse, une approche de la complexité. Obésité, 2012 ;7(3):199-204. <https://doi.org/10.1007/s11690-012-0343-8>
14. O Branche, C Buscail, S Péneau, M Touvier, C Julia, A Bellicha, Correlates of Weight Bias in Adults From the NutriNet-Santé Study. 2023;65(2):201-212.
15. R Puhl, Y Suh. Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. 2015;4(2):182-90.
16. S W. Flint, E J. Oliver, R J. Copeland. Editorial: Obesity stigma in Healthcare : impacts on policy, practice and patients. University of Pennsylvania USA; 2017;8
17. G Rail. The Birth of the Obesity Clinic: Confessions of the Flesh, Biopedagogies and Physical Culture. Sociology of Sport Journal. 2012; 29(2):227-253.
18. Mercier Etienne. Les Français, leur poids et leurs expériences des régimes. Ipsos. 2015. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-francais-leur-poids-et-leurs-experiences-des-regimes>
19. M Audet, A Baillot, N Vibarel-Rebot. Obésité féminine et activité physique : mieux comprendre les enjeux liés à la stigmatisation. 2016:127-134.
20. S E Jackson, A Steptoe, R J Beeken, H Croker, J Wardle. Perceived weight discrimination in England: a population-based study of adults aged  $\geq 50$  years. International journal of obesity. 2015;39(5):858-864.

21. A Hilbert, E Braehler, W Haeuser, M Zenger. Weight bias internalization, core self-evaluation, and health in overweight and obese persons. *Obesity*. 2014;22(1):79-85.
22. K S O'Brien, J D Latner, R M Puhl, L R Vartanian, C Giles, K Griva, A Carter. The relationship between weight stigma and eating behavior is explained by weight bias internalization and psychological distress. *Appetite*. 2016;102:70-6.
23. Concept d'alimentation émotionnelle : mesure et données expérimentales. Congrès Français de psychiatrie. 2015 ;30(8S)S29-30.
24. L MacLean, N Edwards, M Garrard, N Sims-Jones, K Clinton, L Ashley. Obesity, stigma and public health planning. *Health Promotion International*. 2009;24(1):88-93.
25. E Robinson, A Haynes, A Sutin, M Daly. Self-perception of overweight and obesity: A review of mental and physical health outcomes. *Obesity Science and Practice*. 2020;6(5):552-561.
26. A Bocquier, P Verger, A Basdevant, G Andreotti, J Baretge, P Villani, A Paraponaris. Overweight and Obesity: Knowledge, Attitudes, and Practices of General Practitioners in France. *Obesity Research*; 2005; 13(4):787-795 Disponible sur:  
<https://doi.org/10.1038/oby.2005.89>
27. J-F Thuan, A Avignon. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *International journal of obesity*. 2005;29(9):1100-6.
28. J Ogden, I Bandara, H Cohen, D Farmer, J Hardie, H Minas, J Moore, S Qureshi, F Walter, M A Whitehead. General practitioners' and patients' models of obesity: whose problem is it? *Patient Education and Counseling*. 2001;44(3):227-33.
29. M R Hebl, J Xu. Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient. *International journal of obesity*. 2001; 25(8):1246-1252.
30. D B. Allison, V C. Basile, H E. Yuker. The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *International Journal of Eating Disorders*. 1991;10(5):599-607.

31. W Styk, E Wojtowicz, SE Zmorzynski. Reliable Knowledge about Obesity Risk, Rather Than Personality, Is Associated with Positive Beliefs towards Obese People: Investigating Attitudes and Beliefs about Obesity, and Validating the Polish Versions of ATOP, BAOP and ORK-10 Scales. 2022;19(22) :14977.
32. JG Bacon, KE Scheltema, BE Robinson. Fat Phobia scale revisited: the short form. International Journal of Obesity. 2001;25(2):252-257.
33. C Sikorski, M Luppia, H Glaesmer, E Brähler, H-H König, S G. Riedel-Heller. Attitudes of Health Care Professionals towards Female Obese Patients. 2013;6(6) :512-522.
34. J G Bacon, B E Robinson, J O'Reilly, Fat phobia Measuring, understanding and changing anti fat attitudes. International Journal of Eating Disorders, 1993;14(4):467-80.
35. İ Fidancı, H Aksoy, D Y Taci, D A Baser, M Cankurtaran. Evaluation of factors affecting the fat phobia level. The International journal of Clinical practice. 2021;75(8):e14297.
36. M Bacardí-Gascón, A Jiménez-Cruz, O Castillo-Ruiz, V Bezares-Sarmiento, J Marcos León-González. Fat Phobia in Mexican nutrition students. Nutricion Hospitalaria. 2015;23(6) :2956-2957. Disponible sur: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/9812.pdf>
37. CV Harris, AS Bradlyn, J Coffman, E Gunel, L Cottrell. BMI-based body size guides for women and men: development and validation of a novel pictorial method to assess weight-related concepts. International Journal Of Obesity. 2008;32(2) :336-342.
38. INSEE. Professionnels de santé au 1er janvier 2023. 2023. Disponible sur: [https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#graphique-TCRD\\_068\\_tab1\\_departements](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#graphique-TCRD_068_tab1_departements)
39. Gwénaëlle Le Breton-Lerouville pour le Conseil National des Médecins. La démographie médicale en région Nord-Pas-De-Calais. 2015 p. 17.
40. Conseil National Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. 2023 p. 24. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/b6i7b6/cnom\\_atlas\\_demographie\\_2023.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/b6i7b6/cnom_atlas_demographie_2023.pdf)

41. DREES. Santé physique et psychique des médecins généralistes. 2010 ;731. Disponible sur :  
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er731.pdf>
42. M Schwenke, M Luppa, A Pabst, FD. Welzel, M Löbner, C Luck-Sikorski, A Kersting, M Blüher, S G. Riedel-Heller. Attitudes and treatment practice of general practitioners towards patients with obesity in primary care. BMC Family Practice. 2020;(21). Disponible sur:  
<https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-020-01239-1> )
43. R Puhl, C.A Heuer. “The Stigma of Obesity: A Review and Update”. Obesity. 2012;17(5), 941-964.
44. R S. Wigton, W C. McGaghie. The effect of obesity on medical students' approach to patients with abdominal pain. 2001;16(4):262-265.
45. C Tapking, L Benner, M Hackbusch, S Schüler, D Tran, G B Ottawa, K Krug, B P Müller-Stich, L Fischer, F Nickel. Influence of body mass index and gender on stigmatization of obesity. Obesity Surgery. 2020;30(12):4926-4934.

## Evaluation des représentations des médecins généralistes et internes de médecine générale vis-à-vis de personnes en surpoids ou en obésité.

Bonjour,

Je suis Gabrielle LIENARD, interne en médecine générale à Lille. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur le regard que portent les internes en médecine générale et médecins généralistes sur les personnes en situation de surpoids ou d'obésité. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier les comportements des médecins généralistes envers ces patients et ainsi d'améliorer leur prise en soin.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être interne de médecine générale ou médecin généraliste ( thésé ou non ) et exercer dans les Hauts-de-France. Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que quelques minutes seulement !

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification. Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Merci de votre contribution et du temps consacré à l'étude.

Il y a 15 questions dans ce questionnaire.

Quel est votre âge ?  
( *seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ* )  
\*  
Veuillez écrire votre réponse ici :

Etes-vous : \*  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Interne de médecine générale
- Diplômé(e) de médecine générale

Quel est votre lieu d'exercice actuel ?  
( *une ou plusieurs réponses possibles* )  
\*  
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Centre hospitalier
- Activité libérale isolée
- Activité libérale en cabinet de groupe / MSP
- Autre :

Etes-vous, vous ou l'un de vos proches, en situation de surpoids ou d'obésité ? \*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- oui
- Non
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre

Quel est votre poids en kilogramme (kg) ?  
( si vous ne souhaitez pas répondre, noter 0 en chiffre ) \*

Veuillez écrire votre réponse ici :

Avez-vous souffert ou souffrez-vous, vous ou l'un de vos proches, de trouble du comportement alimentaire ( TCA ) comprenant anorexie mentale, boulimie, accès hyperphagique ) : \*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre à cette question

Quelle est votre taille en centimètres ?

( si vous ne souhaitez pas répondre, noter 0 en chiffre ) \*

Veuillez écrire votre réponse ici :

Possédez-vous un diplôme universitaire ( DU ) ou une formation complémentaire dans le domaine de la nutrition ou de la diététique ? \*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

**Sur votre lieu d'exercice actuel, avez vous à disposition du matériel adapté pour les patients qui souffrent de surpoids ou d'obésité tels que : \***

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Balance bariatrique
- Brassard à tension bariatrique
- Mètre ruban adapté
- Table d'examen adaptée
- Chaises adaptées ( larges et sans accoudoir par exemple )
- Blouse grande taille
- Lit bariatrique
- Je n'en possède pas
- Autre:

**Notez votre niveau d'accord ou désaccord avec chacune des propositions suivantes : \***

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
L'obésité apparaît souvent lorsque l'alimentation est utilisée pour compenser un manque d'amour ou d'attention	○	○	○	○	○
La plupart du temps, l'obésité résulte d'un trouble biologique	○	○	○	○	○
La plupart du temps,					

**Vous trouverez ci-dessous, 14 paires d'adjectifs ou formulations parfois utilisés pour décrire les personnes en surpoids ou obèses.**

l'obésité résulte d'une suralimentation	○	○	○	○	○
La plupart du temps, l'obésité résulte d'un manque d'activité	○	○	○	○	○
La plupart des personnes en surpoids ou obèses mangent plus que les personnes à IMC normal	○	○	○	○	○
La plupart des personnes obèses n'ont pas une bonne hygiène de vie	○	○	○	○	○
La majorité des personnes obèses ou en surpoids ont de mauvaises habitudes alimentaires	○	○	○	○	○
L'obésité résulte souvent d'un manque de volonté	○	○	○	○	○
Les patients en surpoids ou obèses souffrent souvent d'un TCA	○	○	○	○	○
Certains patients peuvent être addicts à la nourriture, tout comme d'autres patients peuvent être addicts à des drogues	○	○	○	○	○

Pour chaque proposition, choisissez le chiffre le plus proche de vos perceptions et croyances vis-à-vis des termes proposés.

*Si vous pensez d'une personne en surpoids ou obèse qu'elle est plutôt courageuse alors il faut cocher 1.*

*Au contraire si vous pensez qu'elle est plutôt paresseuse alors vous cochez 5*

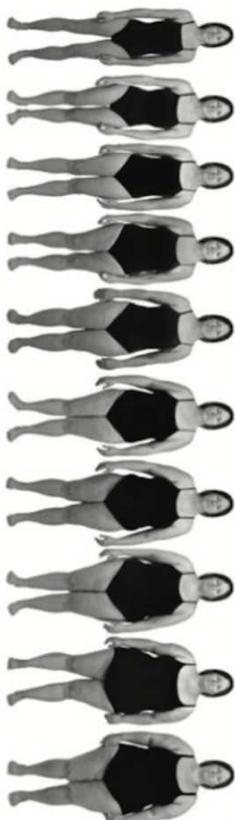
\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	
Courageux / travailleur	<input type="radio"/>	Parassexual / fainéant				
Avec de la volonté	<input type="radio"/>	Sans volonté				
Séduisant	<input type="radio"/>	Peu séduisant				
Bonne maîtrise de soi	<input type="radio"/>	Faible maîtrise de soi				
Rapide	<input type="radio"/>	Lent				
Endurant	<input type="radio"/>	Peu endurant				
Actif	<input type="radio"/>	Inactif				
Fort	<input type="radio"/>	Faible				
Plein d'abnégation / intraitigant						Complaisant envers soi même / indulgent / qui ne se refuse rien
Qui n'aime pas manger	<input type="radio"/>	Qui aime manger				

Une silhouette avec des formes plaisantes	<input type="radio"/>	Une silhouette ayant des formes déplaisantes				
Ayant confiance en soi	<input type="radio"/>	Qui se suralimente				
Haute estime de soi	<input type="radio"/>	N'ayant pas confiance en soi				
						Faible estime de soi

Voici différentes silhouettes. A partir de quelle silhouette selon vous, la patiente présente :



\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

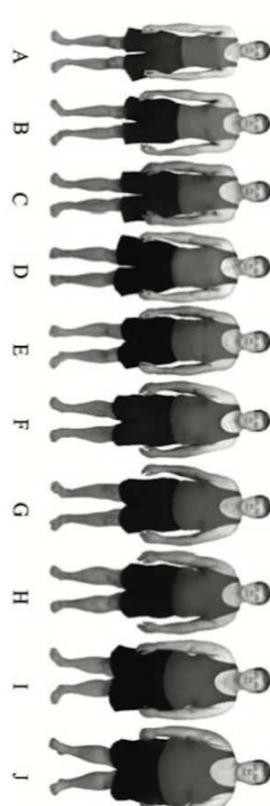
	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>
<b>Un surpoids</b>	<input type="radio"/>									
<b>Une obésité</b>	<input type="radio"/>									

Avez-vous des remarques ? Des commentaires ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>
<b>Un surpoids</b>	<input type="radio"/>									
<b>Une obésité</b>	<input type="radio"/>									

Voici différentes silhouettes. A partir de quelle silhouette selon vous, le patient présente :



\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>
<b>Un surpoids</b>	<input type="radio"/>									
<b>Une obésité</b>	<input type="radio"/>									

<b>Nom : LIENARD</b>	<b>Prénom : Gabrielle</b>
<b>Date de soutenance : 10/10/2024</b>	
<b>Titre de la thèse : Évaluation des représentations des médecins généralistes et internes de médecine générale vis-à-vis de personnes en surpoids ou en obésité.</b>	
<b>Thèse - Médecine - Lille « 2024 »</b>	
<b>Cadre de classement : thèse de médecine</b>	
<b>DES + FST/option : médecine générale</b>	
<b>Mots-clés : surpoids ; obésité ; fat phobia ; stigmatisation ; grossophobie</b>	
<b>Résumé :</b>	
<p><u>Contexte</u> : La littérature scientifique internationale décrit que les personnes présentant un surpoids ou une obésité sont victimes de stigmatisations ayant des conséquences négatives sur leur vie quotidienne. « La grossophobie médicale » ou « Fat Phobia in Health care » représente les discriminations des soignants envers ces patients. Des études réalisées du point de vue des patients ont démontré qu'elle engendre une perte de confiance, un évitement des soins et une relation thérapeutique altérée. Or, l'évaluation de ces stigmatisations n'a jamais été étudiée auprès des médecins généralistes depuis 2005.</p> <p><u>Méthode</u> : Notre étude est quantitative, observationnelle, descriptive et transversale. Le recrutement, composé d'internes et de médecins généralistes, a été effectué via un questionnaire en ligne comprenant 14 questions et s'appuyait sur des échelles composites validées telles que le BAOP ( Belief About Obese Persons ), l'échelle FPS ( Fat Phobia Scale ) ainsi que le BMI-based body size guides for women and men. Le critère de jugement principal était le score moyen à l'échelle FPS mesurant les attitudes et les préjugés envers les personnes en surpoids ou obèses.</p> <p><u>Résultats</u> : Les résultats montrent un score moyen de 3,41 +/- 0,43 à l'échelle FPS, indiquant la présence de stigmatisation liée au poids chez nos répondants. Les items obtenant les scores les plus élevés sont « <i>haute estime de soi / faible estime de soi</i> » avec une moyenne de 3,94 +/- 0,8 et « <i>ayant confiance en soi / n'ayant pas confiance en soi</i> » avec une moyenne de 3,87 +/- 0,8.</p> <p>Les internes ont montré des niveaux de grossophobie légèrement plus élevés que les médecins diplômés (<b>p = 0,003</b>) et des différences significatives ont été observées en fonction de l'âge (<b>p = 0,014</b>). Enfin, les hommes avaient plus de difficultés à identifier correctement les silhouettes correspondant aux profils de femmes en surpoids (<b>p = 0,047</b>). Cependant, bien que certains préjugés persistent, ils semblent moins marqués que ceux présents dans la population générale.</p>	
<b>Composition du Jury :</b>	
<b>Président : Pr David SEGUY</b>	
<b>Assesseurs : Dr Jan BARAN, Dr Romain DEWILDE, Dr Gabrielle LISEMBARD</b>	
<b>Directeur de thèse : Dr Marie MOUKAGNI PELZER</b>	