



Mémoire de fin d'étude Master 2 éthique du soin et recherche (philosophie, médecine, droit)

**La relation patients-soignants dans le cadre de la  
consultation médicale de prise en charge des patients  
adultes en situations d'obésités en France : l'analyse de la  
« grossophobie médicale »**

Mémoire présenté par : **Noémie DUBRUEL**

Sous la direction de : **Mme Flora BASTIANI**

Et la co-direction de : **Mme Isabelle POIROT-MAZERES**

Université de rattachement : **Université Toulouse I Capitole**

**Année universitaire 2018-2019**





Mémoire de fin d'étude Master 2 éthique du soin et recherche (philosophie, médecine, droit)

**La relation patients-soignants dans le cadre de la  
consultation médicale de prise en charge des patients  
adultes en situations d'obésités en France : l'analyse de la  
« grossophobie médicale »**

Mémoire présenté par : **Noémie DUBRUEL**

Sous la direction de : **Flora BASTIANI**

Et la co-direction de : **Isabelle POIROT-MAZERES**

Université de rattachement : **Université Toulouse I Capitole**

**Année universitaire 2018-2019**

## *Remerciements*

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué, par l'apport de leur aide, à la rédaction de ce mémoire.

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire Madame Flora BASTIANI, professeure de philosophie à l'université Toulouse Jean-Jaurès, pour sa patience et surtout ses nombreux conseils qui m'ont permis de mener à bien ce travail. De même je remercie ma co-directrice de mémoire Madame Isabelle POIROT-MAZÈRES, professeure de droit à l'université Toulouse Capitole, qui a été d'une grande disponibilité et écoute à mon égard.

Je remercie également tous les professeurs du Master 2 éthique du soin et recherche qui ont chacun participé de près ou de loin à mon travail en m'apportant divers conseils et en se rendant disponibles pour répondre à mes nombreuses questions.

En outre, il m'est important de remercier et de témoigner ma gratitude à toutes les personnes, patients, soignants, usagers, militants qui ont répondu aux deux questionnaires mis en ligne dans le cadre de cette étude et particulièrement les personnes qui ont accepté de se confier à moi en me faisant parvenir leurs témoignages écrits ou oraux.

Je remercie également le professeur Patrick RITZ ainsi que toute l'équipe de l'Unité endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition du CHU de Rangueil à Toulouse qui m'ont permis d'avoir un autre regard essentiel dans mon travail en m'accueillant dans leur équipe et en se montrant très disponibles pour échanger avec moi. Je remercie également les patientes présentes lors de ce stage qui m'ont accordé des entretiens.

Je tiens à remercier les Dr Max LAFONTAN, Dr Emilie MONTASTIER et Dr Jean-Marie Faroudja pour les réponses à quelques unes de mes interrogations.

Je souhaite témoigner toute ma gratitude à mes collègues et amies Mme Margaux ROLLIN et Mme Léa SAINTOUIL pour leur soutien moral et intellectuel dans cette rédaction. Merci à ma famille pour son encouragement constant et ses conseils. Un remerciement particulier à Marie CORBIÈRE et France FELIX-KERBRAT pour la relecture et la correction de mon travail, leurs aides m'ont été précieuses. Enfin, je remercie Anaïs CLARA, Mathilde TAVELLA et Anthony BERGES-CAU pour leurs encouragements et leur soutien inconditionnel au quotidien.

## Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>6</b>
<b>PARTIE I- Vers l'analyse de la grossophobie médicale par l'étude de verbatims de patients et de soignants</b>	<b>12</b>
Chapitre 1- L'expression d'un malaise et d'une mésentente dans les soins : une situation en contradiction avec la notion de soin	12
I- La relation de soin en huis-clos et les limites de la rencontre avec autrui : une rencontre humaine qui peut ne pas se faire	12
II- Le concept de vulnérabilité : les reliquats d'une médecine paternaliste face à l'émergence d'un renforcement des droits des patients	18
III- Le fonctionnement de la stigmatisation : la rupture dans le rapport à la norme	23
IV- Comprendre l'impact de la stigmatisation sur les situations d'obésités : l'importance de l'image de soi et de la reconnaissance de l'inconnu	28
Chapitre 2- La dénonciation de l'inadéquation d'une prise en charge se focalisant sur le corps et le poids	33
I- De l'émergence de médicaments amaigrissants au long parcours des régimes alimentaires comme erreur de prise en charge	33
II- L'analyse de la chirurgie bariatrique : entre traitement efficient et dérives potentielles	39
III- Le risque d'une incompréhension menant au refus et au renoncement du soin : entre autonomie et non-discrimination	45
Conclusion de la première partie	49
<b>PARTIE II- Vers une compréhension du problème dénoncé : les influences de perceptions socialement construites et divergentes</b>	<b>50</b>
Chapitre 1 : La construction du rapport au corps gros de la société à la médecine	50
I- L'évolution de la perception du corps gros dans l'histoire	50
II- Le tournant de la médicalisation du corps gros et des situations d'obésités	54
III- Normalisation du corps par le développement d'outils médicaux de mesure de la corpulence	58
Chapitre 2 – L'affrontement de perceptions sur le corps et la maladie	63

I- L'apport phénoménologique de Merleau-Ponty dans la perception du corps	63
II- La place de l'intimité et de la dignité du patient face à une normalisation et mécanisation des soins	65
Chapitre 3 : Une longue incompréhension médicale et l'absence de consensus sur les situations d'obésités	70
I- Situations d'obésités complexes : des déterminants multifactoriels entraînant de nombreuses conséquences	70
II - L'opposition de terminologies mouvantes et ambiguës	76
III- Les lacunes et inégalités des formations de soignants	81
Conclusion de la seconde partie	86
<b>PARTIE III- Vers la compréhension de l'influence du contexte sociétal sur une problématique médicale pour permettre une prise en charge optimale</b>	<b>87</b>
Chapitre 1 : L'influence du contexte de société et de santé publique sur la prise en charge de l'obésité en France	87
I- La dénonciation de la grossophobie médicale comme revendication face à l'existence d'inégalités sociales et de genres	87
II- Les limites d'une prévention contre la prise de poids qui renforce les représentations sociales et la culpabilisation	91
III- Les enjeux de la responsabilité en santé : la limite des injonctions contre les comportements délétères	96
Chapitre 2 : Vers la prise en compte de l'influence du contexte sociétal dans le soin afin de garantir une prise en charge optimale	102
I- La dénonciation de situations de maltraitances par l'apport des concepts de bienfaisance et de bienveillance	102
II- La nécessité d'une éducation, collaboration et reconnaissance dans le soin : l'enjeu d'une prise en charge globale	105
Conclusion de la troisième partie	112
<b>Conclusion</b>	<b>113</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>116</b>
<b>Annexes</b>	<b>134</b>

## Introduction

« C'est une angoisse à chaque fois que je dois consulter un nouveau médecin, parce que je sais qu'on va se focaliser sur mon poids » - Daria Marx -<sup>1</sup>

Ce témoignage illustre une problématique qui se retrouve dans la relation de soin et dans la prise en charge de l'obésité en France. En effet de nombreux patients disent leur appréhension, rejet ou colère face à une prise en charge ou à des soignants qui semblent les stigmatiser sur leurs poids ou leur corpulence.

Ces dénonciations sont principalement véhiculées par les réseaux sociaux et les médias, mais également par certaines associations engagées dans la lutte de ce qui se développe comme étant la « grossophobie ». La grossophobie, vocable qui vient tout juste de faire son apparition dans le petit Robert 2019, désigne une « *discrimination envers les personnes obèses ou en surpoids* »<sup>1</sup>. Le mot né aux Etats-Unis dans les années 1970 a été véhiculé par des mouvements dénonçant le *fat-shaming*. Ce n'est qu'en 1994 qu'il arrive en France, utilisé par la comédienne Anne Zamberlan dans son livre *Coup de gueule contre la grossophobie*<sup>2</sup>. Cette situation porte à débat. D'une part ce mot composé du suffixe *phobie* est souvent jugé inapproprié et d'autres part nous supposons que cette situation met en exergue un affrontement de perceptions qui ne parviennent pas à se rencontrer.

Cette situation peut engendrer de la discrimination quant à l'apparence physique. La discrimination est définie comme « *un acte comportemental ou verbal négatif envers un individu ou plusieurs membres d'un groupe social à propos duquel il existe un préjugé négatif* »<sup>2</sup>. L'association *Gras politique* créée en 2016 pour lutter contre la grossophobie a déterminé des exemples qualifiés de « *violence médicale en rapport avec la grossophobie* »<sup>3</sup>. Les plus récurrents sont : des paroles dégradantes, un déni du motif de consultation, une culpabilisation sur le poids, une mise en avant du poids comme seule cause des pathologies, une minimisation des troubles du comportement alimentaire (TCA). Cependant le sentiment de discrimination peut également émerger du fait d'un espace public mal adapté ou de l'absence d'équipements

---

<sup>1</sup> MAUDET Elsa, « Grossophobie médicale : *c'est une angoisse à chaque fois que je dois consulter* », Libération, 08/01/16 [Disponible en ligne : [https://www.liberation.fr/france/2016/01/08/grossophobie-medicale-c-est-une-angoisse-a-chaque-fois-que-je-dois-consulter\\_1424927](https://www.liberation.fr/france/2016/01/08/grossophobie-medicale-c-est-une-angoisse-a-chaque-fois-que-je-dois-consulter_1424927)] (Consulté le 10/08/18)

<sup>2</sup> SCHARNITZKY Patrick, *Les pièges de la discrimination. Tous acteurs, tous victimes*, éd : éditions de l'archipel, Paris, 2006, p.232

<sup>3</sup> Site de l'association Gras Politique <https://graspolitique.files.wordpress.com/2017/03/gras-politique-ok.pdf>

de soins convenables (fauteuils roulants, tensiomètres, blouses, scanner). La stigmatisation et la discrimination sont prohibées par la loi et se retrouvent dans l'article 7 du code de déontologie médicale<sup>4</sup>. Or ceci n'empêche pas son existence consciente ou non et son impact dans la relation de soin et dans la prise en charge de l'obésité en France.

Ces situations sont complexes, ainsi lors de notre étude, nous avons décidé de partir de l'analyse de données, puis de témoignages recueillis par la diffusion de deux questionnaires de recherche (l'un pour les soignants et l'autre pour les patients). Ces questionnaires ont été mis en ligne de décembre 2018 jusqu'à avril 2019 avec un total de 1175 réponses de patients et 65 réponses de soignants. En outre, des témoignages plus poussés ont été recueillis par mails ou par échanges téléphoniques, 14 au total. Puis un stage de deux semaines, du 8 au 19 avril 2019, réalisé à l'unité endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition de Rangueil à Toulouse, a permis de recueillir des entretiens et des paroles de soignants et de patients.

*« Le jour du RDV, dans une clinique réputée, je me retrouve assise en face d'elle et son bureau, pour la pose de mon stérilet. Après les questions d'usage, vérification de mon nom etc, elle me demande mon poids, que je lui donne sans problème. Nous sommes donc 3 minutes dans ce tout premier entretien, elle ne connaît rien de mes antécédents ni de ma situation psy et me demande "On vous a déjà parlé de la chirurgie bariatrique ?" Je reste sans voix et finis par répondre que je connais cette procédure, que c'est un sujet déjà évoqué avec mon [médecin généraliste] mais que je ne suis pas intéressée. Elle insiste fortement sur les risques de l'obésité sur ma santé. J'ai 41 ans et suis grosse depuis que j'en ai 12. Je connais ces risques, on me les répète plusieurs fois par an, parfois sans que j'ai rien demandé. Je finis par lui demander si mon poids a une incidence sur le motif de ma consultation, elle me répond "Non" et passe à autre chose. »*

Ce témoignage fait ressortir une mésentente qui peut se présenter dans la relation de soin. Nous comprenons alors que deux perceptions se confrontent. Le soignant, qui connaît les risques que la situation d'obésité peut présenter pour la santé, évoque ce sujet et indique une thérapie existante. Cependant la patiente qui n'est pas venue consulter pour cette raison, connaît sa situation, les risques potentiels et refuse la solution médicale proposée. Au premier abord ce témoignage paraît anodin, simple consultation entre une patiente et une soignante. Et pourtant

---

<sup>4</sup> Article R.4127-7 du Code de la santé publique, « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard* » .



il n'en ai rien puisque la patiente qui l'a vécu a souhaité partager cette expérience, preuve qu'elle l'a donc marquée. Ce ressenti dénoncé nous semble plus important car cette situation ne concerne pas un seul cas mais une multitude, et ce de plus en plus depuis que la parole concernant les injustices sociales et revendications qui en découlent se libère. C'est alors la prise en soin de la situation d'obésité dans sa globalité qui interpelle. En effet, cette situation est complexe, longtemps rendue invisible, dissimulée sous l'idée que le poids ne peut être engendré que par un mauvais comportement de la part de la personne qui est en cause. De plus, influencée par les canons de beauté qui ont évolué tout au long des siècles, la problématique médicale du poids en a été d'autant plus délaissée. Ceci est d'autant plus inquiétant que l'obésité se développe. En France 54% des hommes et 44% des femmes sont en situation de surpoids ou d'obésité<sup>5</sup>. Ainsi nous émettons l'hypothèse que l'importance de lutter contre l'obésité se confronte à une prise en charge souvent inadéquate car prise au piège des idées reçues selon lesquelles les individus sont dans cet état du seul fait de leur absence volonté. Cette perception est renforcée par une influence de la norme sociale qui tend vers une minceur importante dans notre société occidentale contemporaine. Cette norme se retrouve alors dans les standards de prise en charge du corps des patients, comme par exemple à travers un matériel utilisé qui conditionne le soin. En outre, elle se retrouve également dans les standards qui établissent la formation donnée aux soignants. Ces représentations sont alors institutionnalisées et deviennent une norme à suivre dans le fonctionnement de l'acte de soin et plus largement impactent la perception d'autrui dans toute la société. Les soignants sont alors formés avec l'idée qu'il se doivent d'indiquer à leurs patients la voie à suivre pour recouvrir un état de santé complet.

La perception est un concept qui nous intéresse ici, mais qui reste complexe à saisir. Il s'agit d'un rapport à un sujet qui n'existe que par la présence, à la fois d'un sujet qui observe, et d'un sujet qui est observé. Se présente alors une part d'affectivité puisqu'une sensation est éprouvée lors de la rencontre avec autrui. Mais il y a aussi une extériorité mise en évidence car cet autrui qui se présente à moi, me renvoie sa différence, une altérité qui est donc extérieure à moi. Ainsi je reconnais en autrui, bien qu'il m'apparaisse tout de même différent, sa ressemblance avec moi. Nous comprenons donc que la perception est subjective et dépend de l'individu (de sa conscience). En ce sens, la perception pourrait alors être double : une perception où le sujet ressent quelque chose d'extérieur par rapport à ce qu'il voit ici et

---

<sup>5</sup> Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). « Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016 ». Volet nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité. *Santé publique France*, 2017. 58 p.

maintenant. Puis, la perception de quelque chose d'extérieur qui est influencée par les connaissances et les représentations déjà produites par ce quelque chose, dans notre cas la situation d'obésité qui est connue et décrite médicalement et socialement. Dans ce cas, le retour à la conscience du sujet ne se fait pas de manière spontanée par rapport à ce qu'il voit mais est influencé par le savoir et les représentations pré-existantes. Nous pourrions alors supposer que c'est ce qu'il se passe en médecine, et en science par rapport à l'obésité. Des idées présentes dans la société vont venir caractériser le corps d'autrui, et au delà, son comportement, sans prendre en compte la réalité singulière que présente précisément ce patient. L'opposition par rapport à autrui risque alors de s'effectuer et compliquer la relation de soin. En ce sens, soignant et patient, n'auraient pas la possibilité d'être neutre, que cela soit dans leur perception ou dans leurs actes.

Nous pouvons alors supposer que c'est ce qu'il se passe lors d'une consultation médicale. Sans mentionner à chaque fois un rapport de force ou une violence volontaire (qui se présente tout de même dans certains cas), l'individu se retrouve face à un soignant qui fait son devoir en indiquant les problématiques de santé que le patient présente, et ce par rapport à une vision du corps mécanique, qu'il perçoit comme anormal, potentiellement sources de pathologies et qui doit donc retrouver un fonctionnement normal. En ce sens, pour que la prise en soin soit efficace, il faut faire revenir l'individu dans un standard de santé qui oblige ici à une modification du corps. Mais le patient est, la plupart du temps, dans un autre état d'esprit, percevant son corps comme ce qu'il est, c'est-à-dire avec un vécu et un actif complexe, que le soignant ne peut percevoir aux premiers abords. Les informations et dialogues échangés lors de cette rencontre intime que représente le colloque-singulier semble donc se croiser sans se rencontrer. Cela dit, les situations que nous relevons ici semblent se présenter tant dans une situation de colloque-singulier que dans un soin donné en institution face à plusieurs soignants. Étant donné que le don et la réception des informations ne se produisent pas de la même manière selon la situation dans laquelle nous nous trouvons, il est alors intéressant de relever que les prémices de cette rencontre, qui ne se fait pas, trouvent alors leurs origines à un autre niveau que celui de la prise en soin directe. Cette relation peut être technique quand un soignant pratique ou prescrit un soin à un patient, mais également éthique car la relation s'ancre dans un rapport à autrui qui oblige à considérer l'autre et son altérité, ce qui influence le comportement de l'individu qui s'y trouve confronté.

La situation d'obésité est directement perçue par autrui, elle se voit sur le corps d'autrui, corps qui apparaît alors comme anormal et que le patient ne peut dissimuler. Mais il semble

important de dire que ce que l'autre (ici le soignant) perçoit n'est que l'apparence d'autrui, c'est-à-dire la conséquence d'une situation plus complexe encore. Pourtant l'obésité semble être perçue comme le diagnostic d'une pathologie à laquelle des solutions peuvent, en apparence, être facilement apportées. Mais à ce moment là toute la complexité de la situation, l'histoire de vie et l'histoire du corps du patient ne sont pas prises en compte, tout comme son refus (car le patient a le droit de refuser un soin) et il se manifeste d'autant plus rapidement s'il y a un sentiment d'incompréhension ou un manque de considération.

Ainsi, nous nous questionnons sur cette situation en supposant qu'elle engendre quelque chose de complexe en enfermant le soignant et le patient dans une incompréhension à double conséquence : d'une par le soignant peut se sentir démuni face à la question du poids et risque de baisser les bras devant les divers patients se présentant en lui. Ou bien encore il y a le risque de fournir un soin qui peut être contre productif voire qui aggrave la prise de poids. En outre le patient, se sentant incompris, voire peu considéré, peut en arriver à rejeter tout soin, acte alors très inquiétant surtout lorsqu'il s'agit de patient en situation de précarité.

Des travaux de sociologues concernant les représentations de l'obésité, notamment l'oeuvre *Sociologie de l'obésité* de Jean-Pierre Poulain ont été nos lectures fondatrices dans ce travail. De plus, quelques travaux de recherche de mémoire ou de bachelor nous ont également été utiles. Enfin les doctrines juridiques et philosophiques ont servi d'outils pour analyser cette relation de soin. Ces recherches, et bien d'autres lectures, nous ont permis de mener une réflexion élaborant une nouvelle interrogation. L'enjeu d'analyse de ces relations qui posent problème semble essentiel car elles dépassent la simple limite d'une rencontre de soin qui ne se fait pas entre deux individus, et, selon nous, s'ancre dans une problématique plus complexe qui révèle la difficulté de la France à prendre en charge l'obésité, et ce à tous les niveaux. En effet l'incompréhension se situe aux premiers abords dans la parole, la manière dont les informations, avis et soins sont transmis et perçus, mais également dans les standards de consultation, manière de la mener ou encore les matériels utilisés. Nous nous demandons ainsi, en quoi ces représentations sociales peuvent-elles influencer la perception du corps d'autrui, la qualité de la relation et la prise en soin dans le contexte médical institutionnel et libéral ?

Ainsi, l'étude de plusieurs verbatims présente l'intérêt de comprendre les raisons et explications qui peuvent être données à une situation qui, au premier abord, née lors d'une rencontre singulière entre un soignant et un patient. Cependant cette situation nous semble relever en réalité d'une problématique plus grande quant à l'existence de représentations sociales, de normes qui construisent le soin et la prise en charge des patients. Dans cette étude nous entendons le concept de représentations sociales au sens développé par Émile Durkheim

sous l'expression « *représentations collectives* »<sup>6</sup>. Son analyse a été reprise en 1961 par Serge Moscovici entraînant de nombreuses études, notamment celle de Denise Jodelet. C'est cette dernière définition que nous retenons pour cette étude : « *la représentation sociale est une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social.* »<sup>7</sup>. Ainsi nous postulons que les représentations sociales se retrouvent dans la prise en soin et se mêlent aux représentations spécifiques au domaine du soin, provoquant des erreurs de prise en charge et parfois l'oubli du patient. Le domaine médical ne peut se défaire de l'influence sociale. Afin de prouver cela, des corrélations entre les représentations sociales et le soin seront faites, en passant par l'élaboration d'une prévention qui nous apparaît également problématique. Une fois ces questionnements éthiques établis nous proposerons des pistes de prise en charge qui nous apparaissent adéquates.

Il est important d'indiquer que cette étude ne s'inscrit pas dans une analyse manichéenne présentant de bons ou de mauvais comportements mais uniquement de comprendre des situations problématiques dénoncées par certaines personnes et qui influencent la relation de soin. Nous sommes convaincus que la stigmatisation et la discrimination découlent de comportement intégrés dans une société donnée et qui, de fait, peuvent tout aussi bien venir de comportements conscients comme inconscients.

---

<sup>6</sup> DURKHEIM Emile, « Représentations individuelles et représentations collective », *Revue de Métaphysique et de Morale*, Tome VI, mai 1898, « *La vie collective, comme la vie mentale de l'individu, est faite de représentations* », p.6

<sup>7</sup> JODELET Denise (dir.), *Représentations sociales : phénomènes, concepts et théorie*, éd : Puf, 2003 (1ère éd. 1984)

# **PARTIE I- Vers l'analyse de la grossophobie médicale par l'étude de verbatims de patients et de soignants**

Cette étude s'inscrit dans l'analyse de verbatims de patients et de soignants permettant de mettre en évidence une situation principalement dénoncée par certains patients. Ainsi il en découle deux points qui sont apparus essentiels dans la compréhension de ces situations dénoncées. Le premier est l'affirmation d'un malaise ou d'une mésentente dans le soin, et le deuxième consiste en l'expression d'un rejet de soin ou d'un abandon qui semble notamment s'expliquer par une prise en charge jugée inefficace.

## **Chapitre 1- L'expression d'un malaise et d'une mésentente dans les soins : une situation en contradiction avec la notion de soin**

Dans ce premier chapitre il est apparu intéressant de traiter de la relation de soin qui nous apparaît inégale. En effet se joue-t-il dans les relations de soins des tensions humaines qui seraient propres au soin par l'existence d'une vulnérabilité ? En outre, la présence du corps gros peut-elle entraîner une stigmatisation susceptible de mettre à mal la relation de soin ?

### **I- La relation de soin en huis-clos et les limites de la rencontre avec autrui : une rencontre humaine qui peut ne pas se faire**

La rencontre entre un médecin et son patient fait suite à une demande émise par le patient dans le cas d'une problématique de santé. Cette rencontre se fait suivant diverses règles et notamment celles de la confidentialité<sup>8</sup>. Par conséquent, la plupart du temps il s'agit d'une rencontre en huis-clos entre deux personnes : médecin et patient. Georges Duhamel fût le premier à évoquer en 1934<sup>9</sup> le colloque-singulier, qui représente, aujourd'hui encore, ce dialogue interpersonnel entre le patient et son médecin, une conversation à part, régie par des règles et obligations précises, issues du serment d'Hippocrate. Ce concept, français, s'inscrit alors dans une médecine sociale, de confiance.

---

<sup>8</sup> La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 renforce la notion de confidentialité dans le soin en indiquant qu'il s'agit d'un droit des usagers et non seulement d'un devoir des professionnels de santé. Par exemple l'article L.1110-4 du CSP indique « *Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé [...] a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant.* »

<sup>9</sup> DUHAMEL, Georges, « Les excès de l'étatisme et les responsabilités de la médecine », *La revue des deux mondes*, vol.21, n°2, 15 mai 1934, pp 277-299.

En outre, la relation patient-soignant prend la forme d'un contrat juridique, certes tacite mais existant tout de même. En effet, les deux protagonistes ont des attentes, des droits et des devoirs, chacun d'eux consent au rôle qu'il va prendre envers l'autre<sup>10</sup>. De plus des règles particulières régissent cette relation et sont essentielles pour définir et appréhender la relation de soin. De fait, selon le professeur de philosophie Jean-Philippe Pierron, le cadre juridique doit être considéré comme un acteur tiers de la relation de soin, permettant de placer l'intime, convoqué par le patient, dans un cadre plus universel, un espace de reconnaissance mutuelle entre les sujets<sup>11</sup>. Le patient est ainsi érigé en sujet de droit et le soignant lui accorde une place importante en le considérant comme son égal. Ce cadre juridique se présente via l'affirmation du respect de différents principes. Se pose ainsi la nécessité d'une rencontre entre conscience et confiance. Pour que naisse une confiance mutuelle il est nécessaire de respecter un premier droit : le secret médical. Issu du serment d'Hippocrate, ce droit a été introduit dans les textes<sup>12</sup> et son irrespect en est sanctionné<sup>13</sup>.

L'élaboration d'une confiance mutuelle nécessite l'expression d'un autre principe, celui de l'expression d'un consentement libre et éclairé évoqué dans l'article L 1111-4 du Code de la Santé Publique<sup>14</sup>. Plus précisément, le consentement est exprimé dans un contexte où toutes pressions ou manipulations sont exclues. Le patient doit également recevoir toutes les informations nécessaires afin de donner un consentement en toute connaissance de cause. De fait, en France, le soignant doit obtenir le consentement d'un patient pour tout acte de soin, même le moins invasif. L'irrespect de ce devoir peut renforcer un déséquilibre de la relation mais également créer un climat d'insécurité ou de méfiance. Par exemple beaucoup de témoignages issus de notre enquête, indiquent un malaise du patient lorsque celui-ci doit monter sur la balance chez le praticien. En effet, outre les représentations négatives que porte cet instrument dans notre société, c'est d'autant plus le fait que la demande est comprise comme une injonction et non comme une demande que le patient pourrait refuser qui crée ce malaise. Cette situation peut déstabiliser la relation de soin, or les non dits ou le fait de ne pas oser contredire un soignant induit une incompréhension entre patient et soignant. Le soignant peut

---

<sup>10</sup> Article L.1110-8 du Code de la Santé Publique « *Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge...* »

<sup>11</sup> PIERRON, Jean-Philippe, *Vulnérabilité, pour une philosophie du soin*, éd : Presses universitaires de France, coll : La nature humaine, 2010 p.27

<sup>12</sup> Article L1110-4 CSP.

<sup>13</sup> Article 226-13 du Code pénal.

<sup>14</sup> Article L.1111-4 CSP : « [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

ne pas connaître le mal-être du patient et passer à côté en se focalisant sur la recherche de données médicales.

En outre, ces règles entrent dans la poursuite d'un objectif plus univoque qui est le respect de la dignité de la personne humaine. Ce principe est posé par l'article L.1110-2 du CSP en ces termes : « *la personne malade a droit au respect de sa dignité* ». Cette affirmation est claire mais paraît trop simple. En effet, le concept de dignité est issu de la philosophie. Ce concept est également rattaché à une réflexion en lien avec la chrétienté qui fait de l'humain un être vivant différent, voire même supérieur aux autres. Ceci s'explique par le fait que tout Homme est fait à l'image de Dieu. L'Humain est également la raison du sacrifice de Jésus, fils de Dieu. Ainsi par ce rapprochement avec le divin, tout homme est digne d'exister dans une parfaite égalité. Le droit reprend cela, en posant le respect de la dignité en tant que valeur universelle, applicable à toute personne tant qu'il est une personne humaine. L'exemple célèbre de l'arrêt du Conseil d'Etat du 20 octobre 1995 de Morsang-sur-Orge en est la preuve. En effet cet arrêt pose comme principe que le respect de la dignité de la personne humaine doit être regardé comme composant de l'ordre public et ce même si la personne concernée s'y oppose<sup>15</sup>. Par conséquent l'avis de l'individu ne peut s'opposer à la valeur intrinsèque de la dignité. Emmanuel Kant et Emmanuel Lévinas ont développé des valeurs similaires rattachées à la dignité de l'être humain, cependant il apparaît pertinent dans notre étude d'analyser leurs propos plus précisément dans une partie ultérieure à celle-ci<sup>16</sup>.

La relation de soin fonctionne selon un cadre de règles fondées sur des valeurs de respect de l'humain et de confiance, permettant de rééquilibrer la place du patient ainsi que d'apporter au soignant des clés pour appréhender cette rencontre qui est une pratique récurrente dans le soin. Georges Duhamel parle de cette rencontre de soin comme d'une relation d'homme à homme qui dépasse les rôles de soignant et soigné<sup>17</sup>. En outre, ce qui la rend singulière c'est

---

<sup>15</sup> Conseil d'Etat, Assemblée, 27 octobre 1995, n°136727. Dans cette affaire il s'agissait du maire de la commune qui avait interdit les spectacles de lancé de nain. Or la personne concernée par ce lancé s'y était opposée car il s'agissait là de son emploi. « *Considérant que l'attraction de "lancer de nain" consistant à faire lancer un nain par des spectateurs conduit à utiliser comme un projectile une personne affectée d'un handicap physique et présentée comme telle ; que, par son objet même, une telle attraction porte atteinte à la dignité de la personne humaine ; que l'autorité investie du pouvoir de police municipale pouvait, dès lors, l'interdire même en l'absence de circonstances locales particulières et alors même que des mesures de protection avaient été prises pour assurer la sécurité de la personne en cause et que celle-ci se prêtait librement à cette exhibition, contre rémunération* »

<sup>16</sup> Partie II, Chapitre 2, II- la place de l'intimité et de dignité du patient face à une normalisation et mécanisation des soins

<sup>17</sup> DUHAMEL Georges, *Problème de l'heure*, éd: Mercure de France 1957

la relation en elle-même qui se crée à chaque pratique qui convoque des personnes diverses, la relation étant de fait toujours différente. Se présente ainsi une première limite qui est celle de considérer chaque rencontre comme unique, en partant de zéro et en recommençant tout le processus de contact. Or est-il vraiment possible qu'une rencontre, même dans le domaine médical, soit totalement exempt de représentations ? Ceci paraît compliqué quand nous savons que les relations avec autrui sont influencées par des expériences vécues auparavant. De fait, le colloque singulier est souvent critiqué, perçu par certains comme un fantasme de la relation de soin idéale, garantissant une neutralité et une qualité égale à chacun ce qui semble quasiment impossible. En effet la relation humaine est construite d'interactions et de représentations dont la relation de soin n'est pas exempte, le domaine du soin ne pouvant se réduire uniquement à des compétences techniques ou matérielles.

Nous pourrions dire que la rencontre fait s'affronter deux personnes et donc deux points de vue différents. En effet, comme le soulève la philosophe française Françoise Dastur, la *rencontre* contient le mot « contre » indiquant un face à face qui se crée et qui a un impact sur le sujet lui-même.<sup>18</sup> Ainsi la rencontre a beaucoup intéressé la réflexion philosophique tant les enjeux sont importants et la compréhension complexe. Dès l'Antiquité Aristote présente l'Homme comme un être social plutôt que solitaire<sup>19</sup>. Cependant la philosophie a vécu un bouleversement dans cette évidence avec la Renaissance entraînant une volonté d'individualisation des individus. Par conséquent, la réflexion s'est orientée vers une compréhension de l'impact de la rencontre par l'expérience intérieure. De fait, les réflexions autour de la rencontre sont diverses car, pour citer Françoise Dastur, « *l'expérience de la rencontre peut être vécue de manière différente selon la position que l'on adopte à son égard* »<sup>20</sup>. En effet la rencontre est d'une part différente à chaque fois selon la personne et les conditions dans lesquelles elle se situe, mais l'auteure précise ici que l'expérience qui ensuite est pensée par la personne varie également en fonction de la manière dont elle est perçue.

---

<sup>18</sup> DASTUR Françoise, « *L'expérience de la rencontre* », *L'information psychiatrique*, vol. volume 89, no. 6, 2013, p. 443-451. « *Car il s'agit alors vraiment de rencontrer autrui, c'est-à-dire, comme ce mot l'indique bien – il contient en effet le mot “contre” – de faire face à l'autre, voire de s'opposer à lui en toute indépendance et en toute liberté, mais aussi, selon l'autre sens du mot “contre”, de venir au contact de l'autre* », p.444

<sup>19</sup> ARISTOTE, *La politique*, éd : Poche, 2001. «[...] que naturellement l'homme est un être sociable, et que celui qui reste sauvage par organisation, et non par l'effet du hasard, est certainement, ou un être dégradé, ou un être supérieur à l'espèce humaine. C'est bien à lui qu'on pourrait adresser ce reproche d'Homère : “Sans famille, sans lois, sans foyer” ». p.13

<sup>20</sup> DASTUR Françoise, « *L'expérience de la rencontre* », *L'information psychiatrique*, vol. volume 89, no. 6, 2013, p.445



Jean-Paul Sartre considère la rencontre d'autrui comme la perception d'une certaine rivalité, autrui apparaissant capable de s'accaparer ce qui semble m'appartenir<sup>21</sup>. Emmanuel Lévinas a également évoqué la rencontre avec autrui en ce qu'elle bouleverse le sujet. Cela dit il diffère de la théorie de Jean-Paul Sartre car, pour lui, autrui invoque le sujet dans le sens où la rencontre fait se questionner le sujet sur lui-même, sur sa propre altérité qui est confrontée à celle d'autrui<sup>22</sup>. Lorsqu'autrui lui fait face -ce qui est inévitable- le sujet découvre l'altérité qu'il lui renvoie, qui est un choc. Le sujet prends alors conscience de lui mais également de la différence que présente autrui en imposant la vision de son visage. Lévinas parle ainsi du « choc de la rencontre »<sup>23</sup>. Les théories de ces deux philosophes, montrent que la rencontre avec autrui se vit comme un bouleversement de la sphère individuelle du sujet. La rencontre avec autrui nous apparaît donc comme une expérience inévitable mais très complexe à la fois.

L'apport phénoménologique de Maurice Merleau-Ponty donne une autre compréhension de la rencontre. Selon lui, la rencontre ne peut être un choc puisque l'individu vit les rencontres avec autrui dès le début de son existence.<sup>24</sup> Cela dit la rencontre peut mettre à mal le sujet car celui-ci doit se présenter entièrement à autrui : en tant que corps-sujet. L'auteur parle des autres en ce sens : « je ne les connais qu'à travers leurs regards, leurs gestes, leurs paroles, en un mot à travers leur corps »<sup>25</sup>. En effet, même si autrui ne s'y réduit pas, c'est d'abord par son apparence corporelle que le sujet le rencontre. Ainsi, l'apparence corporelle peut être un frein dans le mécanisme de rencontre lorsque celle-ci interpelle, l'altérité alors présentée est forte et peut complexifier la rencontre. Cela dit Merleau-Ponty va plus loin et indique que l'expérience de la rencontre se poursuit avec la communication<sup>26</sup>. Selon lui, la discussion avec autrui est le moment où son altérité apparaît et donc élément déclencheur d'une véritable rencontre.

Cependant la discussion est présentée comme une situation complexe par Françoise Dastur qui soulève deux écueils à éviter pour mener à bien une discussion: tout d'abord il est nécessaire

---

<sup>21</sup> SARTRE Jean-Paul, *L'être et le néant*, éd : Gallimard, Paris, 1943, p.722. « [...] Ainsi l'apparition parmi les objets de mon uni-vers d'un élément de désintégration de cet univers, c'est ce que j'appelle l'apparition d'un homme dans mon univers.[...] Ainsi tout à coup un objet est apparu qui m'a volé le monde. [...] », p.295

<sup>22</sup> LEVINAS Emmanuel, *Altérité et transcendance*, éd : LGF, 2006.« Le conatus essendi naturel d'un Moi souverain est mis en question devant le visage d'autrui », p.52

<sup>23</sup> LEVINAS Emmanuel *Totalité et infini. Essai sur l'extériorité (1961)*, éd : Le Livre de Poche, 2003, p.32

<sup>24</sup> MERLEAU-PONTY Maurice, *Parcours, 1935-1951*, éd : Verdier philosophie, 1997, « [...] on rend compréhensible la perception d'autrui si l'on suppose que la psychogenèse commence par un état dans lequel l'enfant ignore soi-même et autrui en tant que différents. », p.179

<sup>25</sup> MERLEAU-PONTY, *Causeries, 1948*, éd : Broché, 2002, p.44

<sup>26</sup> MERLEAU-PONTY Maurice, *Phénoménologie de la perception*, éd : Gallimard, Paris, 1976. « Dans l'expérience du dialogue, il se constitue entre autrui et moi un terrain commun, ma pensée et la sienne ne font qu'un seul tissu, mes propos et ceux de mon interlocuteur sont appelés par l'état de la discussion, ils s'insèrent dans une opération commune dont aucun de nous n'est le créateur. », p.407

de parler le même langage en donnant la même signification aux mots et ensuite d'éviter des phrases toutes faites qui sont plutôt de l'ordre du bavardage que de la discussion<sup>27</sup>. Ce premier point nous apparaît important à relever car une des limites de la relation de soin réside dans le fait que le soignant et le patient ne parlent pas toujours le même langage, l'un étant expert et l'autre profane. Ceci peut mener à une relation de soin qui ne se fait pas correctement avec un déséquilibre dans la relation. Or pour Merleau-Ponty, ce qui fait la rencontre c'est l'affirmation de deux points de vue par une discussion animée. De cette manière, même dans le soin les deux points de vue doivent s'exprimer. De plus, l'apport de Merleau-Ponty est intéressante car selon lui la rencontre ne peut pas être réduite à un face à face individuel. En effet, autour de cette rencontre en apparence duale, se trouve une multitude d'autres êtres humains qui, malgré leur absence, influencent cette rencontre<sup>28</sup>. Il s'agit là du contexte social. Ceci nous permet de comprendre comment le colloque-singulier peut être critiqué et mis à mal car penser la rencontre de soin comme neutre est un fantasme.

*« [Une pneumologue], le 1<sup>er</sup> février dernier, se moquait de moi parce que j'avais des apnées du sommeil très prononcées, alors même que l'essentiel de son activité consiste à traiter cette pathologie et qu'il m'avait expliqué un an et demi plus tôt qu'il ne comprenait pas que je sois encore en vie. Comme si cela ne suffisait pas, il m'a également montré à quel point il était surpris que je sois marié avec mon poids et que j'aie un emploi, avant de se montrer rassuré pour une raison que j'ignore parce que je travaillais à mon compte. La consultation a été assez effroyable, mais je ne peux pas dire que ce spécialiste était malveillant. Il était juste persuadé que je n'avais aucune valeur et essayait "charitablement" de me reconforter, sans doute persuadé qu'il agissait par grandeur d'âme. Mais ces tentatives cachent bien mal qu'il ne s'agit là que d'essayer de réparer un mal qu'il a fait, en général en l'empirant, et que ce mal n'aurait pas lieu d'être s'il avait tout simplement montré du respect, ou une indifférence professionnelle en premier lieu ».*<sup>29</sup>

---

<sup>27</sup> DASTUR Françoise, « L'expérience de la rencontre », *L'information psychiatrique*, vol. volume 89, no. 6, 2013, p. 443-451. « Le véritable dialogue doit donc éviter deux écueils : il faut, d'une part, parler la même langue que l'autre pour entrer en rapport avec lui et donc donner la même signification aux mêmes mots ; mais on ne peut, d'autre part, se contenter de phrases toutes faites, de clichés, comme c'est le cas dans le bavardage, car alors nous ne communiquons pas vraiment, ou ne disons que des choses très générales qui ne s'adressent pas à l'être particulier qui est devant nous. », p.449

<sup>28</sup> MERLEAU-PONTY Maurice, *Parcours, 1935-1951*, éd : Verdier philosophie, 1997, « En somme, l'élaboration intellectuelle de notre expérience du monde est constamment portée par l'élaboration affectée de nos relations interhumaines », p.170

<sup>29</sup> Témoignage recueilli à la suite de la diffusion sur internet (via des réseaux sociaux) d'un questionnaire de recherche élaboré dans le cadre de cette étude. Ce questionnaire était soumis à l'affirmation d'un consentement libre et éclairé et donnait la possibilité au participant d'envoyer par mail un témoignage plus détaillé de leur expérience. (Témoignage reçu par mail le 23/04/2019)

Ce témoignage de patient rencontrant un médecin, met en évidence que le domaine médical n'est pas exempt de toutes interactions sociales, bien au contraire. De fait les acteurs qui se rencontrent dans ce domaine fonctionnent selon des représentations sociales qui peuvent parfois mettre à mal cette rencontre. En effet, dans ce témoignage la personne dénonce les propos d'un soignant qui sont déplacés car n'ayant aucun rapport avec la relation de soin, mais surtout qui s'inscrivent dans l'expression d'idées reçues sur la personne en situation d'obésité. Le patient exprime que cette situation a engendré un mal être chez lui qui dépasse le cadre professionnel. Il nous donne alors l'image d'un soignant qui n'apparaît pas fondamentalement malveillant mais qui laisse les représentations sociales interagir dans le soin.

Nous comprenons à travers ces divers points de vue permettant de saisir le concept de la rencontre que cette dernière est loin d'être aisée et pourtant elle est inévitable dans le soin. La prise en compte de tous les enjeux humains et médicaux qu'elle soulève le sont tout autant afin de lutter contre une situation de vulnérabilité qui semble être inhérente au soin.

## **II- Le concept de vulnérabilité : les reliquats d'une médecine paternaliste face à l'émergence d'un renforcement des droits des patients**

Comme nous venons de l'indiquer, pour que la rencontre se fasse au mieux, découlant ainsi sur une prise en charge efficace, il est essentiel qu'une relation de confiance naisse. Cette condition a été reprise comme caractéristique du colloque-singulier par Louis Porte, président du Conseil National de l'Ordre des médecins de 1943 à 1949. Or selon la sociologue Anne-Chantal Hardy, le colloque-singulier est un mythe<sup>30</sup> au sens où il ne prend pas en compte les représentations sociales qui le traversent, cette relation serait donc identique à toute autre interaction, et donc influencée par des représentations sociales ou institutionnelles qui rendent impossible une relation symétrique entre un médecin et un patient. Ce déséquilibre peut être avéré par des restrictions de parole liées à la méfiance, l'inquiétude ou la peur, parfois renforcées par l'existence de propos forts voire humiliants.

*« 2ème RDV: Mes symptômes sont très lourds et signes d'un dérèglement hormonal. Elle ne m'ausculte pas, elle me pèse juste. Elle me dit que : [...] Je mange forcément mal parce que ma prise de poids ne vient pas de nul part (je prépare mes plats de la semaine à l'avance, et je suis loin d'abuser) ; Que je n'ai rien, que tout est dans ma tête parce que je veux me rendre stérile comme mon mari. [...] Je me suis vraiment sentie humiliée par cette gynéco qui n'a fait que m'insulter [...].*

---

<sup>30</sup> HARDY Anne-Chantal Hardy, *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, éd: Presses de l'EHESP, 2013. 304 p

*Je suis contente d'avoir pris la décision de ne plus y aller, je l'ai aussi signalée au médecin qui me l'a recommandée, mais je ne pense pas aller plus loin. Je sais que les recours contre des médecins, à moins d'avoir perdu un membre ou un organe il y a peu de chances que ça aboutisse, alors "juste pour ça" je ne pense pas qu'il y ait quoi que ça soit de fait contre cette odieuse femme. »*

Ce témoignage met en exergue un déséquilibre qui se renforce par le comportement d'un soignant pointant du doigt des comportements supposés chez une patiente qu'elle n'a vu que deux fois. La patiente parle d'humiliation voire d'insulte. Elle relate ainsi une expérience négative qui fait ressortir un réel désarroi puisqu'en plus de s'être sentie inférieure pendant la consultation, cette situation la poursuit avec l'idée qu'il n'y a rien qu'elle puisse faire face à ce comportement médical. Nous observons que penser le patient uniquement dans le cadre du colloque-singulier revient finalement à nier son autonomie.

La relation de soin, découle d'une demande d'aide émanant d'un patient. Cette position est elle-même une situation de vulnérabilité. La vulnérabilité se comprend comme « *celui qui peut être blessé* », le vulnérable, mais également comme « *celui qui blesse* » le vulnérant, venant de l'adjectif *vulnerabilis*<sup>31</sup>. Cette double caractéristique met en avant le rapport de force qui existe dans les relations humaines. Les vulnérabilités peuvent s'expliquer par des caractéristiques physiques mais également psychologiques selon Jean-Yves Carlier, professeur de droit international<sup>32</sup>. Cette polysémie d'entendement se comprend en droit car la situation de vulnérabilité peut aggraver une peine ou bien permettre l'évolution de protections ou de droits. Concernant ce second point, le droit, a utilisé le concept de vulnérabilité afin de légitimer l'existence de droits de l'Homme ainsi qu'une obligation de les respecter. Le postulat est que toute personne est vulnérable mais que certains le sont plus que d'autres, devant ainsi nécessiter de droits appropriés<sup>33</sup>. De fait, l'acceptation et le développement du concept de vulnérabilité nous apparaît être un fondement des valeurs de nos sociétés démocratiques et plus précisément, de toute démarche éthique. C'est ainsi que se sont développés les principes inhérents à la relation de soin, notamment mis en avant suites aux cruautés perpétrées durant la Seconde Guerre Mondiale sur des sujets placés en situation de vulnérabilité. Outre cet exemple, la relation de soin est perçue comme une relation inégalitaire qui accentue la vulnérabilité

---

<sup>31</sup> Dictionnaire Littré, « Vulnérable ». [Disponible en ligne : <https://www.littre.org/>]

<sup>32</sup> CARLIER Jean-Yves, « Des droits de l'homme vulnérable à la vulnérabilité des droits de l'homme, la fragilité des équilibres », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, 2017, Vol. 79, p.175-204

<sup>33</sup> BESSON Samantha, « La vulnérabilité et la structure des droits de l'homme. L'exemple de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme », p.59, dans BURGORGNE-LARSEN Laurence (dir.), *La vulnérabilité saisie par les juges en Europe*, éd : Pedone, Paris 2014, .

nécessitant d'être prise en compte. Un patient relate notamment son ressenti face à un comportement de soignant jugé inadéquat :

« [...] Lui intimer l'ordre d'arrêter, quitte à me montrer menaçant, n'aurait fait qu'empirer les choses et m'aurait empêché de mener à bien la démarche que je souhaitais faire (j'avais essayé d'avoir un rendez-vous chez un autre spécialiste, mais on m'a annoncé six mois d'attente). Partir aurait provoqué le même résultat. Envoyer une lettre à l'Ordre... on sait tous qu'il ne se serait rien passé. Bref, ces situations sont courantes, et elles donnent tellement l'impression d'être pris au piège, que je peux comprendre les gens qui se démedicalisent pour cette raison. »

Là encore le patient révèle des situations de soin déjà inégalitaires de part l'existence d'une situation de vulnérabilité inhérente aux soins mais celle-ci est renforcée par le sentiment « d'être pris au piège », aucune action ne leur semble envisageable pour stopper ou dénoncer cela.

Cette relation dénoncée d'un soignant tout puissant face à un patient vulnérable rappelle le modèle paternaliste qui s'est construit lorsque la médecine était perçue à travers l'image emblématique du médecin de famille qui a le savoir et auquel le patient accorde toute sa confiance. En effet, Louis Portes, président du Conseil de l'Ordre en 1943 explique « *Au sens exact du terme, [le patient] ne voit plus clair en lui-même, car entre lui-même observant son mal et lui-même souffrant de son mal, s'est glissée une opacité et parfois même une obscurité totale ; tous ses pas dans sa connaissance de lui-même sont devenus trébuchants comme ceux d'un enfant* »<sup>34</sup>, légitimant ainsi l'imposition de la réflexion du soignant sur celle du patient. Le médecin est alors le garant de l'intérêt du patient qui n'y connaît rien et qui peut donc être infantilisé, à l'image du père de famille qui régit sa famille d'une main de fer. D'après Gerald Dworkin, le paternalisme se définit comme « *une intervention sur la liberté d'action d'une personne, se justifiant par des raisons exclusivement relatives au bien-être, au bien, au bonheur, aux besoins, aux intérêts ou aux valeurs de cette personne contrainte* »<sup>35</sup>. Cette action limite alors la liberté et l'autonomie du patient. Or elle est actuellement largement dénoncée sous l'inspiration de la réflexion de John Locke qui indique la nécessité d'une gouvernance par

---

<sup>34</sup> PORTES Louis, « *Du consentement du malade à l'acte médical* », communication à l'Académie des sciences morales et politiques, 30 janvier 1950, repris dans le recueil, *À la recherche d'une éthique médicale*, Paris, éd : Masson & PUF, 1954, p.161

<sup>35</sup> DWORKIN Gerald, « *Paternalism* », *The Monist*, 56, janvier 1972, p. 65. Traduction de JAUNAIT Alexandre, « *Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient* », *Raisons politiques*, 2003, n°11

consentement, limitant les privations de liberté et d'autonomie des sujets<sup>36</sup>. En outre, même si le droit vient renforcer de différentes manières une rupture avec ce modèle, il se retrouve encore dans certaines relations de soin<sup>37</sup>.

Ces reliquats peuvent mettre à mal la relation puisqu'il devient complexe pour le soignant et le patient de se considérer comme des alter ego. « Alter », « l'autre » et « ego », « je » représente l'autre moi-même. En ce sens je reconnais autrui comme égal à moi-même, un être humain conscient. Au regard du fonctionnement du modèle paternaliste il paraît évident qu'une telle conception est complexe dans le domaine du soin. En outre, cette conception est d'autant plus complexe qu'elle nécessite un équilibre ; À trop penser autrui comme son semblable, il y a un risque de nier la différence qu'il représente. De fait l'alter ego est un être qui est similaire mais qui présente une altérité qui lui est propre et qui doit être respectée.

C'est en ce sens que se comprends une volonté de s'émanciper de la tutelle médicale en responsabilisant le patient face à sa propre santé. Cependant nous en observons également une limite car une autonomisation du patient, renforcée par la loi du 4 mars 2002 et réaffirmée par la loi du 2 février 2016<sup>38</sup>, risque d'engendrer un processus de culpabilisation si elle n'est pas correctement menée.

Les apports de la loi sont importants pour mettre en avant une volonté de dépasser des déséquilibres existants dans la relation de soin, cependant ils ne sont pas suffisants pour les dépasser. Se présentent alors de nouvelles normes de la relation qui se mêlent aux anciennes et risquent de poser des contradictions dans la relation<sup>39</sup>. Par exemple le soignant peut être perdu entre un positionnement de protection, revenant à ne pas fournir toute les informations, et entre une nécessité de considérer le patient comme autonome en lui donnant toutes les informations pour gérer seul la maladie. De plus, une information peut être bonne à dire sur le plan thérapeutique mais pas sur le plan éthique. C'est notamment le cas de la question du poids. Le poids est un sujet tabou dans notre société et un soignant peut imaginer que le fait d'aborder ce

---

<sup>36</sup> LOCKE John, *Second Traité du gouvernement civil*, cité dans MANIN Bernard, *Principes du gouvernement représentatif*, éd : Flammarion, 1996. « *Les hommes étant, par nature, tous libres, égaux et indépendants, nul ne peut être tiré de cet état et soumis au pouvoir politique d'un autre, sans son propre consentement* », p. 115.

<sup>37</sup> La loi Huriet de 1988 sur la participation aux recherches biomédicales consacre tout le chapitre 2 au « *consentement de la personne* », de même que les lois de bioéthique de 1994 : Article 16-11 : « [...] *Le consentement de l'intéressé doit être préalablement et expressément recueilli. Lorsque l'identification est effectuée à des fins médicales ou de recherche scientifique, le consentement de la personne doit être au préalable recueilli* ». Ou encore la loi du 4 mars 2002 en renforçant les droits des patients.

<sup>38</sup> L'Article L.1111-4 du CSP débute en indiquant que « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.* ». Le code affirme ici le droit à l'information ainsi qu'une prise de décision qui doit être communément établie entre le patient et le soignant.

<sup>39</sup> FAINZANG Sylvie, « *Champ-contrechamps. La relation médecin-malade entre anciennes et nouvelles normes* », *Revue Anthropologie et Sociétés*, Vol 37, N°3, 2013 p.83-97.

sujet lors de la consultation soit délicat et peu éthique, plaçant le plus souvent le patient dans une situation de malaise ou de colère. Or l'importance thérapeutique se fait ressentir puisqu'il est du devoir du soignant d'avertir le patient quant à de potentiels problèmes de santé. La situation de surpoids ou d'obésité est ainsi évoquée à travers les risques qui peuvent y être associés avec des conseils ou injonctions à perdre du poids, comme nous pouvons le voir à travers les verbatims issus de notre enquête. Ces indications servent à avertir le patient mais parfois sans qu'une aide ne soit proposée. Par conséquent, cette information médicale présente-t-elle un réel intérêt thérapeutique lorsqu'aucune solution ne l'accompagne ? Il apparaît nécessaire de faire la mesure entre le bénéfice de la transmission de cette information et le risque qu'elle représente quant à l'altération de la relation.

Dans l'affirmation de cette nouvelle norme, le patient peut lui-aussi se retrouver dans une situation complexe avec une possibilité offerte par ces nouveaux droits de se positionner comme acteur du soin face à une image encore présente du soignant comme autorité.

La relation de soin est, de manière générale, influencée par des représentations socialement construites. Cependant dans la prise en charge du poids, nous observons la présence d'autres représentations sociales spécifiques qui viennent s'ajouter dans une relation déjà particulière. De même, par exemple une infirmière a déclaré ne pas aimer prendre en charge des patients en situation d'obésité, se sentant alors inutile car « *ce ne sont pas de vrais malades* »<sup>40</sup>. En outre, un patient relate une mauvaise expérience vécu avec une médecin lors d'un entretien d'autorisation au don de sang :

*« elle m'a demandé texto "si je faisais quelque chose pour mon cas". J'ai répondu "non", du coup elle m'a dit mots pour mots que "les gens comme moi la désespéraient". Le tout sur un ton d'une incroyable méchanceté ».*

Ici, la relation est influencée par les représentations sociales qui agissent sur le comportement de la soignante, l'incitant à avoir des propos moraux et humiliants pour le patient. Ces situations surprennent car nous avons l'image du soin qui doit s'inscrire dans la bienveillance liée à la situation de vulnérabilité qui préexiste. En outre, Emmanuel Levinas indique que la perception de la vulnérabilité d'autrui entraîne le sujet vers une responsabilité qui se traduit par le soucis de l'autre<sup>41</sup>. Or, pour cela, il faut que la vulnérabilité soit perçue par

---

<sup>40</sup> Propos recueillis à l'oral lors d'une discussion avec une infirmière dans le milieu hospitalier.

<sup>41</sup> LEVINAS Emmanuel, *Ethique et Infini*, éd : Le livre de poche, 1984. « [...] il y a dans le visage une pauvreté essentielle ; la preuve en est qu'on essaie de masquer cette pauvreté en se donnant des poses, une contenance. Le

le protagoniste. Cependant dans notre sujet, l'existence de préjugés limite la perception de la vulnérabilité du patient. Le philosophe et psychiatre Karl Jaspers parle de « *situations limites* »<sup>42</sup> qui sont marquées par le stigmate, empêchant ainsi la reconnaissance d'autrui comme vulnérable. Le philosophe fait le constat de la possibilité qu'un eugénisme négatif entre dans la société en qualifiant certaine vie comme ne méritant pas d'être vécue. Une telle possibilité a été totalement annulée par le droit français dans le cadre du célèbre arrêt Perruche en 1989 rejetant le fondement d'un préjudice sur le simple fait d'être né ce qui reviendrait à qualifier que certaines vies ne valent pas d'être vécues<sup>43</sup>. Cependant l'existence d'une telle justification juridique n'empêche pas sa croyance dans les représentations sociales. Ainsi, des vies qui apparaissent futiles donnent l'idée d'une valeur différente. Ces croyances se retrouvent dans le soin, souvent sous la forme de jugements moraux, et modifient la relation de soin.

### III- Le fonctionnement de la stigmatisation : la rupture dans le rapport à la norme

Le jugement moral peut se retrouver dans le domaine du soin. Dans la prise en charge du poids, certaines personnes peuvent penser, par le biais de la stigmatisation, que la personne est en situation d'obésité par sa faute notamment par un manque d'efforts ou de volonté.

*«[...] je ne le suis devenue qu'au moment de la ménopause, qui a coïncidé avec l'arrêt du tabac [...]. Il m'a fallu ça pour remettre en question mes croyances sur le fait que les personnes obèses se nourrissent mal, ou ne font pas assez d'exercice... Jusqu'à l'âge de 45 ans je mangeais ce que je voulais et je pesais toujours 52 kg, quoique je fasse (sauf lors de mes grossesses, mais je perdais le poids gagné sans aucun effort). Il ne s'agit pas de malbouffe dans mon cas, le reste de la famille est mince....et je déteste me voir jugée comme ça par des soignants qui ne connaissent rien de mon histoire. le "Vous n'avez qu'à perdre quelques kilos" lancé dédaigneusement m'a humiliée terriblement. Comme si je n'avais jamais essayé, comme s'il suffisait de le vouloir ! »*

Ce témoignage présente un intérêt particulier car une patiente explique avoir pris conscience du fait qu'elle agissait et pensait par le biais des représentations sociales. Or ce n'est qu'en étant elle-même dans une situation d'obésité qu'elle a pu se rendre compte de cela et être fortement impactée par les propos des soignants. La patiente parle également d'humiliation car

---

*visage est exposé, menacé, comme nous invitait à un acte de violence. En même temps, le visage est ce qui nous interdit de tuer. », p.90*

<sup>42</sup> JASPERS Karl, *Introduction à la philosophie*, éd. Poche, trad. Jeanne Hersch, Paris, 2001, 188 p.

<sup>43</sup> Cour de Cassation, Assemblée plénière, 17 novembre 2000, n°99-13.701. « *Que, si un être humain est titulaire de droits dès sa conception, il n'en possède pas pour autant celui de naître ou de ne pas naître, de vivre ou de ne pas vivre ; qu'ainsi, sa naissance ou la suppression de sa vie ne peut pas être considérée comme une chance ou comme une malchance dont il peut tirer des conséquences juridiques »*



elle ne se sent pas comprise, rabaissée à une simple injonction de volonté. De cette manière, nous comprenons que chaque acteur de la société est pris dans un processus qui le pousse à penser selon des représentations sociales qui influencent les comportements. Erving Goffman a notamment pensé cela par l'analyse du mécanisme de la stigmatisation.

La stigmatisation, dont l'origine latine *sigma* signifiant marqué au fer rouge<sup>44</sup>, peut se comprendre de deux façons. Au sens propre, il s'agit d'une mise en évidence d'un trait particulier qui entraîne une distinction par la marque d'un stigmaté. Au sens figuré il s'agit de « *dénoncer, critiquer publiquement quelqu'un ou un acte que l'on juge moralement condamnable ou répréhensible* »<sup>45</sup>. Cet acte transforme ainsi une caractéristique particulière, qui porte un discrédit social, en une marque péjorative, catégorisant une personne ou un groupe comme *déviant*s. A notre sens, la stigmatisation est, souvent la conséquence d'une désinformation assimilée à l'existence de stéréotypes portant sur un sujet donné.

Nous définissons le stéréotype selon la proposition introduite par le journaliste américain Walter Lippmann en 1922 évoquant « *Les images dans notre tête qui médiatisent notre rapport au réel* »<sup>46</sup>. L'auteur décrit des idées reçues, des représentations sociales caricaturales solides et figées dans les pensées d'une société qui mènent à une catégorisation. Ces images viennent de l'extérieur et façonnent les comportements des individus. Cette idée se retrouve chez le sociologue Erving Goffman<sup>47</sup> qui cherche à expliquer la stigmatisation qu'il relève au coeur des interactions sociales. Selon lui ces images créent une manipulation de la réalité qui engendre un écart entre « *identité sociale virtuelle* » et « *identité sociale réelle* »<sup>48</sup>. Cependant l'auteur dépasse l'explication du stéréotype et l'associe à un attribut car cela fait apparaître un stigmaté. Ces stigmates apparaissent alors selon David Le Breton comme des « *signes fatals de travers moraux* »<sup>49</sup> car un jugement moral y est directement rattaché.

Une fois le stigmaté isolé, l'individu est totalement réduit à ce stigmaté et les préjugés qui l'accompagnent le définissent, le stigmaté étant la seule qualification sociale retenue. Une étiquette est alors posée afin d'identifier une personne ou un groupe. La théorie de l'étiquetage est notamment élaborée par Howard Becker en 1963. Cet auteur considère la déviance comme

---

<sup>44</sup> Dictionnaire Littré, « *Stigmatiser* », [Disponible en ligne : <https://www.littre.org/definition/stigmatiser>]

<sup>45</sup> Dictionnaire Larousse, « *Stigmatiser* », [Disponible en ligne : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stigmatiser/74714>]. (Consulté le 01/05/19).

<sup>46</sup> LIPPMANN Walter, *Public Opinion*, éd: Greenbook Publications, LLC, 2010, (1er éd: 1922).

<sup>47</sup> GOFFMAN Erving, *Stigmaté, les usages sociaux des handicaps*, éd : éditions de minuit, 1975, Paris, (1er éd. Stigma : Notes on the management of spoiled identity, Upper Saddle River, 1963).

<sup>48</sup> GOFFMAN, *op. cit.* p.12.

<sup>49</sup> LE BRETON David, *Sociologie du corps*, éd. PUF, 9ème édition, coll. Que sais-je ?, 2016

une construction sociale. De fait, selon lui, un caractère n'est déviant que parce que des personnes le stigmatisent comme tel<sup>50</sup>. L'étiquette n'existe que par la présence de représentations sociales propres à une société donnée. Cette étiquette est alors connue et acceptée par tous, elle devient donc la caractéristique principale définissant une identité. C'est en ce sens que E. Goffman pose le postulat que les relations sociales façonnent l'identité individuelle. Selon lui, le moi est pluriel se produisant à chaque instant au gré des interactions sociales. Il ne s'agit pas d'une définition stricte et unique de l'identité aux travers des interactions sociales, mais d'une possibilité existante de moduler l'identité d'un individu selon les rôles et expériences qui lui sont donnés à vivre par le plus grand nombre.

Lorsque l'individu est réduit à son stigmate il apparaît alors inférieur aux autres individus ce qui instaure un rapport de force<sup>51</sup>. En effet, la stigmatisation vise à mettre en évidence ce qui sort de la norme socialement établie. Nous comprenons donc que la stigmatisation engendre une *distance sociale*<sup>52</sup> menant à une discrimination. La discrimination s'inscrit dans l'idée de traiter différemment quelqu'un, ce qui cause la privation de quelque chose à laquelle il a droit. La discrimination renforce la stigmatisation.

E. Goffman va plus loin dans son explication de la stigmatisation avec une étape non évoquée jusqu'alors. Selon lui, à la suite de ces premières phases, il importe de noter que le sujet intériorise lui-même le stigmate et la dévalorisation sociale qu'il entraîne. Le sujet entre alors dans un cercle de culpabilisation et de rejet de soi, légitimé par ce que les regards extérieurs lui font ressentir. L'auteur explique cela par le fait que le sujet fait lui-même partie de cette société et s'est donc construit avec les mêmes stéréotypes. Le phénomène de stigmatisation s'alimente ainsi lui-même puisque l'individu va suivre le comportement à l'image de ce que l'on pense de lui<sup>53</sup>. La situation intégrée par tous devient une norme.

Pour aller plus loin, nous pourrions parler d'une certaine normalisation de l'anormal. En effet, les catégories délimitées par le mécanisme de stigmatisation s'identifient à des normes qui leurs sont propres et qui peuvent être accentuées par l'impact des politiques et des institutions elles-mêmes productrices de normes. En effet les institutions dominantes telles que la justice, la police, l'hôpital ou encore l'école formulent des représentations qu'elles accentuent

---

<sup>50</sup> HOWARD Becker, *Outsiders. Études de la sociologie de la déviance*, éd: Métailé, 1985 (1ère éd. 1963)

<sup>51</sup> LINK Bruce G. et PHELAN Jo C., « Conceptualizing stigma », *Annual Review of Sociology*, 2001, p.363-385

<sup>52</sup> BOGARDUS Emory S., « Measuring social distances », *Journal of Applied Sociology*, 1925, p.299-308.

<sup>53</sup> WELLS L.Edward, « Theories of deviance and the self-concept », *Social Psychology*, 1978, p.189-204.

par la suite en les promouvant ou en les médiatisant<sup>54</sup>. Ainsi, les actes de stigmatisation se font ressentir dès l'enfance. Une étude en psychologie indique que l'intériorisation et l'application des préjugés est décelable dès l'âge de 3 ans<sup>55</sup>. La professeure de psychologie en Suisse Evelyne Thommen explique que dès que l'enfant est socialisé, il intègre des stéréotypes car ils sont une manière simple d'appréhender le monde et de plus, ils sont véhiculés dans la société. L'enfant reproduit donc ce qu'il perçoit autour de lui. Dans le cadre d'un numéro spécial de l'émission de télévision Suisse « *Dans la tête de...* », les équipes ont mis en oeuvre un test de questions réalisé sur six enfants âgés de 4 à 6 ans, afin de déceler l'existence de stéréotypes chez des enfants<sup>56</sup>. A travers leurs réponses, les enfants interrogés indiquent, par exemple, que l'enfant gros consomme trop de sucreries, qu'il est « rigolo » mais qu'il faut faire attention à lui car il peut bousculer tout le monde. Une vision assez négative est décelée face à l'image de l'enfant gros. Or lorsque les enfants doivent expliquer ces réponses ils restent bouche bée<sup>57</sup>. Evelyne Thommen comprend totalement cette réaction puisque un stéréotype ne s'explique pas étant donné qu'il s'agit d'une idée qui n'est pas issue d'une réflexion fondée de manière logique ou scientifique.

La stigmatisation met en évidence un mécanisme où ce qui est jugé comme déviant revient dans une norme. En effet le plus grand nombre s'accorde sur le fait qu'il s'agit d'un anormal ce qui permet de renforcer la norme existante ; l'anormal ne pouvant exister sans le normal et inversement.

Lors de son étude sur la stigmatisation, E. Goffman a analysé les situations de handicaps et de maladies mentales. Cependant il est possible d'observer le même schéma de stigmatisation par rapport à la question du poids. Le sociologue Werner Jacob Cahnmann s'est notamment penché sur la question en 1968 dans une oeuvre intitulée *The stigma of Obesity*. L'auteur indique notamment que « *par stigmatisation, nous signifions le rejet et la disgrâce qui sont associés à ce qui est vu (l'obésité) comme une déformation physique et une aberration*

---

<sup>54</sup> COHEN Déborah, *La Nature du peuple : les formes de l'imaginaire social du XVIIIe-XXIe siècles*, éd : Seyssel, 2010.

<sup>55</sup> BÉDARD Luc, DÉZIEL Josée et LAMARCHE Luc, *Introduction à la psychologie sociale: Vivre, penser et agir avec les autres*, éd: Pearson, (3e éd.), 2012.

<sup>56</sup> Le test consiste à montrer trois images aux enfants, les trois images représentant la même petite fille à la différence qu'une est de corpulence normale, une deuxième présente un surpoids et la troisième est en fauteuil roulant. Devant ces vignettes, différentes questions sont posées aux enfants.

<sup>57</sup> PEKMEZ Sophia et STERN Alexandre, RTS UN Radio télévision Suisse, « Dans la tête... D'un gros », 23/07/18, durée 59'29 minutes [Disponible en ligne : <https://www.youtube.com/watch?v=NHu2nFv0CfU> ], de 25'40 min à 30'20 min. (Consulté le 10/11/18)

*comportementale* »<sup>58</sup>. Ainsi, dans cette situation, l'apparence physique est le stigmate dont découle des stéréotypes qui qualifient et réduisent la personne. Les stéréotypes sont alors multiples : liés à un traits de leur personnalité (fainéantise, stupidité, involontaire, absence d'hygiène), ou bien à des habitudes comportementales (manque de sociabilité, consommation alimentaire mauvaise et abondante, manque d'activité physique) ou encore à des attributs physiques (hors des cadres de beauté, asexuées ou bien objet sexuel)<sup>59</sup>.

Ces stéréotypes sont pensés et attisent certains comportements. Lewis S. a notamment analysé les différentes formes de stigmatisations vécues au quotidien par les personnes en situation de surpoids ou d'obésité. Cette étude qualitative a été réalisée en Australie dans le cadre d'entretiens semi-directifs auprès de 141 personnes en situations d'obésités. Il énumère la *stigmatisation directe* qui sont des abus ou agressions verbales provenant de l'entourage, de l'extérieur ou bien dans le domaine médical. Ensuite il parle de *stigmatisation environnementale* qui comprend une stigmatisation issue d'un environnement inadapté : matériels de santé, chaises, vêtements. Cette forme de stigmatisation renforce le marquage d'une différence ainsi que l'isolement pour certaines personnes. Enfin la *stigmatisation indirecte* caractérise le regard d'autrui directement posé sur le sujet en situation d'obésité ou bien celui posé sur une partie du corps, sur l'assiette, sur le chariot de courses. Cette forme comprends également les impressions ou sensations de jugement<sup>60</sup>.

Les données recueillies suite aux questionnaires mis en ligne pour notre étude<sup>61</sup> ont montré que chez 1175 personnes, 66% ont subi de la stigmatisation au sein de leur entourage, 64,5% l'ont subi dans la rue et 59,9% dans le milieu médical. Seul 5,9% des participants n'ont jamais subi de stigmatisation. En outre, 78,1% des participants indiquent avoir subis des regards désobligeants du fait de leur poids ; 74,8% dénoncent des personnes qui les ont dénigrés du fait de leur poids ; 56,5% se sont vu attribuer un surnom déplaisant en rapport avec la situation de surpoids ou d'obésité et 41,1% ont été traités de feignant.es ou d'idiot.es. Nous observons ainsi que le stéréotype posé fait découler une jugement moral qui stigmatise la personne et influence le comportement d'autrui à son encontre. Cette situation peut alors se retrouver dans le soin

---

<sup>58</sup> CAHNMAN Werner J., «*The stigma of obesity*», *Sociological Quarterly*, 1968, p.283

<sup>59</sup> GAUMET Sandra, *Obésité et prise de conscience corporelle*, ed. De Boeck Solal, 1ère édition, 2014, 108p.

<sup>60</sup> LEWIS Sophie, THOMAS Samantha, WARWICK BLOOD Richard, CASTLE David, HYDE Jim et KOMESAROFF Paul, « How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma they encounter in their daily lives ? A qualitative study », *Social Science Medicine*, septembre 2011

<sup>61</sup> Dans le cadre de cette étude deux questionnaires, l'un pour des patients et l'autre pour des soignants, ont été diffusés en ligne sur plusieurs réseaux sociaux. La participation était soumise à l'expression d'un consentement libre et éclairé demandé à la suite d'une explication de l'étude. La mise à ligne s'est effectuée de décembre 2018 à mars 2019. Le questionnaire patient à recueillis 1175 réponses et 65 pour celui destiné aux soignants. A la suite de ces questionnaires des témoignages ont été envoyé par mail. Annexe n°1

comme nous le montre cette parole de soignant : « *Ceci est possiblement lié en partie avec la personnalité impulsive retrouvée chez les obèses plus qu'en population non obèse* »<sup>62</sup>. Par ce propos, un soignant prend une stéréotype : « *l'impulsivité* » et l'applique à une population données « *les obèses* », en faisant une généralité permettant d'expliquer un comportement. Or cette affirmation n'est fondée sur aucune véracité scientifique et ne peut donc pas être prise en compte comme élément d'explication d'un comportement donné, et encore moins généralisé. De plus il met en opposition deux types de population qui entrent alors en comparaison, « *les obèses* » et « *non obèse[s]* ».

Ces situations entraînent une absence de reconnaissance d'autrui<sup>63</sup>. Dans une interview, Gabrielle Deydier militante anti-grossophobie déclare : « *il n'y a aucune empathie pour les personnes grosses, parce que dans l'inconscient collectif on estime que le gros mérite d'être gros et que s'il est gros c'est de sa faute* »<sup>64</sup>. Ces stéréotypes façonnent les comportements d'autrui et sont intériorisés par l'individu qui les subit, renforçant ainsi la culpabilisation et le rejet. Gabrielle Deydier parle d'un sentiment de rejet hors de la condition humaine.

#### **IV- Comprendre l'impact de la stigmatisation sur les situations d'obésités : l'importance de l'image de soi et de la reconnaissance de l'inconnu**

La stigmatisation mène la personne à intérioriser les stigmates qu'elle perçoit entraînant une culpabilisation et un rejet de soi dont la régularité a des conséquences sur la vie et la santé de l'individu<sup>65</sup>. Par conséquent, le phénomène de stigmatisation présente un réel impact négatif sur la question du poids mais également dans sa prise en charge. Ceci alerte d'autant plus que la stigmatisation portant sur le poids a connu une augmentation de 66% entre 1995 et 2004 aux Etats-Unis<sup>66</sup>. Cette augmentation qui peut se comprendre par l'évolution de l'obésité dans le monde mais également par l'impact d'un discours alarmiste qui en vient à renforcer une stigmatisation portée par les autorités de santé publique. Cette augmentation préoccupe d'autant que la stigmatisation a des conséquences sur la santé.

---

<sup>62</sup> Réponse d'un soignant au questionnaire en ligne à la question « *Pensez-vous que tous les patients qui subissent cette opération [chirurgie bariatrique] soient conscients des conséquences ainsi que des risques opératoires et post-opératoires ?* »

<sup>63</sup> LE BRETON David, *Anthropologie du corps et modernité*, éd. Broché, coll. Quadriga, 2013

<sup>64</sup> TF1. « Gabrielle Deydier, son combat contre la grossophobie », 2017, [Disponible en ligne: <https://www.tf1.fr/tmc/quotidien-avec-yann-barthes/videos/invite-gabrielle-deydier-combat-face-a-grossophobie.html>]. [consulté le 19 décembre 2017].

<sup>65</sup> CROIZET Jean-Claude et MARTINOT Delphine, « Stigmatisation et estime de soi », Chapitre 1, p.10, dans CROIZET Jean-Claude et LEYENS Jean.-Philippe, *Mauvaises réputations : réalités et enjeux de la stigmatisation sociale*, éd : Armand Colin, Paris, 2003.

<sup>66</sup> PUHL Rebecca et HEUER Chelsea, « The stigma of obesity : a review and update », *Obesity*, may 2009

Dans son étude sociologique intitulée *Sociologie de l'obésité*, Jean-Pierre Poulain a analysé l'impact de la stigmatisation du poids sur le sujet et il en a déduit l'existence d'un cercle vicieux d'auto-étiquetage ayant des conséquences sur la prise de poids. Il parle alors d'un « *piège social* » dans lequel l'individu et la société s'enferment<sup>67</sup>. En effet il indique que la stigmatisation implique une dévalorisation entraînant des comportements compulsifs favorisant la prise de poids et donc les stéréotypes qui l'accompagnent<sup>68</sup>.

A ce stade, il nous apparaît intéressant d'évoquer la notion d'estime de soi. Ce concept se comprend comme l'estimation que fait le sujet entre la personne qu'il croit être et celle qu'il rêve de devenir<sup>69</sup>. Plus cette distance est grande et plus l'estime de soi est basse. Or cette évaluation est influencée par le regard d'autrui. En effet, Jean-Paul Sartre, indique que l'individu est condamné à vivre sous le regard d'autrui qui a un impact sur le sujet en provoquant jusqu'à une transformation intérieure. L'autre décide de la valeur d'un sujet qui n'existe que par le regard d'autrui. Ainsi, l'expérience de la honte par exemple est, comme le dit le philosophe, la « *présence immédiate et brûlante du regard d'autrui* »<sup>70</sup>. En ce sens, comme indiquent les auteurs Delphine Martinot et Jean-Claude Croizet, « *l'estime de soi serait un reflet des évaluations de soi par autrui* »<sup>71</sup>. En effet autrui me renvoie une perception de moi-même à chaque instant, par ses regards, ses gestes et ses paroles. Cependant les auteurs précisent que l'impact du regard d'autrui sur la perception de la propre estime du sujet, est corrélé à l'importance de ces autrui pour le sujet. Ainsi, malgré une stigmatisation présente dans la société, un entourage proche bienveillant peut en limiter l'impact, ou à l'inverse accentuer le phénomène comme le relate par exemple Gabrielle Deydier dans sa propre expérience<sup>72</sup>. De plus, une mauvaise estime de soi peut être enrichie par le grand nombre de personne qui me renvoient cette image ainsi que la régularité de ces phénomènes<sup>73</sup>. Ainsi, plus

---

<sup>67</sup> POULAIN Jean-Pierre, « *La lutte contre la stigmatisation des sujets en surpoids: une voie de prévention de l'obésité* » Chapitre 19, p.289-301, dans ZERMATI Jean-Philippe, APFELDORFER Gérard, WAYSFELD Bernard, *Traiter l'obésité et le surpoids*, éd. Broché, coll. médecine, 2010.

<sup>68</sup> POULAIN Jean-Pierre, *Sociologie de l'obésité*, éd. Puf, Paris, 2009, p.193-194

<sup>69</sup> ANDRE Christophe et LELORD François, *L'estime de soi*, éd : Odile Jacob, 1999

<sup>70</sup> SARTRE Jean-Paul, *L'être et le néant*, éd : Gallimard, Paris, 1943, p. 309

<sup>71</sup> CROIZET Jean-Claude et MARTINOT Delphine, « Stigmatisation et estime de soi », Chapitre 1, p.5, dans CROIZET Jean-Claude et LEYENS Jean.-Philippe, *Mauvaises réputations : réalités et enjeux de la stigmatisation sociale*, éd : Armand Colin, Paris, 2003.

<sup>72</sup> DEYDIER Gabrielle, *On ne naît pas grosse*, éd : Goutte d'or eds, 2017, 160p.

<sup>73</sup> CROIZET Jean-Claude et LEYENS Jean-Philippe (eds.), *Mauvaises réputations : réalités et enjeux de la stigmatisation sociale*, op. cit. p.8.

l'individu perçoit des représentations négatives de lui, plus il aura tendance à ne percevoir que celle là et à les intérioriser<sup>74</sup>.

En outre, en étant réduit à son stigmaté, la personne est comme dépossédée de droits ou d'identité<sup>75</sup>, rendue alors invisible en tant qu'individu. C'est donc ce qu'expriment beaucoup de personnes en situations d'obésités, ne pouvant passer inaperçues du fait leur corpulence qui pourtant les rend invisibles en tant que sujets. Ce paradoxe est renforcé par une étude qui démontre que plus le stigmaté est visible, plus l'estime de soi est basse<sup>76</sup>. David Le Breton renforce l'importance du regard d'autrui qui permet au sujet de recevoir d'un bénéfice social et narcissique important pour son développement et pour sa qualité de vie. Il s'agirait presque d'un besoin fondamental<sup>77</sup>. La réflexion sur l'estime de soi engendre donc l'évocation du concept de reconnaissance, notamment étudié par le philosophe Emmanuel Renault, qui confirme que la valeur de chacun s'attribue par le regard d'autrui, le mépris entraînant donc l'expérience du rejet voire de l'injustice sociale<sup>78</sup>

En outre le rejet social présente un réel impact sur la santé. Les psychologues sociaux de l'Université de Chicago ont démontré que la solitude chronique nuit gravement à la santé présentant des risques d'aggravation de l'état de santé par l'apparition de stress, d'hypertension artérielle, de sommeil perturbé ou encore de problèmes cardiaques. La solitude représente également un facteur d'accroissement du risque de décès<sup>79</sup>. Ces risques s'accumulent à d'autres risques présents chez une personne en situation de précarité ou d'obésité. C'est en ce sens que nous pouvons affirmer que la stigmatisation, par le rejet social qu'elle entraîne, aggrave la santé des personnes voire menace leur vie.

---

<sup>74</sup> GREENWALD Anthony, « L'ego totalitaire ou comment chacun fabrique et révisé sa propre histoire », p. 37-76, dans PIOLAT Michel, HURTIG Marie-Claude et PICHEVIN Marie-France, *Le Soi: Recherches dans le champ de la cognition sociale*, éd: Delachaux et Niestlé, 1992.

<sup>75</sup> LACAZE Lionel, « La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'analyse stigmatique revisitée », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 5, 2008, p. 183-199.

<sup>76</sup> FRABLE Deborah, PLATT Linda et HOEY Steve, « Concealable stigmas and positive self-perceptions : Feeling better around similar others », *Journal of Personality and Social Psychology*, may 1998, p.909-922

<sup>77</sup> GREENBERG Jeff, SOLOMON Sheldon, PYSZCZYNSKI Tom, ROSENBLATT Abram, BURLING John, LYON Deborah, SIMON Linda et PINEL Elizabeth, « Why do people need self-esteem? Converging evidence that self-esteem serves an anxiety-buffering function », *Journal of Personality and Social Psychology*, 1992, p.913-922.

<sup>78</sup> RENAULT Emmanuel, *Mépris social. Éthique et politique de la reconnaissance*, éd: Éditions du Passant, Bègles, 2000.

<sup>79</sup> CACIOPPO John et PATRICK William, *Loneliness - Human nature and the need for social connection*, éd : Broché, 2008.

Le domaine médical peut être directement ou indirectement influencé par la stigmatisation. Plus précisément, une étude menée par Tomiyama et al. explique l'existence de la stigmatisation dans les soins selon deux catégories : une *stigmatisation explicite* qui comprend des attitudes négatives conscientes dirigées vers des individus en particulier et une *stigmatisation implicite*, c'est-à-dire l'existence d'attitudes négatives inconscientes<sup>80</sup>. Ces deux situations s'expliquent par une intériorisation du fonctionnement de la stigmatisation par les individus sociaux qui influencent leurs comportements de manière consciente ou non.

Selon nous, l'acte inconscient peut s'expliquer par le fait que cette intériorisation ne se fait pas de la même manière selon les individus, leurs interactions sociales étant différentes. Ainsi, par exemple, un patient qui vit au quotidien une stigmatisation sur le poids va avoir une perception différente du soignant qui ne la vit pas. De fait, même une information médicale donnée sans malveillance peut être mal perçue par ce patient. Ce sentiment peut également émerger de l'environnement et être renforcé par l'auto-stigmatisation. Par exemple un matériel de soin inadapté rappel à la personne qu'elle n'a pas sa place dans la société, élément pour lequel elle a intériorisé la responsabilité. Ceci est difficile à percevoir pour le soignant. Baptiste Beaulieu, médecin généraliste et auteur à Toulouse révèle sur son bloc une expérience avec une patiente qui met en évidence cela.

*« Alors voilà : 1/ recevoir une patiente en surpoids, 2/ échouer à prendre sa tension avec un brassard standard, 3/ prendre un brassard adapté qu'on vient d'acheter, 4/la voir pleurer, 5/se sentir gêné, 6/entendre "c'est pas vous, c'est ce qui y a écrit sur votre brassard". Comment j'explique à ma patiente pourquoi même un stupide brassard lui exprime ENCORE ce que TOUTE la société lui matraque DÉJÀ depuis l'enfance ? Des crachats en maternelle au type qui la montre du doigt dans la rue à ses potes en se marrant (et tout le reste, brimades, et injures, et hontes, et railleries, et vexations terribles, que nous n'imaginons pas, que nous ne POUVONS pas imaginer pour la simple et bonne raison que nous ne sommes pas ELLE et ne le serons jamais), tu as été la goutte d'eau qui fait déborder le vase, petit brassard. Alors MERCI Spengler, mais ma patiente SAIT qu'elle est obèse, mais moi, à cause de toi, j'ai humilié une patiente pour rien. Voilà. »<sup>81</sup>*

---

<sup>80</sup> TOMIYAMA A. Janet, FINCH Laura E., BELSKY Angela C. Incollingo, BUSS Julia, FINLEY Carrie, SCHWARTZ Marlene B., DAUBENMIER Jennifer, « Weight bias in 2001 versus 2013 : contradictory attitudes among obesity researchers and health professionals » *Obesity*, 2014

<sup>81</sup> Témoignage relaté par Baptiste Beaulieu lors d'une Masterclass du Master éthique du soin et recherche à Toulouse le 7 mars 2018. Pour plus de fiabilité, le témoignage a été directement repris sur le blog officiel de Baptiste Beaulieu « Alors Voilà », « Une journée de merde (1/3) », publié le 10 décembre 2016. [Disponible en ligne <https://www.alorsvoila.com/2016/12/10/une-journee-de-merde/>]



A travers ce témoignage nous voyons comment l'utilisation d'un matériel de soin peut être stigmatisant, rappelant à la personne sa différence. Cet élément n'est pas directement perçu et n'aurait peut-être même pas été compris par le soignant sans les explications de la patiente. Or cette situation contrarie grandement la relation de soin.

Il importe alors que les soignants connaissent l'existence et l'impact que peut avoir la stigmatisation. Ceci pourrait permettre d'adapter des compétences non techniques dont font preuve les soignants, en adaptant un comportement selon la personne qui se présente. Il ne s'agit en rien de traiter les patients de manière différente mais plutôt de faire preuve d'équité dans une situation où des patients, de par leur vécu social, sont dans une situation possiblement plus vulnérable que d'autres. Ainsi le domaine médical a plus de chance d'être un terrain hostile pour certaines personnes. La prise en compte de l'existence de la stigmatisation et de son impact peut rééquilibrer une relation déjà fragilisée.

Ceci nous paraît d'autant plus important lorsque nous relevons que les personnes stigmatisées mettent en place des mécanismes de protection leur permettant de renforcer leur estime. Ces mécanismes peuvent entraîner un comportement paraissant méfiant voir agressif dans le cas où une information est mal perçue. Or là encore, l'ignorance de ce mécanisme psychologique par les professionnels mettent à mal la relation de soin.

En outre, la stigmatisation se retrouve dans le soin, dans l'élaboration de traitement pour lutter contre l'obésité, qui nous paraissent focalisés sur l'alimentation et l'acte de manger et qui peuvent présenter des lacunes, au risque, là encore, de mettre à mal la relation de soin.

## Chapitre 2- La dénonciation de l'inadéquation d'une prise en charge se focalisant sur le corps et le poids

Nous comprenons dès lors l'impact qu'a le processus de stigmatisation dans le soin. Cependant, outre une altération de la relation de soin, ce mécanisme et sa non prise en considération peut-elle engendrer des prises en charge inefficaces voire abusives ? De plus, nous voyons que la stigmatisation a des conséquences sur les soins, ainsi, la stigmatisation peut-elle mener à une absence de reconnaissance aboutissant à une inégalité des chances sous-entendu par une faille dans le droit à l'accès aux soins pour tous<sup>82</sup> ? En effet le patient peut-il finalement choisir de se désengager des soins ?

### I- De l'émergence de médicaments amaigrissants au long parcours des régimes alimentaires comme erreur de prise en charge

Le processus de stigmatisation influence également des prises en charge et les traitements. En effet, les prises en charge connues et fréquemment évoquées sont l'utilisation de médicaments amaigrissants ou bien les régimes restrictifs. Cela dit ces traitements n'ont pas démontrés d'efficacité, ou pire, ont un impact aggravant l'état de santé.

L'utilisation médicamenteuse explose durant le XXème siècle, siècle du « tout curatif ». Ainsi des molécules élaborées afin de lutter contre l'obésité se sont développées sous l'égide d'un marché prometteur. Différents médicaments ont vu le jour sous le terme d'anti-obésité, brûle-graisse ou encore coupe-faim. Certains hypermétaboliques permettent d'augmenter les dépenses énergétiques des patientes et d'autres satiétogènes limitent l'appétit ; d'autres jouent sur les hormones comme les extraits thyroïdiens. Relevant beaucoup d'espoirs, ces solutions médicamenteuses se sont avérées d'une efficacité faible pour une prise de risque importante<sup>83</sup>. En effet, dès 1998, le journaliste scientifique Jean Yves Nau dénonce dans un article publié dans le journal *Le Monde*, les forts risques que présentent des médicaments dit *coupe-faim* qui n'ont été que trop tardivement prohibés selon lui<sup>84</sup>. Ce n'est en effet qu'en 1999 que l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) suspend la

---

<sup>82</sup> Loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner

<sup>83</sup> BASDEVANT Arnaud, GUY-GRAND Bernard, *Médecine de l'obésité*, éd : Flammarion Médecine-Sciences, Paris, p. 262–270

<sup>84</sup> NAU Jean-Yves, « *Les plus-values de l'obésité* », *Le Monde*, 11 avril 1998 [Disponible en ligne : [https://www.lemonde.fr/archives/article/1998/04/11/les-nouvelles-plus-values-de-l-obesite\\_3647238\\_1819218.html](https://www.lemonde.fr/archives/article/1998/04/11/les-nouvelles-plus-values-de-l-obesite_3647238_1819218.html)]

commercialisation de médicaments dit « *anorexigène amphétaminiques* » et ce pour différents risques et notamment celui de créer une addiction aux amphétamines ou bien encore des risques de dysfonctionnements cardiovasculaires et respiratoires de par la présence de fenfluramine<sup>85</sup>.

Ces situations laissent à penser que pendant longtemps la recherche d'une perte de poids, permettant de ramener le patient dans la norme, s'est développée au détriment de certains effets indésirables graves pour la santé. En effet ceci apparaît clairement avec l'exemple du clenbutérol, notamment présenté sous forme de granulés *Ventipulmin*, il s'agit d'un bronchodilatateur utilisé pour les chevaux et qui présente des effets anabolisants, coupe-faim et dopants. Ce médicament a rapidement été interdit à l'usage humain, réservé au seul domaine vétérinaire depuis 1998<sup>86</sup>. Cependant il est toujours détourné notamment par des jeunes filles pour ses vertus soit disant amaigrissantes comme le signale l'ordre national des vétérinaires dans un communiqué de 2008<sup>87</sup>. Ainsi la volonté de perdre du poids à tout prix pousse même à consommer des substances n'ayant pas d'autorisation de mise sur le marché en France. Sur ce point, l'ANSM insiste sur l'importance que les professionnels de santé soient informés des ces comportements à risques et qu'ils en discutent avec leurs patients<sup>88</sup>.

Un autre problème se pose, celui de l'évaluation de la balance risque/bénéfice. En effet certains médicaments connus comme présentant des risques peuvent être tout de même prescrit sans prendre en compte l'état du patient, l'obésité étant considérée comme une pathologie nécessitant absolument une prise en charge. De plus certains effets indésirables sont longtemps passés inaperçus. Par exemple un grand nombre de molécules brûle-graisses ou anti-obésité provoquent des dysfonctionnements cardiovasculaires, or ces dysfonctionnements sont connus comme des risques déjà accentués par les situations de surpoids. De fait, il est possible de supposer que les effets indésirables de ces molécules aient pu être fortement négligés chez les sujets en situation d'obésité.

---

<sup>85</sup> ANSM, « Les anorexigènes amphétaminiques sont strictement interdits en France », déclaration d'information, 14/05/2018, [Disponible en ligne : <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Les-anorexigenes-amphetaminiques-sont-strictement-interdits-en-France-Point-d-information>]

<sup>86</sup> Arrêté du 12 novembre 1998 modifiant l'arrêté du 7 octobre 1994 relatif aux substances et aux procédés mentionnés à l'article 1er de la loi n° 89-432 du 28 juin 1989 modifiée relative à la prévention et à la répression de l'usage des produits dopants à l'occasion des compétitions et manifestations sportives, Journal officiel numéro 290 du 15 Décembre 1998.

<sup>87</sup> Bulletin de l'Ordre des pharmaciens, « Les Nouvelles Pharmaceutiques », n° 363 du 04/07/2008

<sup>88</sup> ANSM, « Messages essentiels à destinations des professionnels de santé. Risques liés aux pratiques d'amaigrissement reposant sur l'usage de produits de santé : les points à discuter avec vos patient », communiqué de juillet 2015. [Disponible en ligne : [www.ansm.sante.fr](http://www.ansm.sante.fr)]. (consulté le 29/04/19), « *compte tenu du renouvellement constant de l'offre et de la promotion de produits, appareils ou méthodes se prévalant d'un effet amaigrissant, il appartient à chacun de rester vigilant face aux promesses d'efficacité rapide, et autres méthodes miracles* »

Actuellement seuls quelques médicaments sont autorisés en France comme traitement de l'obésité. L'orlistat, commercialisé sous le nom de Xénical(R) des laboratoires Roche connu depuis 1998, inhibe les lipases gastriques et pancréatiques ce qui provoque une malabsorption des lipides, environ 30% des graisses ingérées se retrouvent dans les selles<sup>89</sup>. Ou encore la sibutramine d'Abbott qui diminue la sensation de faim. Ces médicaments sont très réglementés et leurs autorisations de mise sur le marché indiquent l'obligation d'une prescription médicale destinée à des patients présentant un Indice de Masse Corporelle supérieur ou égal à 30 kg/m<sup>2</sup>, c'est-à-dire en situation médicale d'obésité. D'autres substituts sont en cours d'autorisation comme l'Alli(R) par le laboratoire GSK, présentant la même composition mais avec un dosage réduit de moitié. Cependant, une étude menée par GSK et l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) après sept mois de commercialisation du médicament présente des résultats mitigés et indique notamment que le produit est mal utilisé dans 17% des cas<sup>90</sup>. Malgré cela une commercialisation en vente libre est envisagée.

Aux Etats-Unis des médicaments autorisés commencent à être remis en cause par l'émergence de risques psychologiques (dépression, crise d'angoisse, anxiété). Ceci s'explique notamment car certains médicaments sont élaborés pour modifier le comportement alimentaire. En outre, de nouveaux produits apparaissent comme le Mysimba qui est un produit amaigrissant, approuvé en 2014 et fabriqué par Orexigen Therapeutics, une start-up de biotechnologies située en Californie. Ce produit est composé de deux molécules principales, l'une considérée comme un inhibiteur des opiacés souvent utilisé pour le sevrage des toxicomanies, et la seconde, proche des amphétamines comme le benfluorex, a des vertues anti dépressives. Les autorités françaises semblent être opposées à la commercialisation de ce médicament cependant cette décision est très largement dépendante de celle européenne. De même le médicament rimonabant de Sanofi-Aventis ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché en 2006 par l'Union Européenne a été suspendu en 2008, jugé par différentes autorités comme présentant un rapport bénéfice/risque trop déséquilibré à cause d'effets indésirables psychologiques graves<sup>91</sup>.

---

<sup>89</sup> RITZ Patrick, DARGENT Jérôme, *Abord clinique du patient obèse*, éd. Springer, Paris, 2009, p.61

<sup>90</sup> ANSM « Alli(R) (orlistat 60mg, gélules) : bilan après sept mois de commercialisation -Point d'information », communiqué, 17/02/2009, [disponible en ligne : <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Alli-R-orlistat-60mg-gelules-bilan-apres-sept-mois-de-commercialisation-Point-d-information> ], (consulté le 24/09/19).

<sup>91</sup> ANSM, Communiqué, « Acomplia : suspension de l'autorisation de mise sur le marché », communiqué, 2008 [Disponible en ligne: <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Communiqués-Communiqués-Points-presse/Acomplia-R-suspension-de-l-autorisation-de-mise-sur-le-marche-Communiqué>]

En outre, l'association G.R.O.S. dénonce notamment l'existence de prescriptions abusives de produits à base d'hormones thyroïdiennes sous la forme de « prescription homéopathique »<sup>92</sup> sachant que ces produits peuvent avoir des effets négatifs sur la santé sous forme de bouffée de chaleur, palpitations ou encore de signes de nervosité. Ces prescriptions caractérisent une faute selon le professeur Ritz dans le sens où elles exposent le patient à des complications cardiovasculaires graves et connues<sup>93</sup>. Il s'agit là d'une faute médicale au sens où les connaissances scientifiques actuelles ne permettent pas d'ignorer les possibles risques pour la santé. De telles prescriptions font donc courir un risque au patient, ce qui va à l'encontre du principe éthique des médecins *primum non nocere* : en premier ne pas nuire.

Malgré ces mises en garde, plusieurs spécialistes s'accordent à dire que l'apport médicamenteux est intéressant dans la prise en charge de l'obésité. Cependant les recherches actuelles ne permettent pas encore d'élaborer un médicament satisfaisant. Il y a fort à croire que le développement de l'obésité et sa problématisation permettent d'accroître l'intérêt de la recherche en ce sens. A Toulouse notamment, des chercheurs de l'INSERM travaillent à l'étude du fonctionnement métabolique de souris afin de permettre l'élaboration d'un médicament. Cependant la situation chronique et multifactorielle de l'obésité rend ce travail complexe. Par ailleurs, les recherches antérieures paraissent inefficaces notamment car elles se sont focalisées sur un aspect de la prise de poids. Il importe donc de ne pas entrer dans une course financière lancée par le lobby pharmaceutique ou encore dans une volonté excessive de soigner des patients aux dépens de l'émergence d'autres pathologies plus graves encore. L'importance de la balance bénéfice/risque est donc fortement rappelée par les spécialistes. L'enjeu est aussi grand que la complexité du défi.

Une autre prise en charge est actuellement remise en question, celle du régime alimentaire. D'une tradition culturelle à un contrôle médical intense, le régime alimentaire est indéniablement lié à la prise en charge du poids. Et pourtant les premiers régimes semblent plutôt s'inscrire dans une croyance, un art de vivre que dans une volonté directement curative. En effet les traités médicaux d'Hippocrate évoquent la « *diata* », donnant le mot « diète »<sup>94</sup> qui ne comprend pas seulement la nourriture mais également la boisson et tous types d'exercices

---

<sup>92</sup> GROS Le Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids, « Les médicaments amaigrissants », 13/08/2017 (article en ligne, rubrique accueil, je m'informe : <https://www.gros.org/les-medications-amaigrissantes> (Consulté le 29/04/19)

<sup>93</sup> RITZ Patrick, DARGENT Jérôme, *Abord clinique du patient obèse*, éd. Springer, Paris, 2009, p.60

<sup>94</sup> Dictionnaire français Larousse, « diète », [Disponible en ligne: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/di%C3%A8te/25407>]

ou activités physiques<sup>95</sup>. La *diaita* de l'Antiquité relève d'un domaine assez large qui comprends les habitudes et comportements d'une population. Ceci pose une distinction forte entre la *diaita* et le régime comme nous l'entendons actuellement. En effet le régime alimentaire est une pratique complètement dépendante de la façon de vivre ou encore de la dimension sociale dans laquelle elles s'insèrent<sup>96</sup>. Le régime alimentaire peut dès lors s'inscrire dans la spécificité qui fait un groupe, voire permettre de préserver une certaine identité sociale. Ainsi la perception du régime évolue.

Dès le début du XXème siècle, probablement avec l'augmentation du taux d'obésité, la dimension curative que prend le régime s'accroît, devenant synonyme d'interdiction et de restriction<sup>97</sup>. En ce sens, nous pouvons comprendre le mot régime par une autre étymologie, celle du latin « regimen », une action de gouverner, d'administrer. Le régime alimentaire est ainsi une action de contrôle menée sur son propre corps au quotidien par rapport à la nourriture<sup>98</sup>. Ces injonctions mènent à une stigmatisation de certains aliments qui sont alors des interdits, des objets de désirs et de culpabilisation à la fois. Une telle perception est fortement accentuée par la banalisation des régimes alimentaires qui fait basculer l'alimentation d'un acte nécessaire à la vie à un moment d'affrontement de conflits moraux.

Or depuis une quinzaine d'années environ, il devient pertinent de comprendre que la nutrition ne se comprend pas qu'en terme de nutriments et de calories mais avec une dimension psychosociale identifiant le comportement alimentaire. En effet, l'écoute de soi est importante par la perception du corps dans son ensemble. Or, en entraînant des perturbations métaboliques, le régime restrictif influence également les comportements alimentaires comme l'indique Irène Margaritis, chef de l'évaluation des risques liés à la nutrition à l'ANSES<sup>99</sup>. Selon elle le régime restrictif est une illusion car le résultat n'est visible que sur le court terme, et ce car beaucoup de personnes reprennent le poids perdu voire même plus encore. C'est alors ce qui est appelé l'effet Yo-Yo. En effet avec le régime on crée un déséquilibre alimentaire afin de brûler le tissu adipeux ce qui engendre une perte de poids. La première phase se comprend alors par la

---

<sup>95</sup> JOUANNA Jacques, « Le régime dans la médecine hippocratique : définition, grands problèmes, prolongements », 18ème colloque de la Villa Kérylos à Beaulieu-sur-Mer les 4,5 et 6 octobre 2007, *Publication de l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres*, p.55

<sup>96</sup> LAVRILLOUX Mathilde et MASSON Estelle, « Le régime : une affaire de femme et non d'homme ? Influence des représentations sociales sur la description et la nomination des pratiques de contrôle alimentaire », *Les cahiers internationaux de psychologie*, Vol.1-2, n°117-118, 2018

<sup>97</sup> LECERF Jean-Michel, « Histoire de la nutrition », *L'observatoire du pain*, 11/12/2018, [article en ligne, rubrique actualité], (consulté le 28/04/2018)

<sup>98</sup> FISCHLER Claude, *L'omnivore - Le goût, la cuisine et le corps*, éd : Poche odile jacob, 1990

<sup>99</sup> Emission France Inter, *Grand bien vous fasse !*, « Quelques idées reçues sur les régimes », Ali Rebeihi, jeudi 25 avril 2019, 51 minutes.

création d'un stress physiologique qui bouscule le fonctionnement de l'organisme. Sur un certain temps ce stress, tant physiologique que psychologique, lié à la privation, peut influencer le fonctionnement des hormones et ainsi bloquer la perte de poids. Cependant du cortisol est alors sécrété, limitant le passage du sucre dans les cellules musculaires et favorisant un stockage de ces molécules. L'organisme réagit alors en diminuant son métabolisme de base, c'est-à-dire les dépenses nécessaires pour un fonctionnement de l'organisme en total repos. Ceci lui permet d'utiliser moins d'énergie pour répondre à la restriction. L'organisme se met en économie et élimine l'eau. De plus il recherche des sources d'énergie dans les muscles et le foie (glycogène hépatique). Dans ce cadre, si l'alimentation redevient normale, étant donné que l'organisme de repos est abaissé, la perte de poids n'est plus efficace, de surcroît il y a un risque de prise de poids. En effet, afin de parer à cette situation de privation alimentaire, l'organisme stocke la graisse. Il s'agit d'un mécanisme de défense de l'organisme qui est fait pour résister aux périodes de famines.

Ainsi, en moyenne 80% des patients ayant suivis un régime restrictif reprennent du poids dans l'année qui suit l'arrêt du régime<sup>100</sup>. En ce sens, le régime restrictif s'impose aujourd'hui comme une erreur de prise en charge pouvant même aggraver la santé, tant physique que psychique des individus. En effet, la restriction est un comportement imposé qui engendre une perte d'autonomie du patient dans la prise alimentaire. Le régime peut alors créer à long terme des troubles du comportement alimentaire, des compulsions alimentaires avec une sensation de perte de contrôle voire l'émergence du syndrome du mangeur nocturne<sup>101</sup>. De plus, la reprise de poids suivant le régime engendre le plus souvent une remise en question de soi-même, une dévalorisation et une culpabilisation importante. Ce sentiment est renforcé par le regard porté par la société mais également par le milieu médical qui propose une prise en charge superficielle dont les échecs sont mal acceptés. Ainsi, dans une étude publiée en 2010, l'ANSES confirme les risques que représentent les régimes restrictifs sur la santé, entraînant dépression, dissociation dans l'acte de manger et favorisant le stockage du métabolisme<sup>102</sup>.

Malgré ces alertes, la pratique du régime restrictif continue de se banaliser, accentuée par un désir de correspondre à la norme en vigueur. Nous en arrivons dès lors à évoquer l'existence d'une représentation sociale des régimes, en effet, des études démontrent que le seul mot «

---

<sup>100</sup> SUMITHRAN Priya, PRENDERGAST Luke A., DELBRIDGE Elizabeth, PURCELL Katrina, SHULKES Arthur, KRIKETOS Adamandia, PROIETTO Joseph, « Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss », *The new england journal of medicine*, 2011

<sup>101</sup> HAS, « Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours », septembre 2011, p.9

<sup>102</sup> ANSES, « Risques sanitaires liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement », dossier de presse, 25 novembre 2010, 16p.

régime » relève en lui-même de certaines connotations qui divergent selon le genre et les modalités d'appartenance à un groupe social<sup>103</sup>. La pratique du régime alimentaire concerne essentiellement la femme qui vit des pressions sociales plus importantes sur son apparence. La banalisation du régime alimentaire s'explique dès lors par la rencontre d'une médicalisation de l'alimentation et de la normalisation des apparences corporelles. Le régime alimentaire devient ainsi une pratique culturelle permettant d'afficher un comportement qui rentre en adéquation avec les normes sociales.

Aujourd'hui, le régime restrictif commence à être abandonné par le domaine médical même s'il subsiste encore par l'émergence assez récurrente de *régimes miracles*. Le régime devient alors plus un objet de consommation que de traitement. L'obsession de la perte de poids a longtemps laissé la porte ouverte aux idées reçues dans le discours médical au point de dépasser les connaissances scientifiques. La Haute Autorité de Santé précise depuis 2011 l'aspect néfaste qu'il peut avoir sur la santé<sup>104</sup>. Ainsi, elle met en garde les médecins contre de telles pratiques et demande à ce que les patients soient informés des risques. De fait, il apparaît nécessaire de bannir le mot régime, permettant de rompre avec des stéréotypes sociaux, afin d'établir un changement d'habitude alimentaire recherché sur le long terme à travers des objectifs raisonnables<sup>105</sup>. L'analyse de la prise en charge médicale par le régime alimentaire nous montre ce qui apparaît clairement comme une erreur de prise en charge de l'obésité. En effet l'existence de stéréotypes mène à une focalisation de la prise en charge sur l'acte de manger jugé comme anormal chez une personne en situation d'obésité.

## **II- L'analyse de la chirurgie bariatrique : entre traitement efficient et dérives potentielles**

La chirurgie bariatrique, est actuellement le traitement le plus efficace pour l'obésité. En effet les études portant sur les différentes techniques chirurgicales développées depuis les années 1950 aux Etats-Unis montrent des résultats satisfaisants avec une perte de poids de 40 à 75% de l'excès de poids du patient<sup>106</sup>. De même les comorbidités associées s'améliorent considérablement voire disparaissent. « *Après 6 ans de suivi, 50 % des patients opérés ont arrêté leur traitement antidiabétique ou hypolipémiant et 1/3 leur antihypertenseur* », réduisant

---

<sup>103</sup> LAVRILLOUX Mathilde et MASSON Estelle, « Le régime : une affaire de femme et non d'homme ? Influence des représentations sociales sur la description et la nomination des pratiques de contrôle alimentaire », *Les cahiers internationaux de psychologie*, Vol.1-2, n°117-118, 2018

<sup>104</sup> HAS, « Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours », *op. cit.* p.9

<sup>105</sup> La société savante s'accorde à dire qu'une perte de 10 kg sur une année est très positive

<sup>106</sup> RIGAUD Daniel, *L'obésité. Le mal du siècle*, éd : Les essentiels Milan, 2007, p.48-49



également les risques d'infarctus du myocarde ou d'AVC.<sup>107</sup> Une nette amélioration de la qualité de vie est également observée en moyenne deux ans après la chirurgie. Il en va de même au regard des groupes de personnes exprimant « *une renaissance* » à la suite de la chirurgie. Le succès est tel que la chirurgie se développe de plus en plus, multipliée par 20 depuis 1997. Avec 54 241 opérations réalisées en France lors de l'année 2014<sup>108</sup>, l'hexagone se place au troisième rang mondial après les USA et le Canada.<sup>109</sup> Ce développement s'explique également par l'influence de l'Organisation Mondiale de la Santé qui a érigé en 2003 la chirurgie bariatrique comme traitement de référence de l'obésité morbide<sup>110</sup>.

Cependant, malgré l'enthousiasme qu'elles soulèvent, ces interventions ont un impact important sur le corps et modifient de manière irréversible la vie du patient. En outre il s'agit d'interventions chirurgicales qui présentent donc des risques. Ces conséquences s'expliquent notamment par une réduction de l'estomac de 1 à 1,5 litre à une contenance de 10 à 15 ml. Cette réduction permet de diminuer l'apport calorique en limitant les quantités de nourriture ingérées et leur absorption par l'organisme. Elle perturbe également les sensations de faims en impactant les signaux entre l'estomac et le cerveau. De fait il importe de ne pas voir ces interventions comme un nouveau régime à la mode permettant de perdre rapidement beaucoup de poids. Ce point nous a notamment interpellé lorsque nous remarquons que certaines cliniques ont un taux annuel de chirurgies bariatriques plus élevé que les hôpitaux. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques relève notamment qu'en 2016, 63% des interventions sont réalisées dans le secteur privé lucratif contre 32% dans le secteur public et 5% dans des établissements privés à but non lucratifs<sup>111</sup>.

Cette procédure prend différentes formes d'interventions qui ont évolué en fonction des connaissances. Aujourd'hui trois interventions sont le plus pratiquées : *L'anneau gastrique* se pose sur la partie supérieure de l'estomac, limitant les capacités d'ingestion alimentaire. Cette pratique a considérablement diminué passant de 53,6% des interventions en 2006 à moins de

---

<sup>107</sup> CZERNICHOW Sébastien, « Bénéfice sur les facteurs de risque cardiovasculaires après chirurgie bariatrique », *JMV-Journal de Médecine Vasculaire*, Volume 44, Issue 2, March 2019

<sup>108</sup> Recensement effectué par la base des Programmes de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

<sup>109</sup> SCHNITZLER Alexis, ERBAULT Marie, SOLOMIAC Agnès, SAINTE-CROIX Damien, FOUCHARD Arnaud, MAY-MICHELANGELI Laetitia, « Impact du plan AVC sur la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ischémiques constitués : évolution 2011-2016 des indicateurs d'évaluation de la Haute Autorité de santé ». Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 11/2017

<sup>110</sup> OMS, « Obésité : Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Série de rapports techniques », Genève.

<sup>111</sup> OBERLIN Philippe et DE PERETTI Christine, « Chirurgie de l'obésité : 20 fois plus d'interventions depuis 1997 », *Etudes et Résultats*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), n°1051, février 2018, 6p. [Disponible du [www.data.drees.sante.gouv.fr](http://www.data.drees.sante.gouv.fr)], 'Consulté le 30/04/19), p.1

4% en 2016<sup>112</sup> ; Le *By-pass* est un court-circuit entre l'estomac et l'intestin permettant de réduire l'estomac tout en limitant la malabsorption des aliments. Cette intervention peut prendre deux formes en Y ou en Omega. Elle engendre une perte de poids plus importante cependant elle présente également plus de désagréments pour le patient avec des risques que la bile remonte par exemple (notamment pour la forme Y) ; La gastrectomie longitudinale ou *sleeve gastrectomie*, consiste en une ablation des 2/3 de l'estomac qui a alors « la taille d'un pot de yaourt » de manière irréversible<sup>113</sup>. La sleeve gastrectomie est la plus fréquente en France, représentant 58,5% des interventions<sup>114</sup>. Cependant, L'HAS indique en 2009 et en 2017<sup>115</sup> que la balance bénéfiques/risques des différentes techniques ne permet pas de favoriser une intervention par rapport à une autre<sup>116</sup>. De plus elle réaffirme que la chirurgie reste l'un des traitements à envisager en dernier ressort<sup>117</sup>, or de plus en plus de personnes y ont recours, parfois même sans entrer dans les conditions d'accès de l'HAS.

En effet, l'HAS indique que le patient doit présenter un IMC supérieur à 40 kg/m<sup>2</sup>, ou bien supérieur à 35 kg/m<sup>2</sup> associé à des comorbidités que la chirurgie pourrait améliorer. Ces comorbidités sont très largement appréciées. Le patient doit également être en situation d'échec de prise en charge depuis minimum 6 mois. En outre l'autorisation de l'accès à la chirurgie bariatrique doit être accordée suite à des entretiens avec différents professionnels de santé : endocrinologues, nutritionnistes, diététiciens, psychologues, chirurgiens, médecins anesthésistes réanimateurs, qui doivent être en lien avec le médecin traitant dans un but de suivi personnalisé du patient<sup>118</sup>. L'HAS renforce les critères de prise en charge en recommandant une prise en charge préopératoire et postopératoire de 6 mois minimum à chaque fois<sup>119</sup>. En effet avec ces différents points, l'HAS renforce l'importance de rappeler le caractère exceptionnel de la chirurgie qui se comprend par l'impact qu'elle représente pour le patient. L'HAS réaffirme d'autant plus la nécessité d'informer le patient longuement et correctement

---

<sup>112</sup> *Op. cit.* p.5

<sup>113</sup> Formule évoquée par l'équipe du service de nutrition de Ranguel lors de l'explication des opérations aux patients.

<sup>114</sup> SORBETS E., MALAFAYE N., LEHMANN M., « Dermolipectomie dans les deux ans après une chirurgie bariatrique », *Revue d'épistémologie et de Santé Publique*, Volume 67, Mars 2019, p.104

<sup>115</sup> HAS, « Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : Prise en charge préopératoire minimale ». Fiches descriptives des indicateurs retenus pour la campagne 2017, 13p.

<sup>116</sup> HAS synthèse de recommandations de bonne pratique, « Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte », Janvier 2009

<sup>117</sup> RITZ Patrick, DARGENT Jérôme, *Abord clinique du patient obèse*, ed. Springer, Paris, 2009

<sup>118</sup> HAS synthèse de recommandations de bonne pratique, « Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte », Janvier 2009,

<sup>119</sup> *Op. Cit.*

afin d'obtenir un consentement véritablement libre et éclairé au sens de l'article L.1111-4 du CSP. Par exemple, il apparaît dans certains cas que les patients n'aient pas eu le choix de l'intervention ou bien encore n'aient aucune idée quant à l'intervention qu'ils ont subi. Lors de l'entretien individuel de cinq patientes en situation d'échec chirurgical, il s'est avéré qu'aucune d'elles ne savaient quelle intervention elles avaient eu lors de leur première chirurgie bariatrique. Quatre patientes sur cinq ont dû être opérées de nouveau en urgence suite à des complications. Les patientes expliquent cette désinformation par un manque d'explications claires de la part du médecin qu'elles n'ont pas osé réinterroger pour certaines, ou alors qu'elles n'ont pas approfondi par confiance<sup>120</sup>. Cet échantillon de données est certes faible mais il reste important à mentionner. En outre, dans notre questionnaire proposé aux soignants 82,2% indiquent qu'une majorité de leurs patients ne sont pas véritablement conscients des risques et conséquences post-opératoires.

La mise en évidence de ces lacunes préopératoires ne fait que renforcer l'importance d'un suivi en amont mais également après l'opération. Ainsi, les recommandations de l'HAS ont un caractère obligatoire depuis 2017, en imposant à tout établissement pratiquant cette chirurgie d'effectuer un suivi avec un rendez-vous les 1, 3, 6 et 12ème mois suivant l'opération se réduisant à tous les 5 ans tout au long de la vie du patient. Or cette recommandation est également peu suivie en réalité.

*« En France, sur les 50 000 patients opérés chaque année, un sur deux est perdu de vue deux ans après l'intervention ou fait l'objet d'un mauvais suivi, ce qui induit un échec thérapeutique à moyen ou long terme avec une reprise de poids significative, une dégradation de l'état et des complications tardives »<sup>121</sup>*

Ainsi, malgré la création de 37 centres spécialisés et intégrés d'obésité sur le territoire, les prises en charge nécessaires après une opération ne semblent pas adéquates. Ceci s'explique par un manque d'informations, de temps et de moyens, mais également par le fait qu'une perte de poids est synonyme de bonne santé. Or il importe d'informer patients et soignants sur les risques après la chirurgie. En effet, l'obligation de ne consommer que de petites quantités

---

<sup>120</sup> Informations recueillies à la suite d'entretiens menés auprès de cinq patientes venues en semaine d'éducation thérapeutique « échec de chirurgie reprise à zéro », au service de nutrition à l'hôpital Rangueil, CHU Toulouse, les 10 et 11 avril 2019.

<sup>121</sup> DE KERVASDOUE Jean, « Chirurgie de l'obésité : trop d'opérations inutiles », *La Tribune*, 28/07/2018. [Disponible en ligne <https://www.latribune.fr/opinions/tribunes/chirurgie-de-l-obesite-trop-d-operations-inutiles-785260.html>], (Consulté le 29/04/19).

d'aliments, entraîne des risques de blocages, de vomissements, de dumping syndrome<sup>122</sup>, de malaises ainsi que des carences vitaminiques dues à une réduction de l'absorption des aliments. Afin de limiter cela, le patient doit fortement surveiller son alimentation et mettre en place une activité physique. Or si le patient n'a pas eu connaissance de ces informations et ne les a pas compris il apparaît peu probable qu'il parviendra à les mettre en œuvre. Certaines complications post-opératoires peuvent également apparaître comme des fistules ou ulcères gastriques nécessitant ainsi le recours à une nouvelle intervention chirurgicale. De fait, il importe ainsi que tous les médecins connaissent la chirurgie bariatrique et les potentielles complications afin d'en déceler au plus tôt les symptômes. L'importance de connaître la chirurgie bariatrique est d'autant plus forte qu'elle peut entraîner des situations de stigmatisations accentuant un impact psychologique déjà présent. En effet, les patients opérés se différencient de la norme de par leur comportement ce qui peut engendrer des jugements. Une exemple : les patients opérés ont un estomac les obligeant à consommer moins d'aliments. Cependant pour avoir un apport énergétique et vitaminique adéquat, il est nécessaire qu'ils mangent de manière plus régulière (6 repas par jours en moyenne). Or un entourage ou même des professionnels de santé peuvent critiquer ceci car il apparaît totalement incohérent qu'une personne opérée pour perdre du poids soit vue en train de manger si souvent. En ce sens, la chirurgie qui vise l'estomac, peut renforcer le stigmate d'une obésité liée uniquement à l'ingestion de nourriture.

Ainsi, la chirurgie présente également un impact psychologique. Il y a notamment un risque de dissociation de la perception du sujet qui ne se reconnaît plus<sup>123</sup>. En ce sens, la chirurgie est une amélioration de la situation qu'à travers le regard d'autrui : famille, soignant, société. En outre, la perte de poids rapide, mais également l'imposition d'un contrôle mécanique par une impossibilité de trop manger, perturbent le sujet, le limitant dans l'appréhension de son corps et cela ne règle en rien d'anciens problèmes de troubles du comportement alimentaire. Ainsi une patiente témoigne : « *L'opération est le frein qui m'empêche de céder à mes envies.* »<sup>124</sup> Le frein existe donc mais l'envie est toujours présente.

---

<sup>122</sup> Le dumping syndrome est une réaction de l'intestin qui perçoit comme une agression la réception rapide d'aliments sucrés ou gras. Cette réception est favorisée par la petite taille de l'estomac. L'intestin se défend alors et cela se ressent sous la forme de malaise, de sueurs, palpitations, fatigue et maux de ventre.

<sup>123</sup> Beaucoup de patients opérés indiquent se sentir mal car ils se voient toujours comme avant et ne perçoivent pas la perte de poids.

<sup>124</sup> Informations recueillies à la suite d'entretiens menés auprès de cinq patientes venues en semaine d'éducation thérapeutique « échec de chirurgie reprise à zéro », au service de nutrition à l'hôpital Rangueil, CHU Toulouse, les 10 et 11 avril 2019.

L'impact psychologique de l'intervention est tel que les personnes ayant subi une chirurgie bariatrique ont 50% plus de probabilité de faire une tentative de suicide qu'avant l'intervention. Cette considération montre que cette intervention ne peut être prescrite de manière générale et nécessite de prendre en compte le patient de manière individuelle et globale. En outre elle doit émaner d'une attente forte car le patient doit être capable de dépasser les possibles conséquences de la chirurgie pour qu'elle soit véritablement efficace. Or ceci n'est pas toujours le cas et nous nous en apercevons à travers ce verbatim :

*« Nous sommes donc 3 minutes dans ce tout premier entretien, elle ne connaît rien de mes antécédents ni de ma situation psy et me demande "On vous a déjà parlé de la chirurgie bariatrique ?" »*

Ici une soignante évoque la possibilité d'une chirurgie à une patiente dont elle ne connaît aucun détail de vécu ou de santé. La volonté de faire perdre du poids présente la chirurgie comme une prise en charge banalisée, chose qu'elle n'est pas.

En outre, des patients peuvent également rencontrer un soignant dans l'espoir de perdre du poids grâce à la chirurgie. Or si le soignant entre dans ce fonctionnement, il devient un prestataire de services, au risque de ne pas prendre en considération des éléments qui pourraient aggraver la situation par la suite. Il s'agirait là d'une vision trop restreinte et focalisée sur la pathologie. Or la chirurgie ne permet pas ici de recouvrir un état de santé antérieur car, même si l'état de santé est globalement amélioré, la chirurgie change le mode de vie du patient engendrant même d'autres pathologies. Ainsi il s'agirait plutôt d'une métamorphose vers un autre état pouvant être plus satisfaisant pour certains mais pas pour d'autres. Ce concept de métamorphose permet de comprendre autrement la chirurgie en prenant en compte son impact global, cependant pour Matthieu Mencia-Huerta et Cristina Lindenmeyer, l'idée d'une métamorphose présente également un risque d'apporter une dimension magique à la chirurgie, promulguée par le patient mais également par le soignant<sup>125</sup>. Ceci met en exergue la dimension de « toute puissance » de l'acte chirurgical. Ainsi, la chirurgie apparaît, certes comme un traitement prometteur, mais qui est limité par une exigence de soigner un corps qui n'entre pas

---

<sup>125</sup> MENCIA-HUERTA Matthieu, LINDENMEYER Cristina, « Chirurgie bariatrique et fantasmes de métamorphose », *Annales Médico-psychologiques*, Paris, février 2019. « Plus particulièrement en chirurgie bariatrique, nous constatons que certains fantasmes inconscients peuvent s'exprimer à travers deux phénomènes [...] rencontrés chez les soignants [...] l'idéalisation de l'intervention et la "psychologisation de l'obésité. Les fantasmes de "rupture" constatés chez certains patients vont manifestement trouver leur pendant dans l'imaginaire des soignants », p.5.

dans la norme, au risque de délaisser un sujet qui peut s'en trouver plus mal encore. Le soignant se focalise sur une problématique médicale à laquelle il faut apporter une solution. Or avec ce comportement, un soignant peut totalement passer à côté d'un autre problème de santé ou bien d'une autre attente du patient. Une patiente révèle l'absurdité de certaines de ces consultations :

« Je suis venue pour une angine, je suis repartie avec une ordonnance pour un by-pass. J'avais toujours mal à la gorge. »<sup>126</sup>

Ce témoignage montre comment une relation de soin peut mal se passer avec des attentes qui ne sont pas entendues et donc une prise en charge qui ne correspond en rien aux besoins du patient.

### **III- Le risque d'une incompréhension menant au refus et au renoncement<sup>127</sup> du soin : entre autonomie et non-discrimination**

La stigmatisation qui se retrouve dans le domaine du soin influence la relation de soin mais également les diverses prises en charge existantes. De fait, lorsque ces situations se présentent il y a un risque pour que le patient refuse ou abandonne le soin. Ces cas sont préoccupants car des personnes ayant besoin d'un accompagnement de santé régulier se retrouvent dans une situation contraire. Le refus de soin fait appel à l'autonomie du patient et est un droit cependant ici il s'agit plus d'un abandon de soin. En ce sens il paraît important d'évoquer le droit à un égal accès au soin qui sous-entend la non-discrimination dans le soin.

Toute prise en charge de soin repose sur une information claire, loyale et appropriée essentielle dont découle le consentement libre et éclairé du patient nécessaire dans le soin. Ce droit du patient et devoir du soignant est affirmé dans le droit français. En ce sens, l'Article

---

<sup>126</sup> Témoignage utilisé dans le livre de MARX Daria et PEREZ-BELLO Eva, *Gros n'est pas un gros mot : chronique d'une discrimination ordinaire*, ed : Libro, 2018.

<sup>127</sup> Le terme *renoncement* dans le soin a notamment été relevé dans un avis de la Commission Nationale Consultative des droits de l'Homme en 2018. Cependant ce terme a été auparavant utilisé dans le 11ème baromètre Ipsos/SPF 2017 afin d'évoquer le cas de patient obligé de renoncer aux soins par manque de moyens.

R4127-36 du code de la santé publique<sup>128</sup> prévoit que lorsque le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus - hors certaines exceptions<sup>129</sup> - quel que soit le motif invoqué, après avoir informé le patient des conséquences. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre le traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. La loi du 2 février 2016 réaffirme ce droit au refus de soin qui découle d'un principe de respect de l'autonomie du patient. Le médecin qui respecte le refus de soin ne commet alors aucune faute<sup>130</sup>. Or la loi met le soignant dans une situation complexe, entre nécessité de respecter le choix du patient d'un côté, et d'un autre, la nécessité de tout faire pour le convaincre, au risque de biaiser un consentement qui doit rester libre et éclairé.

Outre ce point, la loi indique que le médecin doit se demander s'il s'agit réellement d'un refus de soin. En effet plusieurs facteurs entrent en compte, comme la faculté de compréhension du patient et la spécificité de la situation de soin. Ce questionnement nous apparaît d'autant plus essentiel dans notre sujet qui présente plutôt un abandon qu'un refus de soin. Le refus de soin implique directement l'autonomie du soignant. En effet le concept d'autonomie représente la capacité d'une personne à se gouverner elle-même. Ainsi en affirmant un refus, le patient affirme sa position, une liberté de choix et par là-même son identité, en se détachant d'une possible dépendance soignante. Cependant dans notre sujet l'abandon de soin semble plus approprié, ce qui au final, sous l'apparence de l'expression d'une autonomie, met à mal le patient. En effet ici le rejet de soins ne semble pas directement émaner d'une autonomie du patient mais plutôt d'expériences antérieures qu'il rejette. Ce choix peut ainsi refléter un mécanisme de fuite face à une relation jugée inadéquate. En ce sens, le sujet est plutôt privé d'autonomie et de liberté.

En effet, le défenseur des droits a constaté dans un rapport que « *les conséquences pour les usagers discriminés vont du sentiment d'humiliation à un véritable renoncement aux soins* »<sup>131</sup>. Ce mécanisme est également relevé par la Commission Nationale Consultative des

---

<sup>128</sup>Article R.4127-36 du CSP, « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.* »

<sup>129</sup>Article 16-3 du code civil : lorsque le pronostic vital est engagé ou lorsque le patient représente une menace pour la sécurité publique. De plus la jurisprudence ajoute la nécessité qu'il n'y ai aucune autre alternative thérapeutique possible et qu'elle soit proportionnée à l'état de santé du patient *CAA Paris, Plénière, 09-06-1998.*

<sup>130</sup> Cour de Cassation, Chambre criminelle, 3 janvier 1973, n°71-91.820. « *L'information n'a révélé à l'encontre de l'inculpé aucune faute caractérisée qui puisse être un élément constitutif du délit d'homicide involontaire ou du délit de non-assistance à personne en péril, la thérapeutique adéquate prescrite par lui n'ayant pas été appliquée en raison du refus obstiné et même agressif de la dame X...* »

<sup>131</sup> Rapport annuel d'activité 2017 du défenseur des droits [Disponible sur : [www.defenseurdesdroits.fr](http://www.defenseurdesdroits.fr)]

Droits de l'Homme qui révèle que les paroles déplacées ou encore le manque de matériels adaptés engendre un renoncement aux soins<sup>132</sup>. Or ce mécanisme met à mal l'autonomie de la personne. En outre, Delphine Martinot et Jean-Claude Croizet relèvent un mécanisme de protection des personnes stigmatisées qui consiste à se désengager de domaines pour lesquels elles sont considérées inaptes<sup>133</sup>. Ainsi, un sujet qui entend dire régulièrement et par différentes personnes, qu'il n'est pas capable de contrôler son alimentation va tout simplement se désengager de toute lutte en tombant dans le stéréotype précité. Ce désengagement peut même être anticipé par l'individu qui renonce directement à des actions pour lesquelles il se pense inapte. Ainsi, comme le notent les auteurs, « *en se désengageant d'un domaine par anticipation de la difficulté à venir, l'individu réduit l'impact des renforcements négatifs sur son estime de soi* »<sup>134</sup>. Ceci se répercute sur l'accès aux soins puisqu'un grand nombre de patients en situation d'obésité expliquent appréhender un soin ou simplement ne plus avoir envie d'aller à un rendez-vous de soin par peur de subir un mauvais comportement. En effet, dans le questionnaire de recherche, 47,7% des patients interrogés ont indiqué avoir déjà redouté un contact médical par peur d'une stigmatisation ou d'une remarque et 62,7% ont indiqué avoir déjà subi une expérience négative avec un soignant en lien avec la corpulence, le poids ou le mode de vie. Un patient précise : « *Oui plusieurs fois, à tel point que même en sachant être malade, je ne me rends plus chez le médecin ou presque* ». Ainsi, la présence de stéréotypes dans le soin explique l'existence d'incompréhensions qui poussent à un refus ou à un abandon de soin, situation alors discriminatoire et contraire à l'article L1110-3 du CSP.

Les soignants ont la possibilité de refuser des soins pour des raisons personnelles et professionnelles, néanmoins cette possibilité ne doit pas être fondée sur une justification discriminatoire et n'est pas possible en cas d'urgence. De plus il est obligatoire de mettre en place une continuité des soins en s'assurant qu'un autre médecin ou établissement poursuivent la prise en charge. Dans le cas contraire, le refus de soin ne pourra être opposable au patient. Dans notre situation, une incompréhension du soignant face à son patient, un sentiment de ras-

---

<sup>132</sup> CNCDH commission nationale consultative des droits de l'Homme Avis du 22 mai 2018 « Agir contre les maltraitements dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux », « *La CNCDH déplore que des maltraitements puissent être à l'origine du renoncement aux soins chez certains patients. Le traumatisme de paroles déplacées*<sup>108</sup>, le manque de matériel adapté<sup>109</sup>, des injonctions de traitements impossibles à suivre, des reproches en lien avec la méconnaissance de la situation des personnes, ainsi que des actes discriminatoires poussent des patients au renoncement. », p.28

<sup>133</sup> CROIZET Jean-Claude et LEYENS Jean-Philippe (eds.), *Mauvaises réputations : réalités et enjeux de la stigmatisation sociale*, éd : Armand Colin, Paris, 2003. J.-C. Croizet et D. Martinot, « Stigmatisation et estime de soi », Chapitre 1, p.28

<sup>134</sup> *Op. cit.*, p.30



le-bol ou encore un sentiment d'incompétence peuvent mener le soignant à refuser de prendre en charge un patient. Or ici les raisons invoquées nous paraissent difficilement défendables, au risque de correspondre à un refus discriminatoire. La discrimination est directement associée à une situation de vulnérabilité. En droit, la Cour européenne des droits de l'Homme est la première à utiliser le concept de vulnérabilité pour fonder un préjudice par discrimination<sup>135</sup>. Le droit français a par la suite condamné des actes jugés discriminatoires. En effet, des jugements, qui portent notamment, sur l'apparence physique sont punis par l'article 225-1 du code pénal qui indique que « *constitue une discrimination, toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur apparence physique...* ». Cependant l'application d'un préjudice de discrimination n'est pas évident. En effet pour qu'il soit acceptable, et débouche donc sur un dédommagement, il est nécessaire qu'il y ait eu un empêchement dans l'accès à un droit de la personne. Or dans notre sujet, même s'il existe un droit d'égal accès à tous à la santé, indiqué à l'article L.1110-1 du CSP, dont la protection est une valeur constitutionnelle<sup>136</sup> consacré au niveau européen<sup>137</sup>, le refus d'un soignant ne limite pas la possibilité du patient de son droit de choisir une autre possibilité de prise en charge. Il apparaît compliqué de caractériser juridiquement cette situation.

Ces situations, qu'il y ait discrimination ou non, créent ou renforcent des inégalités dans l'accès aux soins, mettant à mal un désir de prendre soin de sa santé. Elles peuvent alors mener à des aggravations de la maladie, avec une prise de poids ou par une aggravation de risques déjà présents mais également par une prise en charge inadéquate. En effet lorsque l'accès aux soins est évoqué ce n'est pas seulement par le fait d'aller consulter mais également par l'existence de prises en charge ou de matériels adaptés. Par exemple, le médecin Didier Ménard, auditionné par la CNCDH le 14 février 2018<sup>138</sup> évoque le cas de soignants qui ne voient pas l'intérêt de parler de contraception ou de sexualité à des personnes en surpoids car « *cela ne les concernent pas* ».

---

<sup>135</sup> CEDH, Arrêt Dudgeon contre Royaume-Uni du 22 octobre 1981

<sup>136</sup> Alinéa 11 préambule de la constitution de 1946, « *[La Nation] garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* ».

<sup>137</sup> Article 11 Charte sociale européenne, « *Toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre* ».

<sup>138</sup> CNCDH commission nationale consultative des droits de l'Homme, Avis du 22 mai 2018 « *Agir contre les maltraitements dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux* ». 76p. Adopté avec 20 voix pour, 7 contre et 7 abstentions lors Assemblées plénière. (Auditions des différents acteurs du systèmes de soins en France : soignants, patients, associations)

## Conclusion de la première partie

Cette première partie met en évidence l'impact de la stigmatisation dans le soin qui influence la relation de soin mais également les prises en charge médicales du poids. Or ces situations nous apparaissent contradictoires à la relation de soin mais également aux attentes des patients. Ces derniers soulèvent à travers des témoignages une volonté de neutralité et un discours sans jugement ainsi qu'une écoute<sup>139</sup>. Or si cela n'est pas mis en œuvre, la confiance nécessaire à la relation de soin ne se fait pas et le patient comme le soignant peuvent adopter des comportements qui mettent à mal la relation en limitant par exemple la communication, là encore essentielle à la rencontre. En ce sens, la stigmatisation peut être considérée comme un facteur de risque de morbidité et de mortalité<sup>140</sup>. Ainsi, dans une volonté politique de lutte contre l'obésité il apparaît rapidement contradictoire de vouloir accompagner des patients qui sont en même temps rejetés dans notre société. Il importe alors d'informer sur l'impact de la stigmatisation dans le soin, permettant peut-être une prise de conscience collective et individuelle. La remise en cause qui peut s'en suivre ne présente rien de péjoratif, elle est certes complexe mais peut s'acquérir. Chaque individu que nous sommes est inscrit dans un fonctionnement social inconscient qui gouverne une partie de nos actions. Il ne s'agit pas de renverser la stigmatisation mais bien d'essayer de la percevoir, de la comprendre, pour à long terme parvenir à l'éviter. La mise en lumière des témoignages permet de comprendre une rupture qui peut s'établir dans la relation de soin, soit par des paroles conscientes ou non qui s'inscrivent dans un processus de stigmatisation ou bien par des prises en charge jugées inadéquates pouvant justifier d'un abandon de soins. Ainsi, cette première partie met en évidence ce qu'il peut se passer lorsqu'une relation de soin fonctionne mal avec les enjeux que cela engendre. Il importe de poursuivre cette analyse en étudiant les évolutions de la perception du corps gros au cours de l'histoire afin de comprendre son influence avec le soin par le biais d'une médicalisation de la corpulence. Cette évolution se répercute aujourd'hui, non sans incidences, puisqu'elle permet de comprendre que le patient et le soignant sont des sujets sociaux dont les perceptions sont socialement et historiquement construites.

---

<sup>139</sup> Informations relevées au cours de divers témoignages dans le cadre de la réalisation du mémoire, de novembre 2018 à mai 2019.

<sup>140</sup> PAUSE Cat, « Die another day : the obstacles facing fat people in accessing quality healthcare », *Narrative Inquiry in Bioethics*, 2014

## **PARTIE II- Vers une compréhension du problème dénoncé : les influences de perceptions socialement construites et divergentes**

Nous comprenons à travers les témoignages que différentes perceptions s'affrontent lors de la prise en charge. Nous supposons que ceci est due aux représentations qui se rencontrent. Mais alors, d'où viennent ces représentations ? Leurs évolutions influencent-elles les perceptions au point de les rendre contradictoires ? En outre ces contradictions et la persistance des représentations dans le soin peuvent-elles s'expliquer par des lacunes et des inégalités au sein même de la formation des soignants ?

### **Chapitre 1 : La construction du rapport au corps gros de la société à la médecine**

Dans ce premier chapitre, il paraît intéressant de faire un retour historique pour observer la construction des représentations sociales. L'évolution du regard de la société, associé au phénomène de médicalisation, explique-t-elle les représentations sociales actuelles ?

#### **I- L'évolution de la perception du corps gros dans l'histoire**

Au gré des évolutions sociétales le corps, sa perception et sa catégorisation dans une norme n'ont cessé de se mouvoir selon des considérations esthétiques, sociales voire médicales. Maria Michela Marzano indique que le corps est construit par la culture, il diverge donc selon les sociétés<sup>141</sup>. Si nous prenons comme premier exemple la Vénus callipyge<sup>142</sup>, sculptures féminine présente de la Préhistoire à l'Antiquité, nous voyons alors que le corps gros de la femme était vénéré comme symbole de fécondité et de protection contre la précarité alimentaire. Ici l'image du corps est rattachée à quelque chose d'essentiel pour la survie de la population. Or, au fur et à mesure du développement des sociétés, des valeurs plus esthétiques ont pris le pas sur la représentation réaliste des corps. L'idée serait alors de rechercher le corps idéal, recherche bien complexe puisqu'il s'agit là d'une construction sociale imprégnant une société donnée dans son fonctionnement et dans son mode de pensée. Ainsi, notre société occidentale

---

<sup>141</sup> MARZANO PARISOLI Marie Michela, *Pensez le corps*, éd. PUF, coll. Questions d'éthique, 2002, « le corps n'est rien d'autre qu'une idée historique, c'est-à-dire le simple produit de la construction culturelle de la société, le corps humain est toujours et d'abord une entité réelle, une réalité matérielle, le substrat charnel de chaque personne », p.13

<sup>142</sup> Annexe n°2

contemporaine érige en norme de beauté le corps très mince, cependant nous comprenons que cela n'a pas toujours été le cas. Un autre exemple existe avec les sculptures et peintures de la Renaissance, nous nous rendons compte que la norme de beauté est moins sévère et prône davantage les rondeurs corporelles. Le corps, principalement celui de la femme, est apprécié tant qu'il est bien portant. Ceci s'explique par une représentation qui associe les rondeurs comme marques de bonne santé et d'une certaine condition de vie à une époque où les crises de famines frappent.

Ainsi, la recherche d'un idéal corporel ne peut se faire qu'à travers une norme. Nous supposons que cette norme est un niveau défini par des seuils qui fixent les limites à partir desquelles quelque chose n'est plus jugée acceptable selon le contexte social précis<sup>143</sup>. La norme n'est donc pas figée mais évolue au fur et à mesure de la société. Ceci concerne également l'image du corps, érigée en norme qui, comme l'indique Maria Michela Marzano, peut être « *désirable à une époque puis répudiée à la suite de la transition vers un autre paradigme* »<sup>144</sup>. La norme est alors une notion capitale pour comprendre comment le corps gros est perçu. La notion de norme est d'autant plus intéressante qu'elle conditionne le niveau de tolérance des individus. Ainsi, selon le corps idéal prôné correspondant à une norme, le seuil de tolérance est plus grand ou plus faible. Nous observons ces variations de normes corporelles au cours de l'Histoire et selon les contextes sociaux.

Dès l'Antiquité l'excès d'embonpoint est vu comme un risque pour la santé. En effet, Julia Csergo évoque les médecins grecs Hippocrate et Galien qui relevaient déjà les risques des « *chairs grasses* »<sup>145</sup>. Outre cet aspect inquiétant, le trop que représente ce corps prend un aspect comique<sup>146</sup>. Dans son étude l'auteure propose une interprétation plurielle de la représentation de ce corps à cette époque, entre dégoût, aspect moralisateur et identification protectrice que ce corps peut présenter face aux agressions extérieures.<sup>147</sup>

---

<sup>143</sup> Dictionnaire Larousse, « norme », « Règle, principe, critère auquel se réfère tout jugement », [Disponible en ligne : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/norme/55009>]

<sup>144</sup> MARZANO PARISOLI Marie Michela, *Pensez le corps*, éd. PUF, coll. Questions d'éthique, 2002, p.15

<sup>145</sup> CSERGO Julia, « Quand l'obésité des gourmands devient une maladie de civilisation. Le discours médical 1850-1930 », dans CSERGO Julia (dir.), *Trop gros ? L'obésité et ses représentations*, éd. Autrement, coll. Mutations, 2009, p.14-29 « *L'excès de poids et les risques sanitaires qui lui sont attachés ont retenu l'attention des médecins depuis l'Antiquité : Hippocrate, évoquant les menaces auxquelles sont exposées les chairs grasses, qu'il dit "flasques" et "humides", en soulignait les faiblesses susceptibles d'entraîner mort subite, impuissance et stérilité ; Galien esquissait les origines alimentaires de la prise de poids* », p.15

<sup>146</sup> *Op cit*, p.12

<sup>147</sup> *Idem*, p.15

Dès le Moyen-âge, le gros ventre donne l'image du bon gourmand, le « *gastronome* » comme l'indiquait plus tard Brillat-Savarin dans son œuvre *Physiologie du goût*<sup>148</sup>. La situation d'embonpoint représente la personne ayant une aisance financière où une situation particulière. Or ceci entre très vite en contradiction avec les valeurs de la religion chrétienne qui prend de l'ampleur en France à cette époque. Ainsi, malgré un début de préoccupation sanitaire à ce sujet, ce sont plus les inquiétudes morales qui vont façonner les représentations sociales. En effet la gourmandise est l'un des sept pêchés capitaux auquel il ne faut pas se laisser aller. Ce péché ne voit pas directement en l'acte de manger une chose moralement mauvaise, c'est plutôt dans le cœur que cela se joue par le fait de laisser ses passions et désirs contrôler sa vie<sup>149</sup>. Ainsi c'est à cette époque que naît une première relation entre le corps gros, synonyme de gourmandise et d'un manque de contrôle de la personne. Un jugement moral est porté sur une personne en raison de son apparence. Ainsi la prise de nourriture est très contrôlée et s'inscrit alors dans une démarche qui devient morale et culturelle. Comme l'indique Silvana Vecchio, « *le but est de plier le corps aux exigences de l'âme* »<sup>150</sup>. Le corps gros devient alors une preuve visuelle de l'immoralité de l'âme autorisant une culpabilisation de la personne. De plus, en pervertissant son âme, l'individu risque de tomber dans l'idiotie et la violence. En effet, le plaisir culinaire devient grave et inquiétant quand il fait s'éloigner de la charité envers l'autre car le gourmand mange plus que de besoin et risque de priver des nécessiteux. Le corps gros est aussi perçu comme une violence volontairement imposée par le sujet sur lui-même. Il importe de noter que cette perception de la gourmandise diffère selon les classes sociales : la gourmandise devient symbole de puissance chez la noblesse. En outre, l'embonpoint est marqueur de richesse, de puissance et de santé en période de crises alimentaires : les personnes présentant un embonpoint sont celles qui ont un accès à la nourriture<sup>151</sup>.

Ainsi, nous voyons que malgré des variations du seuil de tolérance, le corps gros reçoit des perceptions ambiguës. Entre le XVI et le XVIIIème le corps gros sera perçu comme une monstruosité, image accentuée par les traités de dissections et d'anatomies qui commencent à être réalisés<sup>152</sup>. L'arrivée du discours médical ne permet pas de rompre avec ces représentations car c'est surtout une dimension esthétique qui est visée : le corps gros n'est pas principalement

---

<sup>148</sup> BRILLAT-SAVARIN Jean Anthelme, *La physiologie du goût*, éd : Flammarion, 1982 (1ère éd. 1824), p.66

<sup>149</sup> VECCHIO Silvana, Dir. Julia Csergo, « La faute de trop manger : la gourmandise médiévale entre éthique et diététiques », p.33-43, dans CSERGO Julia (dir.), *Trop gros ? L'obésité et ses représentations*, éd. Autrement, coll. Mutations, 2009.

<sup>150</sup> Op. cit., p.34

<sup>151</sup> VIGARELLO Georges, *Les métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité*, éd : Seuil, 2010, « *En temps de précarité, le gros fut signe de richesse et de santé* », p.197

<sup>152</sup> Op. cit., « Entre le "gros" et le "très gros" monstrueux et morbide, aucune échelle n'est encore établie. », p.201

rejeté du fait des complications de santé qui peuvent être en lien mais parce qu'il est considéré comme laid<sup>153</sup>. Cependant l'évolution sociétale entre le XIXème et le XXème siècle continue de garantir une perception de l'embonpoint comme synonyme de richesse et de réussite<sup>154</sup> du moins pour l'homme. En effet, le prolétariat fait apparaître l'homme présentant un embonpoint comme le patron riche détenant le pouvoir<sup>155</sup>. L'essor économique et social associé à cette époque pousse la bourgeoisie puis la classe ouvrière à copier les comportements des plus aisés. L'auteur Karin Becker dénonce à cette époque des actes de « *gloutonneries* » qui consistent alors à manger beaucoup de produits de mauvaise qualité<sup>156</sup>. Cependant, rapidement les rejets du capitalisme et de l'image du riche qui consomme plus que de raison entraînent un rejet général de cette société de consommation puis un rejet du corps gros. La norme devient alors la minceur. Paradoxalement, la norme de contrôle imposée par l'industrialisation de la société entraîne une norme de l'effort qui s'étend jusqu'aux valeurs esthétiques avec des exigences de plus en plus fortes de contrôle des corps<sup>157</sup>. En outre ce contrôle semble alors se renforcer au fur et à mesure que le corps se dévoile notamment pour la femme. En effet, dès le XIXème siècle, le corps prend de plus en plus d'importance et attire les regards<sup>158</sup>. Ceci est notamment dû à l'évolution de la médecine qui se penche de plus en plus sur lui et donc sur les possibilités de modifications et de réparations corporelles. Le corps se dévoile, voire se dénude, au début du XXème siècle avec un vêtement qui vient suggérer la silhouette<sup>159</sup>. En outre, l'influence du cinéma hollywoodien au milieu du XXème siècle fait apparaître une nouvelle iconographie féminine. La pin-up représente ainsi un idéal féminin tout en formes. Or les revendications émancipatrices qui s'en suivent, influencées par la mode des années 1960 avec l'icône Twiggy par exemple, développe un culte de la minceur. La presse, le cinéma, la télévision et les

---

<sup>153</sup> VECCHIO Silvana, « La faute de trop manger : la gourmandise médiévale entre éthique et diététiques », dans CSERGO Julia (dir.), *Trop gros ? L'obésité et ses représentations*, éd. Autrement, coll. Mutations, 2009, p.44

<sup>154</sup> BECKER Karine, « L'embonpoint du bourgeois gourmand dans la littérature française du XIXème siècle », dans CSERGO Julia (dir.), *Trop gros ? L'obésité et ses représentations*, éd. Autrement, coll. Mutations, 2009, p.62-73

<sup>155</sup> VILTARD Henri, « Gros méchant : Jossot et l'image discriminante », dans CSERGO Julia (dir.), *Trop gros ? L'obésité et ses représentations*, éd. Autrement, coll. Mutations, 2009, p.176-198.

<sup>156</sup> CSERGO Julia, « Quand l'obésité des gourmands devient une maladie de civilisation. Le discours médical 1850-1930 », dans CSERGO Julia (dir.), *Trop gros ? L'obésité et ses représentations*, éd. Autrement, coll. Mutations, 2009, p.14-29

<sup>157</sup> GRACIA Mabel et CONTRERAS Jesus, « Corps gros, corps malades ? Une perspective socioculturelle », *Corps*, n°4, 2008, « Le régime moderne est lié à un mouvement plus vaste de régularisation et de contrôle social des conduites humaines, à travers la normalisation diététique qui émerge à partir de l'Europe protestante dès le xviii siècle, et qui est diffusée par les pays occidentaux en coïncidant avec l'expansion du système capitaliste. Elle représente une pratique disciplinaire de gouvernement du corps associée à la rationalisation de la vie quotidienne », p.66

<sup>158</sup> VIGARELLO Georges, « L'obésité et l'épreuve du moi », dans CSERGO Julia (dir.), *Trop gros ? L'obésité et ses représentations*, éd. Autrement, coll. Mutations, 2009, p.123-135

<sup>159</sup> VIGARELLO Georges, *La robe. Une histoire culturelle- Du Moyen-Âge à aujourd'hui*, éd : seuil, 2017.

publicités commencent à promouvoir des images de femmes toujours plus minces et donc plus belles. De nos jours, ceci est fortement accentué par les réseaux sociaux. L'importance portée à l'apparence renforce celle portée au corps ; elle est telle que David Le Breton indique que « *la présentation physique de soi semble valoir socialement pour une présentation morale* »<sup>160</sup>. De plus, comme le dit Isabelle Queval, « [le corps] *est de mieux en mieux connu, entretenu, soigné, réparé et appareillé* »<sup>161</sup>. Ainsi le développement de la pratique médicale n'est pas sans importance quant à l'évolution du regard sur le corps.

## II- Le tournant de la médicalisation du corps gros et des situations d'obésités

Pour parler de médicalisation, nous reprenons les propos de Peter Conrad évoquant en 1992 un processus qui définit et traite des problèmes en termes de maladie ou de dysfonctionnement alors que ceux-ci ne sont pas des problématiques médicales à l'origine<sup>162</sup>. En ce sens, les situations d'obésités vont être extraites du domaine social pour être comprises de manière plus scientifique au fur et à mesure des avancées de la connaissance médicale. Ainsi, la médicalisation de l'obésité a permis de faire évoluer les perceptions et les connaissances sur le sujet. Cependant la médicalisation apporte ses propres représentations qui standardisent et catégorisent une situation présentant des risques pour la santé. Ainsi, au fur et à mesure de l'évolution médicale, le corps gros est devenu symptomatique à part entière sans prendre en compte les diverses variations qui peuvent exister entre les corps des différents individus. Ce processus de médicalisation a un impact aujourd'hui dans la prise en charge de l'obésité, et ceci d'autant plus au regard du long cheminement de médicalisation du corps gros. En effet, dès l'Antiquité, les médecins et savants se sont intéressés à la question de l'obésité en y voyant une « *infirmité fâcheuse* »<sup>163</sup>. Malgré de premières démarches médicales, la perception scientifique va se confondre entre valeurs morales et croyances.

Georges Vigarello indique que pendant longtemps la santé est perçue en rapport avec les humeurs. De fait, l'obésité est vue comme un excès de liquide dans le corps et la solution proposée est de favoriser les aliments secs. L'auteur cite l'exemple des femmes qui

---

<sup>160</sup> LE BRETON David, *La sociologie du corps*, éd : PUF, coll : Que sais-je ?, 1992, p.22

<sup>161</sup> QUEVAL Isabelle, *Le corps aujourd'hui*, éd : Gallimard, 2008, quatrième de couverture.

<sup>162</sup> CONRAD Peter, « Medicalization and social control », *Annual Review of sociology*, Vol. 18.209, august 1992, « *un processus selon lequel des problèmes non médicaux en arrivent à être définis comme des problèmes médicaux, le plus souvent en terme de maladies ou de troubles* », p.209.

<sup>163</sup> POULAIN Jean-Pierre, *Sociologie de l'obésité*, éd. PUF, 2009, p. 154

consommaient de la craie pour assécher leur corps<sup>164</sup>. Outre la représentation des humeurs, les croyances religieuses que nous avons évoquées ont elles aussi influencé la prise en charge de l'obésité. Ainsi, des affirmations pseudo-médicales sont retrouvées dans l'encyclopédie moralisée *Summa de Exemplis* de Jean de San Gimignano publiée en 1497 : « *L'obésité excessive engendre les pires maladies. En réalité les corps obèses et trop gras sont très mauvais et prédisposent aux pires maladies, parce qu'en eux la chaleur naturelle est étouffée [...] En second lieu, l'obésité empêche l'activité de l'âme, autrement dit, elle fait obstacle aux sens et à l'intelligence* »<sup>165</sup>. Ces propos illustrent l'association faite entre anomalie du corps et dégradation de l'âme dans le discours médical.

Puis, toujours selon Georges Vigarello, se répand l'idée dans le seconde moitié du XVIIIème siècle que le corps doit être tonifié. En outre, le lien entre l'alimentation et la prise de poids commence à s'établir. Puis, les progrès mènent à comprendre le corps comme fait d'énergie ayant besoin de combustibles pour fonctionner. Ainsi, les graisses représentent une « *substance issue d'une énergie non brûlée* »<sup>166</sup>. Le regard se focalise alors d'autant plus sur l'alimentation et ce notamment par l'apport d'un auteur gastronome Jean Anthelme Brillat-Savarin qui s'est intéressé à la question de l'obésité dans son œuvre *Physiologie du goût* publiée en 1824. Il y apporte une vision plus positive de l'obésité et de sa prise en charge<sup>167</sup> exprimant beaucoup de bienveillance quant aux personnes en situation d'obésité. De plus, l'auteur met en relation le plaisir de l'alimentation avec l'obésité et essaye d'apporter des explications scientifique par une étude de la société. Ainsi, il donne quatre cause de l'obésité : « *le prédisposition naturelle des individus* », la « *principale cause de l'obésité est dans les farines et féculés dont l'homme fait la base de sa nourriture journalière* ». Ce second point est intéressant car l'auteur s'inscrit dans une démarche scientifique où l'on commence à percevoir les aliments selon leur composition chimiques. Ensuite il évoque « *une double cause d'obésité résulte de la prolongation du sommeil et du défaut d'exercice* », « *une dernière cause d'obésité consiste dans l'excès du manger et du boire* »<sup>168</sup>. Mais Brillat-Savarin, qui n'est pas un

---

<sup>164</sup> GLON Marie et VAN DYK Katharina, « Entretien avec Georges Vigarello », *Repères, cahier de danse*, n°24, 2009, « *Au XVIè siècle [...] des femmes de la cour vont jusqu'à manger de la craie pour assécher les humeurs et maigrir* », p.9

<sup>165</sup> DE SAN GIMIGNANO Jean, *Summa de exemplis ac similitudinibus rerum : noviter impressa*, éd : Broché, 1970 (1ère éd. 1497), chapitre XXXI.

<sup>166</sup> VIGARELLO Georges, *Les métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité*, éd : Seuil, 2010, « En temps de précarité, le gros fut signe de richesse et de santé », p.203

<sup>167</sup> BRILLAT-SAVARIN Jean Anthelme, *La physiologie du goût*, éd : Flammarion, Paris, 1982 (1ère éd. 1824), « *Si j'avais été médecin avec diplôme, j'aurais d'abord fait une bonne monographie de l'obésité ; j'aurais ensuite établi mon empire dans ce recoin de la science, et j'aurai eu le double avantage d'avoir pour malades les gens qui se portent le mieux et d'être journellement assiégé par la plus jolie moitié du genre humain* », p.215

<sup>168</sup> *Op. cit.* p.219 à 221



scientifique, ne s'arrête pas aux seules explications et propose un traitement : la « *ceinture antiobésique* »<sup>169</sup>. L'intérêt est de porter une ceinture qui est à la même *pression* afin que l'individu décèle le moment où il a atteint la satiété. La ceinture devra alors être resserrée au fur et à mesure que la corpulence diminue. Se développe alors un contrôle sur le corps qui émerge et qui est légitimé par une approche qui se veut plus scientifique. Outre cet apport, l'auteur s'inscrit dans une perception de l'obésité comme situation presque anormale voire monstrueuse<sup>170</sup>. Ceci se retrouve dans le terme médical « *polysarcie* »<sup>171</sup> utilisé à cette époque pour qualifier l'obésité sévère ou morbide de nos jours. En effet, ce terme définit une « *hypertrophie général des muscles et du tissu adipeux* »<sup>172</sup> ce qui met en avant l'aspect anormal de ce corps. Il s'agit là d'un premier rapport à la norme appliqué à l'obésité.

En reprenant les échanges épistolaires du XVIIIème siècle entre le philosophe et économiste écossais David Hume et son médecin, Hilde Bruch va, en 1950, mettre en évidence des facteurs psychologiques pouvant expliquer les situations d'obésités. La psychanalyste essaye d'élaborer une logique fonctionnelle de diagnostic de l'obésité<sup>173</sup>. Pour sa part, le sociologue Jean-Pierre Poulain voit dans ces échanges datés du siècle des Lumières le moment d'un passage de l'obésité problématisée de l'ordre moral au domaine médical car D. Hume ressent le besoin d'échanger avec son médecin sur sa situation d'obésité. En parallèle, l'émergence de la psychiatrie française, entre le XIXème et le XXème siècle, va accentuer une recherche de troubles nerveux ou émotionnels comme outils de lecture de l'obésité. Il est également très intéressant de relever que ces recherches vont mettre en évidence un paradoxe entre la norme sociale en vigueur et le discours médical. En effet, Francis Heckel écrit en 1911 :

*« Il me faut signaler, ici, un contresens esthétique, répandu à travers le monde entier et auquel toutes les femmes se soumettent : la mode, en effet, les oblige à rester obèses. Afin d'avoir des épaules et un décolleté appétissant, elles se doivent d'avoir de la graisse autour du cou, des*

---

<sup>169</sup> *Op. cit.* p.233

<sup>170</sup> *Op. cit.*, « *J'entends par obésité cet état de congestion graisseuse où, sans que l'individu soit malade, les membres augmentent peu à peu de volume, et perdent leur forme et leur harmonies primitives* », p.215

<sup>171</sup> MACCARY Ange *Traité sur la polysarcie*, éd : Crochard, 1811

<sup>172</sup> Centre National de Ressources Textuelles et Lexical, « Polysarcie », Dictionnaire en ligne [Disponible en ligne : <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/polysarcie>]

<sup>173</sup> BRUCH Hilde, *Les yeux et le ventre, l'obèse, l'anorexique*, éd: Payot, Paris, 1975

*clavicules et des seins [...]. Maigrir constitue donc pour une femme un véritable sacrifice, car cela signifie renoncer à ce que le monde apprécie le plus en elle »<sup>174</sup>.*

Nous observons ici un discours médical qui commence à avertir des risques qu'engendre une situation d'embonpoint, déjà dès la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle les médecins n'hésitent pas à utiliser un discours moralisateur. En outre, l'idéologie de gourmandise laisse place, à travers les alertes des médecins à une image très négative du corps gros. Ceci est accentué par le développement de la société et de la grande distribution. Julia Csergo parle alors d'une «*pathologie du siècle de l'abondance et de la modernité* »<sup>175</sup>. L'idéologie rassurante du gros ventre devient une inquiétude médicale qui peut porter à la culpabilisation des individus.

La médicalisation de l'obésité se poursuit avec un article publié en 1924 dans le Larousse médical illustré qui donne une définition, des normes de catégorisation ainsi qu'une méthode pour mesurer les corpulences<sup>176</sup>. L'article parle de «*juste embonpoint* » ce qui fait référence à la norme mais évoque toujours un aspect moralisateur.

Malgré cette inscription dans le domaine médical, les situations d'obésités restent des problématiques à la limite entre le social et le médical. En effet en 1970, dans une logique de dépenses de santé, les compagnies d'assurances nord-américaines mettent en évidence le risque encouru par les fortes corpulences quant à l'espérance de vie<sup>177</sup>. Cette annonce relance des études qui établissent une accentuation des risques de diabète ainsi que des problèmes cardiovasculaires. L'obésité devient un facteur de risque. La situation d'obésité est officiellement qualifiée de maladie en 1993 avec son apparition dans la nosographie de l'International Classification of Diseases<sup>178</sup>. La médicalisation de l'obésité se poursuit en prenant des airs d'alertes sanitaires. En 2001 le Gouvernement français s'engage à lutter contre l'obésité avec la mise en oeuvre du programme national nutrition santé<sup>179</sup>. Puis en 2003 un

---

<sup>174</sup> HECKEL Francis, *La névrose d'angoisse et les états d'émotivité anxieuse : clinique, pathogénie, traitement*, éd : Hachette BnF, 2013, (1<sup>ère</sup> édition 1917)

<sup>175</sup> CSERGO Julia, « Quand l'obésité des gourmands devient une maladie de civilisation. Le discours médical 1850-1930 », dans CSERGO Julia (dir.), *Trop gros ? L'obésité et ses représentations*, éd. Autrement, coll. Mutations, 2009,

<sup>176</sup> Larousse Médical Illustré, ed. : Galtier-Boissière Docteur, 1924 « *une exagération de la quantité de graisse existant normalement entre les organes [...] et apparition de la graisse dans le tissu même des viscères et dans le sang* ». « *Le juste embonpoint fait place à l'obésité dès que le poids de l'individu est supérieur en kilogrammes au nombre de centimètres de sa taille du mètre* »

<sup>177</sup> FISCHLER Claude, *L'Homnivore*, éd : Odile Jacob, Paris, 1990

<sup>178</sup> La nosographie officielle est l'International Classification of Diseases : : ICD-10-CM, OMS, 1993

<sup>179</sup> Programme National nutrition santé 2001-2005, <https://solidarites-sante.gouv.fr>

rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé fait suite à une enquête de l'ObEpi qui alerte sur la progression de l'obésité dans le monde et rappelle la nécessité de lutter contre<sup>180</sup>.

Ces actions montrent la place de la situation d'obésité dans le domaine médical. Cependant la médicalisation de l'obésité se poursuit lorsque la recherche de la norme médicale, comme pratique nécessaire au diagnostic s'effectue par l'utilisation d'un outil précis.

### **III- Normalisation du corps par le développement d'outils médicaux de mesure de la corpulence**

Le diagnostic fonctionne par rapport à des représentations permettant de délimiter le normal du pathologique. En ce sens, l'acte de soin se base sur une référence de normes. Ainsi ces normes sont le plus souvent mesurées ou identifiables par l'utilisation d'outils ou d'images qui ont nécessairement un impact dans la relation de soin. C'est également le cas dans notre sujet puisque l'Indice de Masse Corporelle (IMC) est internationalement reconnu comme l'outil de mesure de la corpulence, permettant de diagnostiquer les situations de sous-nutrition, de surpoids ou d'obésité<sup>181</sup>. Il permet par un calcul (Poids/Taille au carré) d'obtenir une donnée chiffrée qui, placée sur un graphique ou une échelle, donne une représentation de la situation dans laquelle se situe l'individu. En effet, l'IMC fonctionne par l'établissement de seuils selon les corpulences : Famine, maigreur, corpulence normale, surpoids, obésité modérée, obésité sévère, obésité morbide. Il est intéressant d'observer que sur la représentation donnée par la Haute Autorité de Santé (HAS)<sup>182</sup> seule l'obésité est représentée en code de couleurs : le « poids normal » reste blanc, sans couleur (IMC entre 18,5 et 24,9), le « surpoids » en rouge (IMC entre 25 et 29,9), l'obésité de classe I en bleu (IMC entre 30 et 34,9), l'obésité de classe II en rose (IMC entre 35 et 39,9) et l'obésité de classe III en orange (IMC supérieur ou égale à 40). L'HAS rappelle que l'IMC est un outil médical, praticable par les soignants lors de la consultation médicale. Dans notre société cet outil est également utilisé pour diagnostiquer les fortes corpulences. Cependant, malgré des recommandations portées par l'HAS, l'IMC est de plus en plus critiqué.

---

<sup>180</sup> CHARLES Marie-Aline, BASDEVANT Arnaud, ObEpi 2003- « L'obésité et le surpoids en France ». *Dossier de presse Laboratoires Roche*, 17 juin 2003, Hôtel Dieu, Paris

<sup>181</sup> OMS, « L'indice de masse corporelle (IMC) est un moyen simple de mesurer l'obésité dans la population : il correspond au poids de la personne (en kilogrammes) divisé par le carré de sa taille (en mètres). » <https://www.who.int/topics/obesity/fr/>

<sup>182</sup> Annexe n°3

En 1832, les premières recherches sur la mesure de la corpulence font apparaître un lien avec la recherche du poids idéal. Dès 1833 Adolphe Quetelet invente l'équation utilisée pour calculer l'IMC<sup>183</sup>, mais ce n'est qu'en 1972 que le chercheur Ancel Keys baptise ce ratio « *body mass index* »<sup>184</sup>. Puis en 2000 l'Organisation Mondiale de la Santé définit l'IMC comme outil officiel de calcul de la corpulence car il est facile d'utilisation et demande peu de données<sup>185</sup>. En ce sens l'IMC est d'abord un outil de mesure au niveau populationnel, or il devient un outil de mesure individuel. En effet, l'affirmation de l'IMC comme outil de diagnostic individuel arrive en France en 2003 selon Thibaut de Saint Pol<sup>186</sup>. En outre, dans cette lutte contre l'obésité et le surpoids, en 2011, l'HAS recommande aux médecins généralistes de calculer l'IMC à chaque première consultation et d'en vérifier l'évolution<sup>187</sup>. L'IMC devient alors le principal outil de mesure des corpulences, or il présente des lacunes. Tout d'abord, il ne prend pas en considération plusieurs facteurs importants, notamment l'âge de l'individu ou encore son origine. De plus, les seuils de l'IMC ont été élaborés par des études menées sur des populations caucasiennes, européennes et américaines. Or les corpulences peuvent évoluer selon les populations. Jean-Pierre Poulain évoque de grandes disparités entre la population de la métropole française et celle de la Polynésie où les corpulences sont plus élevées et où le seuil d'obésité est donc plus facilement atteint (40% de taux d'obésité) sans pour autant que la population présente plus de pathologies associées ou d'augmentation de la mortalité<sup>188</sup>. En outre, l'auteur Peter Kopelman déplore une utilisation trop simpliste de l'IMC qui ne donne qu'une mesure approximative<sup>189</sup> avec un risque de banaliser le diagnostic de l'obésité sans l'identifier correctement. En ce sens, Max Lafontan, indique que l'IMC ne donne « *qu'une évaluation sommaire sur la corpulence* »<sup>190</sup> car cet outil délaisse l'importance de la répartition de la masse grasse dans le corps ce qui ne permet pas de distinguer les différentes formes de

---

<sup>183</sup> QUETELET Adolphe, *Recherche sur le poids de l'homme aux différents âges*, mémoire, Académie royale de Bruxelles, 1832

<sup>184</sup> KEYS Ancel, « Indices of relative weight and obesity », *Journal of Chronic Diseases*, vol. 25, July 1972.

<sup>185</sup> POULAIN Jean-Pierre, *Sociologie de l'obésité*, Puf, 2009, p.189

<sup>186</sup> DE SAINT POL Thibaut, « Comment mesurer la corpulence et le poids "idéal" ? : Histoires, intérêts et limites de l'Indice de masse corporelle », *Notes et Documents*, 2007, Paris, « *En France, au cours du mois de novembre 2003, le Ministre de la santé, Jean-François Mattei, a fait parvenir à tous les médecins généralistes de France deux disques de mesure de l'IMC, l'un destiné aux adultes et l'autre aux enfants.* » , p.1

<sup>187</sup> HAS, « Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours », septembre 2011, « *L'IMC doit être calculé pour tous les patients quel que soit le motif de consultation. [...] Le poids et la taille doivent être inscrits dans le dossier du patient pour calculer l'IMC et en surveiller l'évolution* », p.4

<sup>188</sup> POULAIN Jean-Pierre, « Sociologie de l'obésité », Puf, 2009, p.189

<sup>189</sup> KOPELMAN Peter, « Obesity as a medical problem », *Nature*, n°404, avril 2000, « BMI correlated strongly with densitometry measurements in metres main limitation is that it does not distinguish fat mass from lean mass », p. 635. Trad. « L'IMC est fortement corrélé aux mesures densitométriques en mètres, la principale limite est qu'il ne fait pas la distinction entre masse grasse et masse maigre ».

<sup>190</sup> Propos échangés lors d'un contact par mail du 22/11/18

corpulences qui seraient plus à risques que d'autres. En effet, l'obésité androïde<sup>191</sup> engendre plus de risques cardio-vasculaires<sup>192</sup> que l'obésité gynoïde<sup>193</sup>. En outre, Max Lafontan relève des situations absurdes lorsque l'IMC d'un joueur de rugby relève une catégorisation d'obésité alors qu'il s'agit d'un sportif en parfaite santé. Cela donne l'impression qu'un type de corpulence est plus valorisé qu'un autre.

Ainsi, l'annonce de l'IMC peut mener à des désaccords car les situations que la corpulence font ressortir sont généralement plus complexes que le seul excès ou manque de tissu adipeux et ceci n'est alors pas pris en compte lors de la consultation. De plus, il y a tout un mode de vie et une histoire de santé que l'IMC ne peut pas révéler et le soignant risque, en se focalisant sur l'image, de passer à côté de cela. Thibaut de Saint-Pol qui a mené une étude sur l'histoire, l'intérêt et les limites de l'IMC en 2007 indique que l'IMC ne permet pas de refléter « *l'histoire du poids* »<sup>194</sup>. En outre l'IMC peut éloigner le soignant de la responsabilité du diagnostic. En effet, la représentation imagée peut créer une distance entre le soignant et le patient, tout en déresponsabilisant le soignant et en légitimant son action : ce sont les chiffres qui posent la situation pathologique qui en ressort et c'est sur ces chiffres que l'action de soin est fondée. De plus l'annonce du diagnostic peut être vécue comme un choc pour le patient, renforcée par la dépersonnalisation du diagnostic chiffré. Le questionnaire mis en ligne dans le cadre de cette étude a révélé que 63,9% et 41,5% des patients interrogés ont mal ou très mal vécu l'annonce de leur IMC annonçant une situation pathologique. Le calcul de l'IMC permet d'élaborer une représentation qui peut enfermer le patient dans une forme pathologique. Ceci interpelle d'autant plus lorsque nous savons que le calcul de l'IMC peut placer le patient dans une situation anormale, alors que celui-ci ne présente pas de problèmes de santé. Il est alors difficile de concevoir l'IMC comme unique outil de diagnostic.

En outre, la recherche de traits pathologiques limite le contact avec autrui, en effet l'attention du clinicien se porte sur le corps et non plus sur la personne. Ceci est d'autant plus mis en exergue dans les représentations liées à la corpulence. En sachant que le corps est ce qui nous apparaît en premier chez autrui, il caractérise notre rencontre avec l'autre et influence donc la vision que nous avons de celui qui se présente à nous. Or si cet autre ne correspond pas

---

<sup>191</sup> Masse grasse plus présente sur le haut du corps

<sup>192</sup> LAFONTAN Max « De quoi l'obésité est-elle le symptôme ? », Conférence débat du GREP, 12 février 2013 à Toulouse, retranscription p.10 [Disponible en ligne : [www.grep-mp.fr](http://www.grep-mp.fr)]

<sup>193</sup> Masse grasse plus présente sur le bas du corps

<sup>194</sup> DE SAINT POL Thibaut, « Comment mesurer la corpulence et le poids "idéal" ? : Histoires, intérêts et limites de l'Indice de masse corporelle », *Notes et Documents*, 2007, Paris,

aux visions normées qui nous ont été socialement apprises, et qui nous construisent, il est aisé de tomber dans la stigmatisation voire le rejet de l'autre. Ceci pourrait être d'autant plus vrai face à la problématique de la corpulence : Merleau-Ponty évoque le fait que « *l'Homme est un miroir pour l'Homme* »<sup>195</sup>, en voyant l'autre je me reconnais moi-même, cette reconnaissance pourrait être la base d'un sentiment d'empathie envers autrui. Cependant dans le cas présent le corps jugé trop gros ou trop maigre, image renforcée par la représentation de l'IMC, se trouve alors être trop éloigné de la représentation que j'ai du corps. Cette perception peut être un frein à la rencontre de soin. Or nous tombons là dans une limite du diagnostic qui, selon Jean Oury<sup>196</sup>, ne doit pas être une étiquette mais au contraire doit faire partie de la rencontre. Le diagnostic est une voie d'entrée en contact or dans certains cas l'annonce de la catégorisation définie par le calcul de l'IMC peut être facteur de rupture dans la rencontre. La catégorisation risque de contribuer à l'isolation des caractéristiques des patients pour les faire entrer dans des cases. Or ces catégorisations ne peuvent exister que s'il y a un seuil dit *normal*. Selon Thibault de Saint Pol, il y a un parti pris dans l'élaboration des seuils délimitant les mesures de l'IMC<sup>197</sup>. De même, Arnaud Basdevant indique que tout soignant utilisant cet outil doit avoir conscience du fait que la représentation médicale n'est pas neutre, au « *risque d'enfermer la réflexion médicale dans le cadre arbitraire du poids idéal théorique* »<sup>198</sup>. L'influence pourrait donc venir de la société qui prône une norme de poids de plus en plus basse, n'entrant plus en adéquation avec un discours médical. Ceci alerte d'autant plus que l'utilisation simple de l'IMC est récemment sorti du champs médical en se propageant dans la société, détournée sur internet notamment. Thibaut de Saint-Pol dénonce ainsi « *le risque d'une légitimation pseudo scientifique de la norme de minceur dans toute la société* » qu'il nomme « *l'idéologie de l'Homme moyen* »<sup>199</sup>. La mesure médicale peut légitimer la norme sociale.

Ainsi, c'est parce que L'IMC donne une mesure générale qu'il est jugé insuffisant pour élaborer à lui seul un diagnostic. Ces limites ont été confirmées dans notre étude : 53,8% des soignants interrogés indiquent que l'IMC est un outil qui présente des lacunes et 32,3%

---

<sup>195</sup> MERLEAU-PONTY Maurice, *L'Oeil et l'Esprit*, éd: Gallimard, 1964, p.34

<sup>196</sup> OURY Jean, « Suite de la conversation avec Henri Maldiney, Salomon Resnik et Pierre Delion », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°36, 2001, p.47 à 54

<sup>197</sup> DE SAINT POL Thibaut, « Comment mesurer la corpulence et le poids "idéal" ? : Histoires, intérêts et limites de l'Indice de masse corporelle, Notes et Documents, 2007, Paris, « *Au travers l'établissement de cette norme, l'OMS a fait le choix de la simplicité et du caractère pratique des valeurs retenues. Si ce choix est compréhensible et tout à fait justifiable, l'utilisateur de ces seuils doit rester conscient du parti pris qui a été celui de l'OMS.* », p.14

<sup>198</sup> BASDEVANT Arnaud, GUY-GRAND Bernard, *Traité de médecine de l'obésité*, éd : Médecine-Sciences, février 2004, p.102

<sup>199</sup> DE SAINT POL Thibaut, « Comment mesurer la corpulence et le poids "idéal" ? : Histoires, intérêts et limites de l'Indice de masse corporelle, Notes et Documents, 2007, Paris, p.178

indiquent que l'IMC n'est qu'un simple indice influencé par certaines variables. Un soignant affirme que « *L'IMC présente beaucoup de lacunes et stigmatise énormément* ». Ainsi L'IMC semble être un outil de pré-diagnostic devant être complété par d'autres outils ou calculs<sup>200</sup>. Pourtant ceci n'est pas si simple puisque l'IMC s'inscrit dans une nécessité médicale de normalisation des corps. Ainsi, il importe de comprendre l'influence qu'ont les représentations dans le soin, entraînant des perceptions différentes qui s'affrontent alors dans la relation de soin.

---

<sup>200</sup> Par exemple, des études évoquent que la mesure du tour de taille présente un plus grand intérêt au diagnostic de l'obésité : CHAN D.C., WATTS G.F., BARRETT P.H.R., BURKE V., « Waist circumference, waist-to-hip ratio and body mass index as predictors of adipose tissue compartments in men », *QJM: An International Journal of Medicine*, Volume 96, Issue 6, June 2003, Pages 441–447 ; d'autres encore évoquent la mesure du plis cutané. Enfin il existe des appareils de mesure tels que les adipomètres ou les balances hydrostatiques.

## Chapitre 2 – L’affrontement de perceptions sur le corps et la maladie

De part leur construction, nous comprenons que les perceptions du corps soient différentes selon les positions que prennent les individus et elles peuvent s’affronter lorsque celles-ci divergent trop. Afin de mieux comprendre ces perceptions l’apport phénoménologique de Merleau-Ponty nous est apparu intéressant. Ainsi les situations dénoncées de grossophobie médicale peuvent-elles s’inscrire dans un affrontement de perceptions divergentes ? Nous supposons que ces perceptions sont accentuées par un mécanisme médical identifié par le philosophe Georges Canguilhem sous l’expression « *normalisation physiologique* ».

### I- L’apport phénoménologique de Merleau-Ponty dans la perception du corps

M. Merleau-Ponty, philosophe français du XX<sup>ème</sup> siècle, utilise la phénoménologie afin de mener une réflexion à travers l’expérience du sujet dont il étudie le vécu afin de déceler les échanges qu’il peut avoir avec les autres mais également avec son propre corps. Il « *aborde la perception par rapport à l’extérieur de celui qui perçoit* »<sup>201</sup>. Cette perception s’exprime par l’expérience de la *corporéité*, le corps étant à la fois le touché et le touchant. Ceci apparaît d’autant plus intéressant puisque la relation de soin est un huis-clos de perceptions où la corporéité est centrale. Ainsi la réflexion de Merleau-Ponty permet de comprendre que le corps dépasse le statut d’objet car il fait partie intégrante de l’existence d’un sujet. L’auteur souhaite ainsi rompre avec l’idée que le corps est chose inerte, simple « *enveloppe vivante de nos actions* », car selon lui des actions émanant du corps peuvent dépasser le sujet<sup>202</sup>.

M. Merleau-Ponty explique le corps comme un tout qui rend l’expérience du monde possible. Le corps vécu est, selon l’auteur, un fantasme qui se vit de l’intérieur du sujet. En comparaison à cela, il évoque le corps sujet qui donne un point de vue sur le milieu, accessible au sujet grâce à ce corps. Le corps est un ensemble d’éléments (sensoriels, temporels, moteurs) qui adaptent et rendent possible la perception. Ainsi, le sujet habite le monde selon la manière dont il habite son corps. C’est ce que l’auteur nomme alors le *corps propre*, qui perçoit et vit l’expérience, devenant ainsi moyen d’insertion au monde.

Outre la perception du monde, l’expérience de la corporéité permet de mettre en évidence la perception par le sujet de son propre corps. La conscience est essentielle, elle est « *l’être à*

---

<sup>201</sup> BLOC Lucas, « Approche phénoménologique de l’expérience hyperphagique dans l’obésité : une étude dans les contextes français et brésilien », Thèse de doctorat en Psychanalyse et Psychopathologie, Paris, 16 mai 2018 dir., WOLF-FEDIDA Mareike, p.109-110

<sup>202</sup> MERLEAU-PONTY Maurice, *La structure du comportement*, éd : Puf, 2013, p.3. L’auteur prend l’exemple des actes fait de manière machinale et habituelle.



la chose par l'intermédiaire du corps »<sup>203</sup>. Ces relations rendent impossible une objectivation et une prise de distance du sujet par rapport à son corps. Ainsi ces interactions sont complexes car le sujet se construit par le monde dans lequel ils s'inscrit, mais ce monde n'existe que par l'emprise du corps sur lui. Le corps est donc un système structuré et structurant. Ainsi, il ne peut être réduit à un simple objet car « il a un rôle dans la production de sens »<sup>204</sup>. Se présentent alors deux perceptions : *je suis un corps* et *j'ai un corps*. Ces deux perceptions diffèrent beaucoup par l'affrontement de visions différentes<sup>205</sup>. Quelle que soit la perception, ce corps est mien car il diffère de celui des autres et permet d'adhérer au monde.

Or le regard médical porte, depuis des changements de conceptions que les auteurs situent entre le XVIIIème et le XIXème siècle<sup>206</sup>, une représentation scientifique et anatomique sur le corps qui devient une machine. Le corps sujet est brisé, le corps n'est plus qu'une masse qui reste encore le véhicule du sujet<sup>207</sup>. C'est en ce sens que Merleau-Ponty évoque le corps objet comme « *mode d'être d'une chose* »<sup>208</sup>, chose qui peut être décomposée et observée par tous. Ainsi ce corps qui façonne l'appartenance au monde peut se réduire à l'unique qualification d'objet. Merleau-Ponty parle alors de corps réel, de structure<sup>209</sup>. Ainsi deux perceptions s'affrontent dans la relation de soin, l'une du corps machine qui a un fonctionnement propre et *universel* et celle portée par l'individu qui a sa propre perception vécue de son corps. Se présente ainsi l'idée que les soignants ont perdu l'humain pour se centrer sur la maladie au détriment de l'aspect relationnel du soin.

Plus précisément dans notre sujet, le patient en situation d'obésité est tout d'abord perçu selon son physique. Le regard puis le discours se focalisent sur le corps et sa pathologie, occultant le plus souvent les sensations et le vécu du sujet. Lucas Bloc indique alors : « *En cas d'obésité, être obèse et avoir une obésité sont ainsi deux dimensions apparemment égales mais*

---

<sup>203</sup> MERLEAU-PONTY Maurice, *Phénoménologie de la perception*, éd : Gallimard, 1976, p.161

<sup>204</sup> BLOC Lucas, « Approche phénoménologique de l'expérience hyperphagique dans l'obésité : une étude dans les contextes français et brésilien », Thèse de doctorat en Psychanalyse et Psychopathologie, Paris, 16 mai 2018 dir. WOLF-FEDIDA Mareike, p.109-110

<sup>205</sup> *Op. cit.* « *Au niveau du corps, lequel est traversé par le regard des autres, il semble y avoir très souvent un écart entre ce corps que l'obèse a et celui qu'il devrait avoir* », p.304

<sup>206</sup> FAURE Olivier, « Le regard des médecins », dans CORBIN Alain, COURTINE Jean-Jacques, VIGARELLO Georges, *Histoire du corps. De la Révolution à la Grande Guerre*, Tome 2, éd : Seuil, 2005, p. 15.

<sup>207</sup> BLOC Lucas, « Approche phénoménologique de l'expérience hyperphagique dans l'obésité : une étude dans les contextes français et brésilien », *op. cit.* « L'organisme humain est devenu une machine énergétique chaque fois plus surveillée et mesurée, traversée par des savoirs et des images. » p.63

<sup>208</sup> DUPOND Pascal, *Dictionnaire Merleau-Ponty*, éd : Ellipses, Paris, 2007, p. 38.

<sup>209</sup> MERLEAU-PONTY Maurice, *La structure du comportement*, éd. PUF, 2013, « *celui que l'anatomie ou plus généralement les méthodes d'analyse isolante nous font connaître : un ensemble d'organes dont nous n'avons aucune notion dans l'expérience immédiate et qui interposent entre les choses et nous leurs mécanismes, leurs pouvoirs inconnus* », p. 287

qui peuvent correspondre à une disproportion entre l'expérience vécue et l'image que le sujet a de son corps »<sup>210</sup>. En effet, le patient a un corps gros mais il est également ce corps. Il ne peut se détacher de sa condition corporelle, d'une part car, si l'on suit la réflexion de Merleau-Ponty, le corps forme un tout avec le sujet, et d'autre part car le regard d'autrui, de surcroît le regard médical, ramène la personne à cette condition d'obésité.

## II- La place de l'intimité et de la dignité du patient face à une normalisation et mécanisation des soins

Lors de la consultation, le soignant répond à une demande du patient ce qui le met dans une situation l'incitant à rechercher le dysfonctionnement qui est cause de la consultation. Outre cette demande, le soignant a le devoir d'indiquer au patient les risques pour sa santé comme l'affirme le Conseil Nationale de l'Ordre des médecins en indiquant que :

*« Eu égard à l'impact d'une surcharge pondérale sur un grand nombre de pathologies (cardiaques, métaboliques, ...), les médecins ont l'obligation professionnelle d'évoquer la question avec les patients au cours de leurs consultations dans le respect de l'article 32 du code de déontologie médicale (article R. 4127-32 du code de la santé publique) »<sup>211</sup>.*

Ainsi, ce devoir s'inscrit dans une démarche certes bienfaisante de part l'existence d'un risque pour la santé du patient cependant, comme l'indique le docteur Jean-Marie Faroudja, il doit s'agir d'une évocation. De fait, si ce discours s'étend, le patient peut le percevoir comme une intrusion dans son intimité. Ainsi, cet échange peut être perturbé par un regard soignant figé sur la recherche d'une norme médicale. Alexandre Klein indique que *« le normal se présente comme une unité purement théorique construite rationnellement qui entend s'imposer comme référence »<sup>212</sup>*. C'est notamment ce qu'avait fait apparaître Auguste Comte, en expliquant l'existence d'une régularité (le normal) présentant des variations (le pathologique)<sup>213</sup>. Georges Canguilhem critique cela en indiquant que *« le contenu de l'état pathologique ne se laisse pas déduire, sauf différence de format, du contenu de la santé : la*

---

<sup>210</sup> BLOC Lucas, « Approche phénoménologique de l'expérience hyperphagique dans l'obésité : une étude dans les contextes français et brésilien », *op. cit.* p.136

<sup>211</sup> Réponse par courriel du Docteur Jean-Marie Faroudja, président de la section Éthique et Déontologie du Conseil de l'Ordre National des Médecins reçue le 7 janvier 2019.

<sup>212</sup> KLEIN Alexandre, « La santé comme norme de soin », *Philosophia Scientiae* [En ligne], 12-2 | 2008, mis en ligne le 01 octobre 2011, consulté le 07 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/philosophiascientiae/127> ; DOI : 10.4000/philosophiascientiae.127

<sup>213</sup> CANGUILHEM Georges, *Le Normal et le pathologique*, ed : Presses Universitaires de France, 1966

*maladie n'est pas une variation sur la dimension de la santé ; elle est une nouvelle dimension de la vie* »<sup>214</sup>. Ainsi il note l'importance que prend la norme dans le domaine médical et la dénonce. De point de vue social mais également médical, le corps gros est alors « *celui qui dépasse la mesure, donnée comme « normale* »<sup>215</sup>. Cet irrespect de la norme engendre une volonté de faire maigrir le patient pour qu'il revienne dans la norme<sup>216</sup>. Là encore cette démarche est critiquée par Canguilhem en indiquant que « *la nouvelle santé n'est pas la même que l'ancienne. [...] A cela répond une nouvelle norme individuelle* »<sup>217</sup>. La perception du vécu du patient est donc essentielle car elle caractérise l'état de santé ou de pathologie.

Les témoignages relevés dénoncent une situation où des relations conflictuelles se rencontrent, la plupart du temps car le soignant insiste sur le surpoids ou l'obésité.

*« [...] je n'ai connu que des généralistes qui passaient plus de temps à me parler de mon poids que de la raison pour laquelle je venais les voir ».*

En effet ici le soignant se focalise sur une situation qu'il perçoit comme problématique pour son regard médical, et ce même si le patient n'est pas venu pour cela. Le soin se comprend dans une dualité entre objectivité scientifique et subjectivité du patient. En ce sens, G. Canguilhem indique que, comme tout autre science, la médecine a dû s'éloigner de son objectif initial, le patient, pour s'ouvrir à d'autres horizons afin de se développer et d'affirmer une légitimité scientifique<sup>218</sup>. Le patient devient alors terrain d'observation du regard médical comme nous l'avons indiqué. Cette démarche permet notamment de différencier le médecin du guérisseur ou du magicien par exemple. Mais ces méthodes ont bouleversé les conduites médicales en chosifiant le corps qui devient support de connaissances. C'est ainsi que se comprend la mécanisation du corps qui devient outil de connaissances. G. Canguilhem nomme ce changement de paradigme la « *normalisation physiologique* »<sup>219</sup>. Le concept de normalisation

---

<sup>214</sup> *Op. Cit.*, p.122

<sup>215</sup> CSERGO Julia (dir.), « Trop gros ? L'obésité et ses représentations », éd. Autrement, coll. Mutations, 2009

<sup>216</sup> CANGUILHEM Georges, *Le Normal et le pathologique*, ed : Presses universitaires de France, 1966, « *On souligne enfin un confusion analogue en médecine, où l'état normal désigne à la fois l'état habituel des organes et leur état idéal, puisque le rétablissement de cet état habituel est l'objet ordinaire de la thérapeutique* » p76-77

<sup>217</sup> *Op. cit.* p.129

<sup>218</sup> CANGUILHEM Georges, « Le statut épistémologique de la médecine » (1988), *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin, 1994, 7e éd., « *La médecine, par le biais des exigences politiques de l'hygiène publique, va connaître une altération lente du sens de ses objectifs et de ses comportements originaires. [...] Et l'on doit constater ici, une troisième fois, la mise entre parenthèses du malade individuel, objet singulier, électif, de l'attention et de l'intervention du médecin clinicien* » p. 422

<sup>219</sup> CANGUILHEM Georges, *Le Normal et le pathologique*, ed : Presses Universitaires de France, 1966

consiste à avoir recours aux sciences pour étudier le vivant afin de le comprendre et d'en faire ressortir des normes. Ainsi le médecin pose un regard sur le corps en fonction des connaissances biologiques et physiologiques qu'il en a, et se base sur des données moyennes. Le soignant cherche alors à atteindre un idéal thérapeutique dont le malade s'éloigne. G. Canguilhem déconstruit cette vision et dénonce une santé vidée de son contenu car perçue comme une norme biologique idéale<sup>220</sup>. La recherche de cette norme risque de mener à une *pathologisation* souvent mal vécue par le patient car elle ne considère pas son vécu. Ainsi, une patiente témoigne :

*« Au bout d'un an d'arrêt de pilule je m'inquiétais de ne pas être enceinte. La gynéco me répétait qu'il fallait que je maigrisse pour avoir des chances d'avoir un enfant. A l'époque je pesais 95 kg pour 1m66. Elle n'a jamais acceptée de me faire à moi ou à mon mari, des examens complémentaires arguant que c'était de ma faute car j'étais trop grosse !!! »*

Ce témoignage montre comment une relation de soin peut être bloquée et une prise en charge malmenée si le soignant se fige sur une représentation médicale qu'il a de la situation. Ainsi, Claude Hamonet souligne que Erving Goffman met en évidence dans son oeuvre *Stigmate*, le fait que le normal et le pathologique soient vraisemblablement l'invention des médecins<sup>221</sup>. Ces normes construites sont petit à petit intégrées et apprises entre soignants. Pour l'auteur, le médecin -en se fondant sur une analyse qui débouche sur un diagnostic- utilise des préjugés qui lui permettent de mener une action de soin. Cependant cette démarche risque d'être stigmatisante. Ainsi, il est nécessaire de poser une règle juridique afin de mener la consultation « *dans le respect de la vie humaine, de la personne et de la dignité* »<sup>222</sup>. Nous comprenons ici que l'intimité est respectée selon des limites d'une sphère intime propre à chacun, mais également en prenant en compte les considérations personnelles du patient.

Le respect de la vie humaine sous-entend celui de l'intimité dans le soin. En outre, le questionnaire de recherche diffusé dans le cadre de cette étude révèle que 86,2% des patients et 87,7% des soignants interrogés considèrent que le respect de l'intimité est primordial dans

---

<sup>220</sup> CANGUILHEM Georges, *op. cit.*, « On souligne enfin une confusion analogue en médecine, où l'état normal désigne à la fois l'état habituel des organes et leur état idéal, puisque le rétablissement de cet état habituel est l'objet ordinaire de la thérapeutique », p.76-77

<sup>221</sup> HAMONET Claude, « Les mécanismes d'exclusion et de marginalisation du corps dans les systèmes de santé, apport de la démarche innovante de la réadaptation », *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*, 2007, « Cette invention du normal et du pathologique est probablement le fait des médecins comme le souligne Erving Goffman dans son ouvrage clé sur cette question : *Stigmate* », p.221

<sup>222</sup> Article R.4127-2 du code de la santé publique

le soin. Pourtant l'intimité est complexe à respecter car, par l'acte de soin en lui-même, le soignant s'introduit dans la sphère intime du soigné. Ce contact corporel est ainsi habituel pour le patient qui risque de ne plus en percevoir la dimension intime. Il est alors possible de mettre en place une distance physique ou symbolique dans le soin par rapport au corps. Cependant l'intrusion intime peut également être ressentie à la suite de paroles ou de comportements. Ceci est renforcé par l'article R.4127-37 du CSP qui pose l'obligation pour le soignant de « *s'efforcer de soulager les souffrances du malade [...] [et de] l'assister moralement* ». Cet accompagnement psychologique nécessite alors de pénétrer dans l'intimité du patient, à travers les craintes, appréhensions ou espoirs que la maladie lui fait ressentir. L'intime se réfère à l'intérieur de l'être, au ressenti du sujet et se reflète lors d'une confrontation extérieure. L'oeuvre *La pudeur et le soin*, rassemble plusieurs réflexions juridiques à ce sujet et relève que l'intimité peut s'associer à la pudeur, sentiment d'une chose envisagée ou faite qui engendre un sentiment de mal-être car allant à l'encontre de la dignité du sujet<sup>223</sup>. Cette considération dépasse ainsi les compétences techniques du soignant et nécessite « *une grande ouverture lors de [l'exercice] médical au profit de l'intérêt des particularités de chaque patient* », comme l'affirme Bénédicte Bévière-Boyer<sup>224</sup> et ce, à l'encontre des considérations sociales. Ce point est notamment instauré par le droit, rappelant implicitement que le respect de la personne humaine est une obligation professionnelle<sup>225</sup>. Or en négligeant l'impact que peut avoir la question du poids pour les patients en situation d'obésité, les soignants négligent l'existence et l'impact des représentations sociales sur leur vécu. Le soignant ne se projette pas dans le vécu du patient, étape qui semble pourtant importante, afin de respecter l'intimité de celui-ci dans le sens où elle constitue son ressenti<sup>226</sup>.

« *Pour moi, le premier problème est celui du diagnostic et des priorités des médecins lors des consultations ou examens. Dans mon expérience, c'est un problème qui se produit sans cesse. [...] ce sont tous les cas où le soignant ne voit plus que l'obésité et ne cherche qu'à traiter ce mal-là.*

---

<sup>223</sup> PY Bruno, « La pudeur et le soin », *Presse Universitaire de Nancy*, vol. 1, 2011

<sup>224</sup> BEVIÈRE-BOYER Bénédicte, « L'intimité en santé : définition, protection et projection », *Ethics, Medicine and Public Health*, vol 3, n°1, p.28-36, janvier 2017, p.34

<sup>225</sup> Article R.4127-7 du CSP, « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. [...] Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.* »

<sup>226</sup> BEVIÈRE-BOYER Bénédicte, « L'intimité en santé : définition, protection et projection », *Ethics, Medicine and Public Health*, vol 3, p.28-36, janvier 2017, « *l'appréhension de l'intimité nécessite plusieurs projections : projections au présent en ce qu'il est nécessaire d'agir sans cesse en considération de l'intimité de la personne [...]; projection du passé, en ce que certains événements et expériences antérieurs peuvent agir directement sur le ressenti de la personne* », p. 29

*[...] Toutefois, [...] il est arrivé que j'aie droit à ce traitement alors que je n'étais pas le patient de la consultation, mais que j'accompagnais uniquement ma femme, qui n'est pas en surpoids, et que ce soit donc son propre problème qui soit ainsi ignoré pendant l'essentiel de la consultation ! »<sup>227</sup>*

Ce témoignage fait ressortir comment la mécanisation et la normalisation des soins veulent que le regard médical se pose sur une pathologie identifiée, au risque d'occulter le reste. Ici le patient n'est considéré ni en tant que personne ni en tant que patient. De plus dans ce fonctionnement il arrive qu'un autre patient tiers souffre de la situation. Ce manque de considération dépasse le sentiment d'irrespect de son intimité, il mène à une déshumanisation du patient qui lui donne alors l'impression de ne pas voir sa dignité respectée. Le patient est renvoyé à sa propre vulnérabilité et n'a pas la sensation d'être compris ni même entendu voire même de ne plus être respecté en tant que personne humaine. Selon Emmanuel Kant la dignité s'impose à l'Homme au sens où il n'admet pas d'équivalent et ne peut être considéré que comme une fin et non comme un moyen<sup>228</sup>. Or lorsque le sujet est délaissé par des soins mécanisés en recherche de données, le patient devient plus vecteur de moyens que de fins. Emmanuel Lévinas relève également le caractère intrinsèque de la dignité humaine qui passe par le visage qui se révèle à autrui et qui ne peut être réduite<sup>229</sup>. Ainsi, dans le domaine médical, la pratique de compétences uniquement techniques peut réduire le patient de sujet à objet, qui n'est alors plus détenteur de dignité.

*« Je n'avais qu'une envie, c'était de leurs dire " mais souciez-vous de moi qui suis derrière ce poids. Je suis là. J'existe. Le poids n'est qu'un symptôme " ».*

Avec ce témoignage le patient exprime un besoin d'être considéré en tant qu'être humain et non au travers de la maladie. Ainsi, l'irrespect de la dignité reviendrait à ne plus être dans une démarche éthique en réduisant la part d'humanité présente chez l'autre. Ceci est d'autant plus sensible dans le domaine du soin, situation où la vulnérabilité est tangible. Or, nous retrouvons, par le diagnostic, un processus d'étiquetage, important dans le soin car permettant d'identifier la pathologie pour mettre en place un traitement mais qui risque d'aller à l'encontre du respect de la personne concernée.

---

<sup>227</sup> Témoignage recueillis par mail à la suite du questionnaire de recherche diffusé dans le cadre de cette étude.

<sup>228</sup> KANT Emmanuel, *Fondation de la métaphysique des mœurs*, éd : Flammarion, Paris, 1994 (1ère éd. 1785), trad. par A. Renault, « *Agis de telle sorte que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme un fin, jamais simplement comme un moyen* », p.108

<sup>229</sup> LEVINAS Emmanuel, *Altérité et transcendance*, éd. Fata Morgana, « *Ce visage de l'autre, sans recours, sans sécurité, exposé à mon regard dans sa faiblesse et sa mortalité est aussi celui qui m'ordonne : "tu ne tueras point". Il y a dans le visage la suprême autorité [...] c'est la parole de Dieu.* », p.114

## **Chapitre 3 : Une longue incompréhension médicale et l'absence de consensus sur les situations d'obésités**

A ce stade de l'étude, nous émettons le postulat que l'affrontement de perceptions différentes exprimant les limites de la relation de soin s'explique par le fait que les situations d'obésités sont mal comprises et mal connues. Ceci est renforcé par la complexité et la multifactorialité des situations d'obésités. Nous pouvons alors nous demander si le partage de connaissances et le consensus pédagogique a une influence sur l'impact des représentations dans le soin.

### **I- Situations d'obésités complexes : des déterminants multifactoriels entraînant de nombreuses conséquences**

Les questionnaires mis en ligne lors de cette étude montrent que, pour les soignants comme pour les patients, la première cause de la prise de poids est l'alimentation<sup>230</sup>. Or, même s'il est évident que la consommation alimentaire joue un rôle dans la prise de poids, elle ne peut être uniquement réduite à cela. En outre pour 18,5% des soignants interrogés, la sédentarité est la seconde cause principale alors que pour les patients interrogés il s'agit des différences métaboliques (13,3%) et du caractère héréditaire (12%). Ces résultats font percevoir la difficulté de la situation : l'obésité est déjà complexe en elle-même mais en plus il n'y a pas de consensus autour de ses caractéristiques<sup>231</sup>.

Ainsi, de nombreux facteurs expliquent la prise de poids mais également son maintien. Le premier que nous abordons ici sont les causes dites héréditaires, soit la génétique mais également l'épigénétique. En effet, l'organisme humain a traversé les ères en vivant des situations de privation d'alimentation qui ont influencé une certaine sélection. Les organismes les plus forts, capables de stocker, ont eu plus de chance de survivre<sup>232</sup>. Il importe de noter que ceci reste une hypothèse scientifique. Le seul fait avéré est le changement rapide de mode de vie qui s'est effectué au XXème siècle et qui propose une abondance alimentaire sans contraintes. Or l'organisme n'a pas eu le temps de s'adapter à ce changement<sup>233</sup>. Cette première hypothèse s'inscrit dans une réflexion épigénétique, c'est-à-dire par rapport à l'impact qu'a eu

---

<sup>230</sup> 46,2% des soignants interrogés et 36,3% des patients.

<sup>231</sup> RITZ Patrick, DARGENT Jérôme, *Abord clinique du patient obèse*, éd. Springer, Paris, 2009, p.16

<sup>232</sup> CYMES Michel (animateur), CHARLES Marie-Aline, GUY-GRAND Bernard, CHANTAL Simon, « Obésité : quels moyens d'actions contre l'épidémie du XXIè siècle ? », débat grand organisé par la fondation de la recherche médicale public, Maison de la radio (Paris), 8 avril 2004, p.4. [Disponible en ligne : [https://www.frm.org/upload/pdf/frm\\_obesite.pdf](https://www.frm.org/upload/pdf/frm_obesite.pdf)]

<sup>233</sup> *Op. cit.* p.2

l'environnement sur le développement et l'expression de certains gènes. En outre, les études scientifiques se tournent vers la recherche d'une explication génétique de l'obésité, or là encore rien de probant n'en ressort car l'environnement de vie influence l'expression de ces gènes et ce de manière différente sur deux individus donnés. Le professeur P. Ritz parle le plus souvent d'une rencontre entre « *un phénotype prédisposant, souvent héréditaire, et un environnement favorable à l'accumulation du tissu adipeux* »<sup>234</sup>. Ainsi la dimension héréditaire s'inscrit dans une dimension d'acquis et d'appris. Le recueil de données issu de patients interrogés pour cette étude montre que 44,7% d'entre eux ont des antécédents d'obésité directs et nombreux dans leur entourage et 33,7% indiquent avoir des antécédents peu nombreux mais directs. L'hérédité est donc un marqueur essentiel dans la compréhension de l'obésité et accentue une inégalité entre les individus dans la prise de poids. Cependant l'éducation fait également partie de cette dimension héréditaire dans le sens où l'acte de manger est appris. Ainsi nous nous accordons à dire que la consommation alimentaire est innée, car nécessaire à l'individu pour vivre mais que l'acte de manger est appris culturellement, socialement mais également familialement. Ainsi cet acte s'inscrit dans une expérience propre au sujet mais qui semble le dépasser<sup>235</sup>.

Outre ce fait, l'acte de manger peut être influencé par un certain mode de vie. En ce sens, Bernard Guy-Grand indique que l'environnement de vie a un impact plus grand que ce qui était pensé sur la prise de poids<sup>236</sup>. En effet le manque de sommeil a une incidence directe sur la régulation et sur le fonctionnement de l'organisme, favorisant alors la prise de poids<sup>237</sup>. S'ajoute les perturbations sonores et le stress qui là encore perturbent le fonctionnement métabolique<sup>238</sup>. Ces situations engendrent une envie de consommer pour compenser une fatigue ou un mal être. Le quotidien du patient relève d'autant plus de son importance.

En outre, l'évolution de nos sociétés, avec l'apparition de nouvelles technologies engendre des limitations quant aux activités physiques qui peuvent être pratiquées au quotidien. En effet le manque d'activité physique mais aussi la sédentarité sont des facteurs de prise de poids. Or

---

<sup>234</sup> Propos recueillis lors d'un stage à l'Unité de nutrition du CHU de Rangueil à Toulouse du 8 au 19 avril 2019

<sup>235</sup> BLOC Lucas, « Approche phénoménologique de l'expérience hyperphagique dans l'obésité : une étude dans les contextes français et brésilien », Thèse de doctorat en Psychanalyse et Psychopathologie, Paris, 16 mai 2018, dir. WOLF-FEDIDA Mareike « *Chacun d'entre nous a une manière propre de se nourrir, construite pendant des années et ce dès la naissance, soutenue par un corps qui est indissociablement présent* », p.121

<sup>236</sup> GUY-GRAND Bernard, « L'obésité : d'une adaptation sociétale à une maladie organique du tissu adipeux », *OCL journal*, vol.15, n°1, janvier-février 2008, « *L'efficacité de la régulation ainsi que le niveau auquel se situent les réserves énergétiques varient beaucoup en fonction des caractéristiques génétiques propres à chacun et de l'environnement plus ou moins favorisant dans lequel l'individu se trouve placé* » p.14

<sup>237</sup> LEVERVE Xavier, « Stress oxydant et régulation de la glycémie : implications pour le syndrome métabolique », *Obésité*, Vol 1, Juin 2006, p.11-15

<sup>238</sup> ARNULF Isabelle, LEGER Damien, ROYANT-PAROLA Sylvie, PEPIN Jean-Louis, D'ORTHO Marie-Pia, « Proposition n°15 - Prise en charge des troubles du sommeil liés à l'obésité et à la prise de poids », *Institution Nationale de Prévention et d'Education pour la Santé*. « Les Français et leur sommeil », 2008.



se crée un cercle vicieux quand des patients en situation d'obésité, victimes de stigmatisation limitent ainsi leurs déplacements pour ne pas avoir à la subir<sup>239</sup>.

Le vécu du patient a également un impact sur sa santé psychique qui peut elle-même se constater par une prise de poids<sup>240</sup>. En outre la présence d'une pathologie psychique peut expliquer la prise de poids<sup>241</sup>. Il est alors très complexe d'identifier la cause de la conséquence tant les deux situations s'auto-alimentent : est-ce la dépression qui fait l'obésité ou l'obésité qui fait la dépression ? Le diagnostic est alors complexe et pourtant les conséquences peuvent être importantes sur la prise de poids.

En outre, une étude démontre qu'un grand nombre de patients (principalement des femmes) en situation d'obésité ont vécu une agression sexuelle pendant l'enfance ou au début de la vie adulte<sup>242</sup>. Cette violence a alors un impact psychique très fort puisque pour 80% des patientes il y a un risque de développer dépressions, troubles du comportement alimentaire, conduites addictives ou encore stress post-traumatique, autant de chocs qui vont entraîner des mécanismes de protection pouvant engendrer une prise de poids<sup>243</sup>. Or ces situations sont encore trop peu connues en générale et donc par les soignants.

*« De 2011 à 2013, ce fut une période où j'ai régulièrement vécu des violences physiques et psychologiques puis des viols réguliers aussi. Je me suis battue pendant ces deux ans pour ma liberté, chose que j'ai obtenu en 2013. [...] Je faisais énormément de crise d'angoisse je n'en dormais plus. [...] De ce fait 40 kilos ont été pris en un an, sans que je me rende compte de ce qu'il se passait dans mon corps. [...] D'après ma psychologue : le fait d'être mince et d'être "désirable" comportait un trop grand danger, la prise de poids me permettait de me protéger et de me rendre "non-désirable" » .*

---

<sup>239</sup> ZAMBERLAN Anne, *Coupe de gueule contre la grossophobie*, éd : Ramsay, 1994, « Si on savait... Si on savait combien ils souffrent ! Quand ils pointent le nez dehors, il souffrent jusqu'à la démesure. Pour eux la rue est un enfer [...] Ils n'ont droit qu'à des regards moqueurs, des quolibets, des sarcasmes, du rejet. [...] Les gros rasent les murs. »

<sup>240</sup> 26,6% des patients interrogés dans le cadre de notre étude indiquent souffrir de dépression.

<sup>241</sup> VALLAT Gérard, « Problèmes d'obésité et de surpoids », *Actualité en analyse transactionnelle*, n°127, 2008, « Nous mangeons pour répondre à des besoins physiologiques, nous mangeons pour le plaisir, nous mangeons aussi pour tenter de résoudre des problèmes psychologiques. Digérons nos problèmes psychologiques (dits et gérés) afin de faire plus de place au plaisir dans des relations nourricières (dits-gérées). », p. 44

<sup>242</sup> FELITTI Vincent J. et ANDA Robert F., « The relationship of adverse childhood experiences to adult health, wellbeing, social function, and health care », p.77-87, dans LANIUS Ruth A., VERMETTEN Eric et PAIN Claire (dir.), *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*, éd : Cambridge University Press, 2010

<sup>243</sup> SALMONA Muriel, « Les traumatismes des enfants victimes de violences : un problème de santé publique majeur », *Observatoire Santé mentale Vulnérabilités et Société*, n°69-70, 2018, p.4-6

Ce témoignage apporte un autre éclairage sur la situation d'obésité. Comprise ici comme un symptôme d'un trouble lié à un vécu traumatisant. Or si cela n'est pas diagnostiqué, la prise en charge risque de ne pas être efficace.

Nous comprenons alors que si le soignant qui prend en charge le patient n'a pas conscience de l'aspect multifactoriel des causes et facteurs, la situation risque d'être aggravée. En ce sens, 61,9% des patients et 90,8% des soignants interrogés dans le cadre de cette étude ont exprimé qu'une mauvaise prise en charge pouvait aggraver la situation d'obésité. De plus, l'apport du témoignage de Gabrielle Deydier dans son récit *On ne naît pas grosse* confirme cela. L'auteur explique avoir pris 50 kilos en une année, étant enfant, à la suite d'un mauvais diagnostic et d'un traitement hormonal inapproprié<sup>244</sup>. En outre, dans certains cas, la situation d'obésité s'explique par la présence d'une maladie qui entraîne la prise de poids. Ainsi, des causes un peu plus rares de l'obésité peuvent exister sous des formes endocriniennes : le syndrome de Prader-Willi, le syndrome de Cushing, l'hypothyroïdie, le syndrome des ovaires polykystiques<sup>245</sup>. De plus, la présence de tumeurs à la base du crâne peut perturber les circuits de neuromédiateurs<sup>246</sup>. Ces éléments sont d'autant plus importants à connaître qu'ils nécessitent une prise en charge spécifique, or pour les percevoir, le regard médical ne doit pas se focaliser sur la prise de poids.

La situation d'obésité peut être également une conséquence de troubles du comportement alimentaire (TCA). Bernard Guy-Grand estime que 60% des patients en situations d'obésités présentent des TCA<sup>247</sup>. Les troubles du comportement peuvent être caractérisés par des crises se traduisant par l'ingestion d'une grande quantité d'aliments avec une notion de plaisir mais plus aucune écoute corporelle<sup>248</sup>. Ceci peut être qualifié d'épisode hyperphagique. Ces situations sont 3 à 4 fois plus fréquentes chez les patients en situation d'obésité et sont qualifiées de sévères à partir de deux crises par semaine<sup>249</sup>. Les épisodes de boulimie sont similaires si ce n'est que le patient se provoque des vomissements lors de la phase de

---

<sup>244</sup> DEYDIER Gabrielle, *On ne naît pas grosses*, éd : Gouttes d'or, 2018, p.35 à 38

<sup>245</sup> RITZ Patrick, DARGENT Jérôme, *Abord clinique du patient obèse*, éd. Springer, Paris, 2009, p.22

<sup>246</sup> *Op. cit.*, p.20

<sup>247</sup> GUY-GRAND Bernard, « De l'obésité aux obésités : des concepts aux pratiques », *Annales endocrinologiques*, vol.64, n°5, 2003, p.3S10

<sup>248</sup> Les TCA ont été reconnues comme maladies dans le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. American Psychiatric Association. Elsevier Masson, Paris 2015, Item 69 « La classification DSM-5 de l'American Psychiatric Association retient l'existence de 3 grands TCA : l'anorexie mentale (ou anorexia nervosa) ; la boulimie (ou bulimia nervosa) ; l'accès hyperphagique ou hyperphagie boulimique (Binge-Eating Disorder) », p.2

<sup>249</sup> RITZ Patrick, DARGENT Jérôme, *Abord clinique du patient obèse*, *op. cit.*, p.44

culpabilisation. Le *night eating syndrome* est moins connu et se caractérise par une consommation nocturne des aliments<sup>250</sup>. Lucas Bloc indique que lorsqu'il y a un trouble du comportement alimentaire, l'individu perd la dimension physiologique d'une alimentation conditionnées par des sensations corporelles de la faim<sup>251</sup>. L'alimentation ne répond plus à des besoins biologiques ou psychiques mais devient mécanique. Ce mécanisme est une réelle souffrance engendrant une incapacité de contrôle<sup>252</sup>. Puis le recul sur l'acte mène à une culpabilisation et à une volonté de restriction qui, au final, renforce le mécanisme de consommation alimentaire comme réponse à une émotion. Ce cercle vicieux accentue la prise de poids car d'après Patrick Ritz et Jérôme Dargent, « *plus le contrôle "cognitif" est rigide, plus l'obsession alimentaire est grande et plus le risque de prise de poids est important* »<sup>253</sup>. Cette situation et cette souffrance sont importantes à déceler pour ne pas aggraver la santé du patient. Or, un article de Nicolas Ballon et all. publié en 2018 explique que malgré l'ancienneté de l'existence des compulsions alimentaires, leur reconnaissance médicale n'est pas encore efficace. Selon les auteurs il est encore complexe de parler d'addiction alimentaire<sup>254</sup>. Ainsi le développement des connaissances quant à cette facette des situations d'obésités semble essentielle pour une prise en charge adéquate. En outre, lorsque l'acte de manger devient pathologique, il n'y a pas la place pour le jugement moral. Une dimension psychologique est nécessaire pour une prise en charge optimale afin d'agir sur la déculpabilisation du patient et pour un accompagnement vers une redécouverte de l'alimentation.

Ainsi, pour Arnaud Basdevant, la prise de poids s'effectue par « *des facteurs comportementaux qui déclenchent une modification biologique du tissu adipeux entraînant une résistance à la perte de poids et des complications de santé* »<sup>255</sup>. En ce sens, il importe de comprendre qu'une multitude de causes s'imbriquent pour expliquer les situations d'obésités.

---

<sup>250</sup> STUNKARD Albert J., GRACE William J., WOLFF Harold G., « The night-eating syndrome: a pattern of food intake among certain obese patients », *American Journal of Medicine*, 1955, p.78–86

<sup>251</sup> BLOC Lucas, Pringuey Dominique, WOLF-FEDIDA Mareike, « Phénoménologie du vécu hyperphagique dans l'obésité : le corps, le monde et l'autre », *Annales Médico-Psychologiques*, Paris, mai 2017, « *C'est une envie de manger, mais pas dans le sens de trouver du plaisir en mangeant. Il s'agit plutôt de l'action car les sensations n'en sont pas éprouvées* », p.4

<sup>252</sup> BLOC Lucas, « Approche phénoménologique de l'expérience hyperphagique dans l'obésité : une étude dans les contextes français et brésilien » *op. cit.*, « *mode d'existence dont l'acte de manger occupe une place centrale et est souffrance dans la mesure où, de façon générale, le patient a une incapacité remarquable d'avoir le contrôle sur ses comportements alimentaires* » p.16

<sup>253</sup> RITZ Patrick, DARGENT Jérôme, « Abord clinique du patient obèse », éd. Springer, Paris, 2009, p.43

<sup>254</sup> BALLON Nicolas, BARRAULT Servane, COURTOIS Robert, MAUGE Damien, EL AYOUBI Hussein, FRAMMERY Julie, REVEILLERE Christian, BRUNAUT Paul, « Addiction à l'alimentation : un concept ancien, une mesure récente », *Annales Médico-Psychologiques*, n° 176, 2018.

<sup>255</sup> CNRS Le journal, « L'enquête. Obésité en marche », IMPERIALI Fabrice, « Enquête (1/7) Un syndrome de la modernité », 2019.

En outre, si les causes sont multiples, les risques qu'engendrent le poids le sont également. En réalité, le facteur poids fait courir un sur-risque au patient de développer une pathologie qu'une autre personne ne présentant pas de surpoids peut également développer. Ces pathologies associées sont appelées *comorbidités*, désignant l'association de deux pathologies chez une même personne<sup>256</sup> et la morbidité indique le caractère pathologique. En ce sens, on ne meurt pas d'obésité mais des pathologies que cette situation peut engendrer.

Tout d'abord, il importe de noter le lien étroit entre obésité et diabète de type 2. En outre, les comorbidités associées à l'obésité peuvent être énoncées en trois catégories : celles qui touchent le système cardio-vasculaire, les articulations et le système pneumo-respiratoire. Au niveau cardio-vasculaire, les risques d'accidents vasculaires cérébraux ou d'infarctus du myocarde sont accentués même si le risque existe pour tout individu. Il y a également un risque de développer une hypertension artérielle ainsi que du cholestérol. De plus, il est possible de parler d'une hypertriglycémie que les situations d'obésités peuvent causer. Il importe de préciser qu'une trop importante et rapide perte de poids peut également engendrer des risques cardiovasculaires. De plus la présence de masse grasse peut accentuer le risque d'une stéatose hépatique (le « foie gras ») avec, sur le long terme, un risque de cirrhose pour des personnes présentant beaucoup de masse grasse au niveau abdominal. Ces anomalies hépatiques sont difficiles à percevoir, notamment en raison de la résistance à l'idée qu'il s'agit d'une pathologie liée à la consommation d'alcool. Le milieu scientifique parle alors d'une cirrhose métabolique<sup>257</sup>.

La thrombose veineuse et l'embolie pulmonaire font partis des risques fortement augmentés par l'obésité. De plus, lors d'une présence d'un surpoids, des douleurs articulaires peuvent se manifester car les articulations sont alors plus sollicitées. Ainsi, les articulations les plus touchées sont généralement des articulations porteuses comme le genou, la cheville, la colonne vertébrale et la hanche. Enfin le système pneumo-respiratoire peut être impacté par le développement d'un essoufflement, voire d'une asthme. Un autre syndrome connu est celui de l'apnée obstructive du sommeil qui présente une double problématique puisque d'une part le patient n'a pas une nuit de récupération efficace puisqu'il fait des apnées, c'est-à-dire des périodes d'arrêt respiratoire où le cerveau n'est alors plus oxygéné correctement. D'autre part ce syndrome favorise la situation d'obésité en provoquant une résistance dû à l'impact du

---

<sup>256</sup> Dictionnaire Larousse en ligne, « comorbidité », [Disponible en ligne : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/comorbidit%C3%A9/186898>], (consulté le 18/04/19)

<sup>257</sup> INSERM, « Cirrhose, une maladie du foie d'origine inflammatoire », dossiers d'information, 01/11/17. [Disponible en ligne : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/cirrhose>] (Consulté le 19/04/19).

manque de sommeil sur le fonctionnement du métabolisme. De plus, des études ont prouvé que la situation d'obésité peut accentuer certains cancers<sup>258</sup>. Il s'agit notamment d'un risque augmenté de cancers hormono-dépendants chez la femme du fait de l'hyperoestrogénie. Ces cancers concernent donc principalement les seins, l'endomètre, le col de l'utérus ainsi que les ovaires. Cependant le cancer du côlon est aussi évoqué<sup>259</sup>. Des atteintes rénales peuvent également être identifiées et ce notamment en lien avec la présence d'un fort taux de glycémie dans le sang. Il est indiqué que « *le risque d'une insuffisance rénale sévère avec recours à la dialyse est multiplié par 7 [pour une personne présentant] un IMC supérieur à 40 kg/m2* »<sup>260</sup>. La situation d'obésité peut également présenter des atteintes endocriniennes pouvant notamment perturber les fonctions de reproductions.

Ces risques sont nombreux et inquiétants, il est donc important d'en informer les patients. Cependant la présence d'une situation à risque ne permet pas de poser une généralité et une assurance sur la réalisation du risque car chaque situation diffère selon l'individu. La notion de risque sous-entend l'existence d'une probabilité qu'il se réalise. Le vécu mais également la situation d'obésité en elle-même fait varier la réalisation du risque. L'exemple le plus probant est celui des formes métaboliques : la forme androïde de l'obésité présente plus de risques cardio-vasculaire que la forme gynoïde de par la répartition de la masse grasse.

## II - L'opposition de terminologies mouvantes et ambiguës

La difficulté d'appréhension des situations d'obésités est renforcée chez les patients et chez les soignants par l'absence de consensus quant aux définitions et terminologies utilisées. En effet les situations d'obésités sont facilement définissables par description d'un corps plus gros que celui socialement admis. Mais cette perception nous apparaît limitée pour définir toute la complexité des situations d'obésité. Ainsi selon Lucas Bloc, « *d'autres éléments façonnent cette problématique : la subjectivité, la culture, l'esthétique, l'histoire, les jugements moraux, la structure corporelle, les conditions sociales, les relations familiales et bien d'autres encore* »<sup>261</sup>. Il paraît nécessaire d'élaborer une définition englobant tout cela ce qui n'est pas chose aisée. En outre, les termes utilisés pour parler d'obésité ont beaucoup évolué. Entre l'Antiquité

---

<sup>258</sup> Institut National du Cancer, « Nutrition et prévention primaire des cancers », Rapport scientifique, 2015, [Disponible en ligne : [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)]

<sup>259</sup> RITZ Patrick, DARGENT Jérôme, *Abord clinique du patient obèse*, éd. Springer, Paris, 2009, p.28.

<sup>260</sup> *Op. cit.* p.29

<sup>261</sup> BLOC Lucas, « Approche phénoménologique de l'expérience hyperphagique dans l'obésité : une étude dans les contextes français et brésilien », Thèse de doctorat en Psychanalyse et Psychopathologie, Paris, 16 mai 2018, dir. WOLF-FEDIDA Mareike, p.86

et le milieu du XVIIIème siècle, les auteurs préfèrent le terme d'*embonpoint*. Seuls les obésités très sévères sont différenciées par le terme de *polysarcie*<sup>262</sup>. Le mot obésité apparaît dans l'encyclopédie en 1746. Puis en 1863 Jean-François Dancel définit l'obésité comme « *un état anormal auxquels s'associent diverses pathologies* »<sup>263</sup>. Dès 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé identifie l'obésité comme une maladie en l'intégrant dans la Classification Internationale des Maladies. De nos jours la définition donnée par l'OMS est celle qui est la plus utilisée<sup>264</sup> : « *Le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui représente un risque pour la santé* »<sup>265</sup>. Cette définition peut être jugée assez simpliste, présentant brièvement une situation apparente ainsi que l'existence d'un risque. De fait, le manque de précision des définitions laissent la place à l'affrontement de plusieurs points de vue.

Les situations d'obésités sont-elles des maladies ? En effet, l'obésité est considérée comme une maladie chronique. L'Organisation Mondiale de la Santé définit les maladies chroniques comme « *des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement* »<sup>266</sup>. Cette pathologie place le patient dans une situation de vulnérabilité chronique qui peut mettre à mal sa prise en charge. André Grimaldi, évoque l'ère d'une troisième médecine, initiée par l'importance des enjeux soulevés par les maladies chroniques. En effet la prise en charge de ces maladies est compliquée car elles ne bénéficient pas d'une réponse curative immédiate. La prise en charge vise une amélioration de la qualité et de l'espérance de vie du patient<sup>267</sup>. L'obésité est qualifiée comme telle car les multiples facteurs se rencontrent et apportent des modifications métaboliques qui s'inscrivent dans le temps. Le tissu adipeux est un organe humain qui vit un dysfonctionnement par l'augmentation de son volume. Les adipocytes qui le composent se remplissent, se multiplient et ne disparaissent pas engendrant des échanges nerveux avec le cerveau qui entraîne une résistance à la perte de poids<sup>268</sup>. Ainsi, ceci est compris comme maladie au sens d'une « *altération de la santé, des fonctions des êtres vivants* »

---

<sup>262</sup> CSERGO Julia, « Quand l'obésité des gourmands devient une maladie de civilisation. Le discours médical 1850-1930 », dans CSERGO Julia (dir.), *Trop gros ? L'obésité et ses représentations*, éd. Autrement, coll. Mutations, 2009, p.14-29

<sup>263</sup> DANCEL Jean-François, *Traité de l'obésité et pratique de l'obésité*, éd : Baillière et fils, Paris, 1863

<sup>264</sup> JAMES William, « WHO recognition of the global obesity epidemic », *International Journal of Obesity*, vol. 32, 2008, p. 120

<sup>265</sup> Site Organisation Mondiale de la Santé <https://www.who.int/topics/obesity/fr/>

<sup>266</sup> Site officiel OMS, « *Maladies chroniques* », [https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/fr/](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/)

<sup>267</sup> GRIMALDI André, PIERRU Frédéric et TABUTEAU Didier, *Les maladies chroniques : vers la troisième médecine*, éd : Odile Jacob, 2017

<sup>268</sup> IMPERIALI Fabrice, « L'enquête, Obésité en marche. Enquête (1/7) Un syndrome de la modernité », CNRS Le journal, 2019, [Disponible en ligne : <http://lejournal.cnrs.fr>]

»<sup>269</sup>. Cependant cette perception des situations d'obésités ne semble pas unanime. En effet, un soignant répond au questionnaire de recherche mis en ligne dans le cadre de cette étude : « *D'après vous, la situation de grossophobie médicale existe-t-elle aujourd'hui en France* », « *Oui, par méconnaissance de la maladie chronique qui met le praticien en échec* ».

Ainsi nous pouvons nous demander comment s'explique une telle méconnaissance. La définition de l'OMS parle-t-elle de maladie ? L'organisation cite le terme « *accumulation* » et « *risque* » ce qui est trop peu pour évoquer la maladie. Cependant la caractéristique « *anormale* » rappelle la pathologie. En effet, Georges Canguilhem fait une différence entre l'anomalie et l'anormalité. Selon lui l'anomalie est une référence scientifique, un fait, alors que l'anormal renvoie plutôt à un jugement de valeur. Ainsi il apparaît comme une erreur de nommer l'état pathologique d'anormal. Or l'auteur indique qu'il y a eu une inversion de sens car l'anormal est devenu un « *concept descriptif* »<sup>270</sup>, probablement dû au fait que la médecine s'est inscrite dans une recherche de normes établies par des seuils. En effet l'OMS poursuit sa définition en indiquant que « *l'Indice de Masse Corporelle (IMC) est un moyen simple pour mesurer l'obésité* », puis en donnant des seuils permettant d'identifier les états jugés anormaux au sens de pathologiques, mécanisme critiqué par Canguilhem. En ce sens, l'OMS laisse la possibilité pour que l'obésité soit considérée comme maladie mais ceci n'est ni clair, ni généralisé<sup>271</sup>. Pourtant, dans leur étude déjà évoquée, Tomiyama et al. supposent que l'augmentation de la considération de l'obésité comme une maladie permettrait d'en réduire la stigmatisation<sup>272</sup>.

Les situations d'obésités sont-elles des handicaps ? La Cour de Justice de l'Union Européenne a indiqué dans un arrêt rendu en 2014 que l'obésité morbide, c'est-à-dire dans le cas d'un IMC supérieur à 40 kg/cm<sup>2</sup>, peut être qualifiée de situation de handicap dans le milieu professionnel<sup>273</sup>. La Cour justifie cela par le fait que cette situation limite la personne dans ces

---

<sup>269</sup> Définition de « maladie » dans le dictionnaire Larousse, [Disponible en ligne : <https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/maladie/67643>], (consulté le 10/05/19)

<sup>270</sup> CANGUILHEM Georges, *Le Normal et le pathologique*, ed : Presses Universitaires de France, 1966, p.81 « *Ains, en toute rigueur sémantique anomalie désigne un fait, c'est un terme descriptif, alors que anormal implique référence à une valeur, c'est un terme appréciatif, normatif ; mais l'échange de bons procédés grammaticaux a entraîné une collusion des sens respectifs d'anomalie et d'anormal. Anormal est devenu un concept descriptif et anomalie est devenu un concept normatif.* »

<sup>271</sup> La présence de la conjonction de coordination « *ou* » séparant le terme « *anormale* » et « *excessive* » dans la définition laisse à penser que seule une partie des situations d'obésités sont considérées comme anormales et donc pathologiques.

<sup>272</sup> TOMIYAMA A. Janet, FINCH Laura E., BELSKY Angela C. Incollingo, BUSS Julia, FINLEY Carrie, SCHWARTZ Marlene B., DAUBENMIER Jennifer, « *Weight bias in 2001 versus 2013 : contradictory attitudes among obesity researchers and health professionals* », *Obesity* (Silver Spring), 2014

<sup>273</sup> Arrêt CJUE Karsten Kaltoft C/ Municipalité du Billund, du 18/12/2014 n°C-354/13 relatif au fait que l'obésité peut constituer un « handicap » au sens de la directive relative à l'égalité de traitement en matière

actions et dans l'accomplissement de certaines tâches. De plus, les résultats des questionnaires diffusés pour cette étude révèlent que 78,5% des soignants considèrent également que l'obésité peut être assimilée à un handicap, tout en précisant que cela dépend du stade mais surtout de la perception qu'a le patient de sa propre situation. En outre, 68,8% des patients interrogés sont d'accord avec cette affirmation en insistant de nouveau sur l'importance de la perception de l'individu. Il est également indiqué que la notion de handicap met en évidence une situation en inadéquation avec la société<sup>274</sup>. Cette qualification est importante car elle peut permettre l'accentuation des dénonciations de discriminations vécues. Mais surtout elle renforce la nécessité de prendre en charge l'obésité en tenant compte du vécu quotidien des patients et de leur qualité de vie exprimée.

La prise en compte du vécu du patient apparaît essentielle dans la prise en charge mais également dans l'élaboration des qualifications. Serait-il alors plus pertinent de développer un vocabulaire constitué selon les attentes et revendications des personnes concernées ? En effet nous pouvons penser à ce niveau de l'étude que les mots ont un impact dans le processus de stigmatisation et donc dans la perception qu'a un individu de sa situation. De plus G. Canguilhem indique que l'individu est le plus à même d'identifier sa propre situation. En effet pour l'auteur « *l'expérience, au sens affectif du terme, et non la science* »<sup>275</sup> permet à l'individu de reconnaître la santé de la maladie. Ainsi une personne peut se considérer dans un état physiologiquement normal, ce qui dans les situations d'obésités peut mener à une opposition avec le soignant. Il importe donc de considérer l'aspect multifactoriel et multi-conséquentiel des situations d'obésités pour les considérer chacune comme unique. En ce sens, Georges Vigarello parle de l'obésité comme d'un « *objet pluriel* »<sup>276</sup> qui varie selon les seuils de tolérances et les poids jugés acceptables ou non. Pour sa part, Jean-Pierre Poulain indique qu'il vaut mieux parler d'obésitéS au pluriel<sup>277, 278</sup>.

---

d'emploi. « *il convient de répondre à la quatrième question posée que la directive 2000/78 doit être interprétée en ce sens que l'état d'obésité d'un travailleur constitue un «handicap», au sens de cette directive, lorsque cet état entraîne une limitation, résultant notamment d'atteintes physiques, mentales ou psychiques durables, dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à la pleine et effective participation de la personne concernée à la vie professionnelle sur la base de l'égalité avec les autres travailleurs.* »

<sup>274</sup> Verbatim issu du questionnaire patient : « *C'est selon la société que c'est un handicap (ex fauteuils non adaptés, vêtements non disponibles...)* ». Ce verbatim exprime qu'une personne qui ne se considère pas en situation de handicap peut finalement l'être de par ce que lui fait ressentir la société au quotidien.

<sup>275</sup> CANGUILHEM Georges, *Le Normal et le pathologique*, ed : Presses Universitaires de France, 1966, p.131

<sup>276</sup> VIGARELLO Georges, « L'obésité et l'épreuve du moi », dans CSERGO Julia (dir.), *Trop gros ? L'obésité et ses représentations*, éd. Autrement, coll. Mutations, 2009, p.134

<sup>277</sup> POULAIN Jean-Pierre, *Sociologie de l'obésité*, éd. Puf, Paris, 2009, p.295

<sup>278</sup> Ainsi, dans notre étude nous avons préféré parler de *situations d'obésités*. D'une part car parler de *personnes grosses* nous apparaissait trop familier, bien que le mot gros ne soit pas insultant. Le qualificatif *obèses* paraît trop proche du stigmate. L'expression *atteint d'obésité* rappelle la dimension pathologique acceptable mais à laquelle



A travers l'expression de qualifications différentes, ce sont des perceptions qui s'affrontent, et les protagonistes peuvent se braquer devant toute tentative d'annulation de leur idée. Or, l'absence de consensus quant à la définition ou à la terminologie à employer pour qualifier les situations d'obésités laisse la place aux qualifications issues de jugements moraux qui se développent par l'existence de représentations sociales et médicales. En ce sens, l'obésité est-elle une maladie de la volonté ? En effet, les patients dénoncent des soignants qui ne les considèrent pas car l'existence de stéréotypes poussent à croire que l'obésité est une maladie de la volonté. Lorsque l'on connaît l'aspect multifactoriel de l'obésité, il apparaît clairement que cette idée naît de représentations sociales. En effet, le fait de céder aux envies est quelque chose de mal vu ; selon Kant, ce n'est pas une caractéristique de l'être raisonnable, c'est alors considéré comme hors de raison, hors de la morale<sup>279</sup>. En ce sens, d'après son apparence, le patient est jugé selon un comportement supposé. L'individu est réduit à ce comportement au sens du mécanisme de stigmatisation que nous avons évoqué en première partie. Or ce mécanisme ne fait que renforcer la perte de volonté. En effet, des études indiquent que la motivation est limitée par la valeur que le sujet lui attribue ainsi qu'aux chances de réussite estimées par le sujet dans le domaine<sup>280</sup>. Or, le désengagement sous-entend la perte du soi comme source *motivationale*<sup>281</sup>. Ainsi, la situation d'obésité n'est pas auto-infligée par le patient mais bien subie, se mêlant à des périodes de remises en question, de culpabilité, d'échec et de dénigrement de soi-même. Et dans ce cas là, le comportement alimentaire devient une réponse à la souffrance. Comme l'écrit Guylaine Guevremont dans son livre *Manger ses émotions*, la consommation de nourriture devient pour certaine personne un mécanisme d'adaptation utilisé pour atténuer des émotions<sup>282</sup>. Cette réduction du patient et ce manque de

---

beaucoup d'individus ne s'identifient pas. Parler de *situations d'obésités* paraissait le mieux, exprimant un vécu au quotidien tout en laissant à chacun la place pour s'identifier selon son souhait.

<sup>279</sup> KANT Emmanuel, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, éd : Flammarion, Paris, 1994 (1ère éd. 1785), « Mais les inclinations mêmes, comme sources du besoin, ont si peu une valeur absolue qui leur donne le droit d'être désirées pour elles-mêmes, que, bien plutôt, en être pleinement affranchi doit être le souhait universel de tout être raisonnable. »

<sup>280</sup> LE GUILLOUZIC Maud et BEAUD Olivier, « Évaluer et renforcer l'estime de soi des patients accompagnés pour un changement de comportement lié à la santé : pertinence et modalités en médecine générale : une étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'arc alpin », *Médecine humaine et pathologie*, 2017, p.16

<sup>281</sup> CROIZET Jean-Claude et LEYENS Jean-Philippe, « Mauvaises réputation : réalités et enjeux de la stigmatisation sociale », éd : Armand Colin, Paris, 2003, « dans certains domaines, la discrimination, la menace du stéréotype, les attentes négatives des tiers, la connaissance de la réputation de son groupe dans le domaine, conduisent les individus à se désengager (i.e., à dévaloriser ces domaines) de façon à protéger leur estime de soi. Ceci a pour conséquence une réduction de la motivation à réussir dans le domaine et une probabilité plus grande d'abandon », p.32

<sup>282</sup> GUEVREMONT Guylaine, *Manger ses émotions : pourquoi on succombe, comment on s'en sort*, éd : Broché 2014

considération semblent éloigner de la démarche éthique, cette considération médicale tient plus du jugement moral que de la science.

### III- Les lacunes et inégalités des formations de soignants

Face au constat de la complexité des situations d'obésités, nous avons souhaité en savoir plus quant à la formation des soignants en ce domaine. Les formations soignantes quant à la prise en charge de l'obésité sont-elles suffisantes ? Ainsi, le postulat de départ a été d'indiquer que la présence de représentations sociales négatives prennent, par un manque de connaissances, le pas sur le soin. En effet un soignant interrogé sur la grossophobie dans le cadre de notre étude répond qu'il s'agit selon lui d'une « *attitude conditionnée par une méconnaissance d'une situation* ». De fait, il a été demandé aux soignants interrogés de noter de 1 à 5 la suffisance de l'enseignement sur l'obésité actuellement en France ; aucun d'eux ne l'a trouvé satisfaisante et 80% l'ont même noté insuffisante. Les enseignements des études de santé sont fixés au niveau national par le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation et doivent être en accord avec des principes de formations européens. Un arrêté du 8 avril 2013 fixe notamment les enseignements du premier et second cycle de la formation médicale<sup>283</sup>. Ce décret n'évoque l'apprentissage de connaissances sur la maladie chronique qu'à partir du second cycle. En outre les enseignements portant sur l'obésité évoquent le « *diagnostic* » et « *l'argumentation d'une attitude thérapeutique* »<sup>284</sup>. L'annexe d'un autre arrêté en date du 28 octobre 2009 fixe les enseignements de la première année commune des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et sage-femme. Le document évoque seulement la nécessité de « *connaître le rôle principal des bio-nutriments et le métabolisme énergétique* »<sup>285</sup>. Ces arrêtés laissent le libre choix aux universités d'organiser les enseignements. En ce sens, le récit d'une interne en médecine interrogée relate n'avoir eu dans sa formation que peu d'apprentissage sur les situations d'obésités. Ce sujet est évoqué dans le cadre des maladies chroniques afin de comprendre les risques que l'obésité présente pour la santé. Elle précise que rien n'est appris sur le vécu du patient<sup>286</sup>.

---

<sup>283</sup> Arrêté du 8 avril 2004, publié au journal officiel le 23 avril 2013, « Régime des études en vue du premier et du deuxième cycle », Vu directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7-9-2005.

<sup>284</sup> *Op. Cit.* N° 251. « *Obésité de l'enfant et de l'adulte (voir item 69). Diagnostiquer une obésité de l'enfant et de l'adulte. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.* »

<sup>285</sup> Arrêté du 28 octobre 2009, publié au Journal Officiel le 17 novembre 2009.

<sup>286</sup> Interne en médecin interrogée librement et avec son consentement lors du stage réalisé au service endocrinologie, maladie métabolique et nutrition au CHU de Rangueil à Toulouse du 8 au 19 avril 2019.

Ainsi la pathologisation des situations du corps se retrouve dès la formation des soignants. Le concept de mécanisation des soins, détaillé au chapitre 2 de cette étude explique, selon nous, que la formation des soignants s'oriente sur la recherche de symptômes plutôt que sur la compréhension du vécu personnel du patient. Or une telle prise en compte nécessite de faire appel à des compétences non-techniques. Ceci est mis en avant par une philosophie du soin, qui est à l'origine d'une éthique médicale et qui prône la mise en relation d'un soin technique et relationnel à la fois<sup>287</sup>. Cependant si l'un prend le pas sur l'autre nous observons un déséquilibre<sup>288</sup>. Ce déséquilibre est mis en évidence par une pensée de l'éthique du *care* développée par la psychologue Carol Gilligan qui rappelle la nécessité de l'alliance de la technique et du relationnel dans le soin, soit le *care* et *cure*<sup>289</sup>. Ainsi ce déséquilibre peut mettre à mal la relation de soin et la prise en charge. Or pour éviter cela il est essentiel d'utiliser des compétences tant techniques que non techniques, des savoir-faire et des savoir-être. Or, comme le relève la Haute Autorité de Santé en 2015, « *les manques de savoir-être (comportements perturbateurs) sont un phénomène patent ayant un impact sur la qualité des soins* »<sup>290</sup>. Ainsi, des lacunes peuvent se présenter dans la formation des soignants, tant sur le sujet du poids que pour l'apprentissage des savoir-être.

En outre un autre point démontrant l'influence de la formation du soignant sur son comportement professionnel nous est apparu important à relever, il s'agit du concept de *hidden curriculum* (*cursus caché*) soulevé par l'auteur Philippe Perrenoud en 1993<sup>291</sup>. Ce concept a été relevé au départ dans le domaine des sciences sociales, notamment de la sociologie, pour mettre en évidence l'influence que peut avoir le sociologue sur le milieu étudié. Il s'agit d'une part d'apprentissage qui n'est pas prévue à l'origine. Ainsi, comme tout autre apprentissage, celui de la médecine est à la fois collectif et individuel dans le sens où l'apprenant est influencé par le contexte social mais également par le groupe dans lequel il apprend de manière explicite mais aussi implicite. Cette idée est reprise par Frédéric Hafferty qui critique un aspect trop peu

---

<sup>287</sup> LEFÈVE Céline, « De la philosophie de la médecin de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical », *Revue de métaphysique et de morale*, n°82, 2014, « *La philosophie du soin n'oppose pas l'objectif et le subjectif, la technique et l'humain, le rationnel et le relationnel, mais démontre qu'ils participent ensemble du soin et se demande comment les articuler pratiquement en fonction des pathologies et des situations* », p.200

<sup>288</sup> *Op. cit.*, « *La philosophie du soin attire l'attention sur l'hyperspécialisation et la standardisation des protocoles, en particulier à l'hôpital, et sur la médiation de techniques que médecins et patients peinent à s'approprier dans des projets de soin individualisés* », p.200

<sup>289</sup> GILLIGAN Carole, *Une Voix différente. Pour une éthique du care*, Paris : Flammarion, 2008.

<sup>290</sup> HAS, « Evaluation des compétences des professionnels de santé et certification des établissements de santé », Rapport d'étude, revue de la littérature, novembre 2015.

<sup>291</sup> PERRENOUD Philippe. *La fabrication de l'excellence scolaire : du curriculum aux pratiques d'évaluation*, éd : Librairie Droz, Genève-Paris, 2010 (1ère édition 1993)

relevé de la formation médicale, soit un enseignement qui dépasse de manière implicite voire inconsciente celui prévu à l'origine<sup>292</sup>.

Une étude canadienne reprend l'explication du hidden curriculum afin d'expliquer que la stigmatisation peut être acquise dès la formation du soignant, de manière informelle<sup>293</sup>. Ce texte indique que, pendant leur apprentissage, les soignants peuvent observer des comportements stigmatisants d'autres soignants et ces attitudes peuvent être assimilées si elles ne sont pas remises en question. Une autre étude affirme la fréquence du même phénomène face aux situations d'obésités<sup>294</sup>.

Cette adoption de comportement s'explique d'autant plus en médecine où l'identité professionnelle est ritualisée impliquant l'acceptation de la hiérarchie, de la puissance professionnelle et de son autorité<sup>295</sup>. Dans ce contexte il apparaît complexe de lutter contre l'influence que peut avoir la formation soignante sur la modification de sa propre perception. Ainsi les représentations sociales influencent le soignant de par son appartenance à la société mais également lors de son apprentissage de soignant. Une étude réalisée en 2005 indique que 30% des généralistes, des internes et des cardiologues partagent, de manière directe ou implicite, des représentations sociales négatives sur les fortes corpulences<sup>296</sup>.

En outre, lors de notre enquête, les patients ont noté le manque de relationnel dans le soin accentué par le sentiment de stigmatisation. Eric Galam explique que l'apprentissage soignant pousse à des standards d'excellence qui limitent les possibilités d'expression de sentiments<sup>297</sup>. En effet selon Lionel Lacaze la création d'une identité professionnelle dans le domaine soignant s'inscrit dans une nécessité de contrôler ses émotions et de lutter contre une

---

<sup>292</sup> HAFFERTY Frédéric William et FRANKS R., « The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education », *Academic Medicine*, vol.69, n°11, décembre 1994

<sup>293</sup> E. DUBIN Ruth, KAPLAN Alan, GRAVES Lisa, K. NG Victor, « Reconnaître la stigmatisation, sa présence dans les soins aux patients et dans la formations médicales », *Canadian Family Physician. Le médecin de famille canadien*, vol. 63, décembre 2017, « Alors que le cursus formel est conçu pour éviter les partis pris et la stigmatisation, le cursus caché peut refléter un contenu contraire à celui du cursus formel. » p.914

<sup>294</sup> KUSHNER Robert F., ZEISS Dinah m., FEINGLASS Joseph M. et YELEN Marsha, « An obesity educational intervention for medical students addressing weight bias and communication skills using standardized patients », *BMC Medical Education*, 2014

<sup>295</sup> LEMPP Heidi et SEALE Clive, « The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching », *BMJ*, vol. 329, 2004, « 21/36 étudiants ont rapportés 29 incidents d'humiliation [durant leur formation et] la moitié des étudiants (18/36) a signalé que la concurrence plutôt que la coopération était la caractéristique de la médecine », p.772

<sup>296</sup> BOCQUIER Aurélie, VERGER Pierre, BASDEVANT Arnaud, ANDREOTTI Gérard, BARETGE Jean, VILLANI Patrick et PARAPONARIS Alain, « Overweight and obesity : knowledge, Attitudes, and Practices of General Practitioners in France », *Obesity Research*, vol.13, n°4, 2005, p.787-795

<sup>297</sup> GALAM Eric, « Devenir médecin : éclairer le hidden curriculum. l'exemple de l'erreur médicales », *La Presse Médicale*, vol.43, avril 2014, « Ainsi, les étudiants comme les médecins expérimentés qu'ils vont devenir sont-ils incités à une neutralisation voire une négation émotionnelle ». p.361

identification possible au patient. L'idée serait que la proximité dans le soin remet en cause la dimension professionnelle<sup>298</sup>.

Par ailleurs, la concurrence et l'importance de la hiérarchie que nous retrouvons dans le soin, entraîne une perception différente de certains soignants. En ce sens des professionnels se sentent moins bien considérés que d'autres. Solenn Carof indique, dans une étude anthropologique, que les incompréhensions existantes entre soignants et patients peuvent notamment s'expliquer par le sentiment de ne pas être suffisamment reconnu socialement dans la prise en charge de l'obésité, « *symboliquement, mais aussi financièrement pour les diététiciens et les psychologues* »<sup>299</sup>. Concernant la profession de diététicien, ce sentiment nous a été confirmé lors d'un échange avec une diététicienne exerçant en milieu hospitalier qui estime que ce métier n'est pas considéré à sa juste valeur avec une banalisation voire une réduction du rôle de ce soignant<sup>300</sup>.

Cette dépréciation se retrouve également dans le sentiment d'inefficacité que peut avoir un médecin généraliste face à une situation aussi complexe que celle de l'obésité. En effet, une enquête téléphonique réalisée en 2005 en région PACA auprès de 600 médecins généralistes indique que 58% d'entre eux se sentent peu ou pas efficaces lors de la prise en charge de patients adultes<sup>301</sup>. Une autre étude révèle que 79% des médecins généralistes interrogés se sentent mal préparés pour l'accompagnement de l'obésité et indiquent que cette tâche est peu gratifiante<sup>302</sup>. En outre, le questionnaire mis en ligne dans le cadre de notre étude montre que 38,5% et 46,2% des soignants interrogés considèrent que l'obésité est une situation difficile voire très difficile à prendre en charge pour un soignant. De plus, 35,4% des soignants disent avoir parfois ressenti une frustration personnelle face à la question de l'obésité, un soignant ajoute : « *Frustration et de l'incompréhension parfois face à tout ce que l'obésité implique* ».

---

<sup>298</sup> LACAZE Lionel, « La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'analyse stigmatique revisitée », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2008, n°5, p.190 « *La séparation "eux" – "nous" est un des traits fondamentaux du stigmaté. Dans le secteur des relations soignantes (et particulièrement en psychiatrie), ce trait est consubstantiel à la création de l'identité professionnelle de soignant. On apprend ainsi aux novices (infirmier, psychologue, médecin) à ne pas s'identifier au patient, à contrôler leurs émotions, à mettre une distance avec lui, etc. Être un professionnel, c'est s'interdire la proximité avec le soigné et toute symétrie relationnelle.* »

<sup>299</sup> CAROF Solenn, « Les représentations sociales du corps gros, un enjeu conflictuel entre soignants et soignés », *Anthropologie et Santé*, n°14, 2017, p.16

<sup>300</sup> Diététicienne interrogée librement et avec son consentement lors du stage réalisé au service endocrinologie, maladie métabolique et nutrition au CHU de Rangueil à Toulouse du 8 au 19 avril 2019.

<sup>301</sup> BOCQUIER Aurélie, PARAPONARIS Alain, et al., « La prise en charge de l'obésité. Attitudes, connaissances et pratiques des médecins généralistes en région PACA ; résultats d'une enquête téléphonique », *La Presse Médicale*, vol. 34, n°11, juin 2005.

<sup>302</sup> BOCQUIER Aurélie, VERGER Pierre, BASDEVANT Arnaud, ANDREOTTI Gérard, BARETGE Jean, VILLANI Patrick et PARAPONARIS Alain, « Overweight and obesity : knowledge, Attitudes, and Practices of General Practitioners in France », *Obesity Research*, vol.13, n°4, p.787-795

En ce sens, Philippe Joseph Maurice Fayemendy souligne que tous les facteurs extérieurs favorisant la prise de poids sont perçus comme des éléments difficilement surmontables qui compromettent largement le travail du médecin généraliste<sup>303</sup>. Dans cette complexité de prise en charge, d'autres limites, plus pratiques sont évoquées comme le manque de matériels ou de temps pour les consultations<sup>304</sup>. Ainsi de tels sentiments peuvent induire à des comportements qui risquent de mettre à mal la relation. En outre, la législation voudrait qu'un soignant qui n'a pas les outils pour prendre en charge un patient l'oriente vers un professionnel de soin compétent<sup>305</sup>. Cependant ceci pourrait faire croire au soignant qu'il admet un échec, renforçant ainsi un ressenti négatif. Les soignants intègrent, dès leur formation, une pression qui les pousse à être à la hauteur de ce que la société attend d'eux mais également face aux attentes des patients. Or, lors de prises en charge complexes cette nécessité peut être altérée.

---

<sup>303</sup> FAYEMENDY Philippe Joseph Maurice, « La prise en charge de l'obésité par les médecins généralistes du département de la Haute Vienne : Difficultés rencontrées et suggestions d'amélioration », Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, présentée le 3 octobre 2012, Université de Limoges, p.45.

<sup>304</sup> 52,3 % des soignants interrogés pour le questionnaire de cette étude mentionnent un manque de temps qui limite la prise en charge. Et 83,1% relèvent le manque de matériels de soins adaptés à la prise en charge de l'obésité.

<sup>305</sup> Article L.1110-1 du CSP, « *Les professionnels [...] [contribuent à] assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.* »

## Conclusion de la seconde partie

Cette partie veut mettre en évidence la complexité des représentations sociales. En effet ces représentations sont construites par rapport à une norme qui évolue avec la société. En outre s'ajoute celles créées par le domaine médical. Le risque est alors que le discours médical s'enfonce dans la norme sociale de la minceur sous couvert de légitimation scientifique<sup>306</sup> et serve de justification à une stigmatisation de l'obésité. La norme semble alors s'imposer comme une fatalité pour ceux qui la subissent. Ceci est accentué par un manque de connaissances quant à la complexité des situations d'obésités. Mais paradoxalement, l'existence de représentations limite l'émergence et le partage de connaissances. Ce point est mis en évidence au regard des limites et des inégalités présentes dans les formations et les processus de reconnaissance des soignants. Ainsi la relation de soin et les prises en charge souffrent de cela, expliquant des relations problématiques dénoncées par les patients. En ce sens, la considération pour les patients autant que celle pour les soignants est essentielle. De plus, il est nécessaire de prendre conscience de l'influence des représentations dans les soins pour rompre avec les idées reçues qui mettent à mal la prise en charge. Ainsi, la considération de ces divers éléments permet de comprendre les perceptions qui s'affrontent dans la relation de soin. Si tous ces composants sont entendus et diffusés, les représentations sociales pourront s'effacer pour une prise en considération plus ouverte. Cela peut également éviter les impressions d'échecs du patient, mais également du soignant, car les situations d'obésités sont beaucoup plus complexes que ce que l'on croit et donc les échecs beaucoup plus acceptables. La dénonciation d'une problématique médicale par les témoignages de grossophobie médicale semble s'inscrire dans une problématique plus large que le huis-clos de la relation patients-soignants. L'influence du contexte social est alors à noter.

---

<sup>306</sup> CSERGO Julia (dir), *Trop gros ? L'obésité et ses représentations*, éd. Autrement, coll. Mutations, 2009

## **PARTIE III- Vers la compréhension de l'influence du contexte sociétal sur une problématique médicale pour permettre une prise en charge optimale**

Les représentations socialement construites, créent des perceptions qui se rencontrent dans le soin, ce qui montre que la prise en charge de l'obésité n'est pas isolée de l'influence sociale. Ainsi, il importe de prendre en compte l'environnement social. Existe-il un contexte social inhérent aux situations d'obésité ? A l'élaboration des actions de soins et de préventions ? Ces derniers peuvent-ils avoir une influence sur la relation de soin ? Nous posons ce postulat et poursuivons en évoquant une nécessité de rompre avec les représentations pour une prise en charge plus globale.

### **Chapitre 1 : L'influence du contexte de société et de santé publique sur la prise en charge de l'obésité en France**

Au cours de notre étude nous avons analysé l'impact que peut avoir la société sur les représentations sociales qui se retrouvent dans le soin en créant des perceptions différentes voire conflictuelles. Cependant un autre aspect de l'influence sociétale s'est révélé dans notre étude. Ainsi, le contexte de vie du patient en situation d'obésité a-t-il une influence sur sa prise en charge ? En outre, cette situation crée-t-elle une prévention de l'obésité erronée ?

#### **I- La dénonciation de la grossophobie médicale comme revendication face à l'existence d'inégalités sociales et de genres**

Dans notre étude nous avons pu percevoir que les situations d'obésités sont complexes à prendre en charge. Ainsi nous nous sommes demandé si le contexte socio-professionnel des patients pouvait renforcer cela. Cette question posée dans le questionnaire mis en ligne pour cette étude a révélé que 45,7% des répondants sont employés, 16,9% sont sans activités professionnelles et 15% sont cadres. Ces résultats sont apparus intéressants au regard d'un autre facteur essentiel dans notre étude, celui de la précarité. En effet, l'enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité ObEpi, réalisée en 2012 indique que les catégories socioprofessionnelles défavorisées sont les plus touchées par l'obésité avec une prévalence de 16,7% chez les ouvriers et 16,2% chez les employés contre 8,7% chez les cadres supérieurs<sup>307</sup>.

---

<sup>307</sup> ObEpi, « Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité », INSERM / KANTAR HEALTH / ROCHE, 2012 [Disponible en ligne : [http://www.roche.fr/content/dam/roche\\_france/fr\\_FR/doc/obepi\\_2012.pdf](http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf)]



Ainsi, les situations d'obésités doivent également être comprises comme des situations liées, ou plutôt renforcées, par l'existence d'inégalités sociales. Par exemple, le manque de revenus limite la consommation adéquate mais également l'accès aux soins. Dans cette problématique, Solenn Carof indique que « *le fait que la prévalence de l'obésité soit plus élevée dans les catégories sociales défavorisées accentue [les] représentations péjoratives, qui conduisent parfois à des actes de stigmatisation et de discrimination* »<sup>308</sup>. Ainsi il apparaît d'autant plus difficile de prendre en charge des patients qui d'une part présentent une pathologie complexe, mais qui d'autre part sont dans un contexte social qui limite l'accès aux soins ou bien l'entendement de la prévention. La discrimination est alors double et contraire à la loi<sup>309</sup>, un risque renforcé par l'apparition d'une imbrication des discriminations.

Malgré l'existence de ce risque, une étude menée par questionnaire sur 856 médecins généralistes révèle que 92,5% d'entre eux indiquent rencontrer des difficultés dans la prise en charge de patients en situation de précarité<sup>310</sup>. Les auteurs expliquent ceci par des limites dans la formation des soignants pour repérer la précarité ainsi qu'un manque d'informations pour proposer des solutions alternatives aux patients présentant des difficultés financières<sup>311</sup>. L'étude conclue sur le fait que les difficultés ressenties par les soignants influencent les inégalités socio-culturelles ainsi que l'accès aux soins. Elle relève également que l'image de soi mais également le lien social sont essentiels pour permettre un accès aux soins efficace<sup>312</sup>. Ceci nous apparaît d'autant plus important concernant la prise en charge de l'obésité car, non seulement le facteur psycho-social joue sur la prise de poids, mais en plus il limite la perception d'une situation pathologique et donc l'accès aux soins. La double complexité que peut présenter le patient en situation d'obésité et de précarité risque de provoquer un renoncement du soignant. Ce constat est également mentionné de manière plus générale dans un rapport de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme qui indique que le soignant doit apprendre à s'adapter au patient afin de garantir le droit à l'égal accès aux soins. Dans ce

---

<sup>308</sup> CAROF Solenn, « Les représentations sociales du corps gros, un enjeu conflictuel entre soignants et soignés », *Anthropologie et Santé*, n°14, 2017, p.13

<sup>309</sup> Article L.1110-3 du Code de la Santé Publique, « *Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.* »

<sup>310</sup> FLYE SAINT MARIE Cécile, QUERRIOUX Isabelle, BAUMANN Cédric, DI PATRIZIO Paolo, « Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires », *S.F.S.P Santé Publique*, vol. 27, 2015, p.679-690

<sup>311</sup> *Op. Cit.*, « *La formation proposée aux internes de médecine générale qui répond aux besoins identifiés au cours des entretiens gagnerait à être obligatoire, [...] Une formation basée sur l'approche pluridisciplinaire pourrait être proposée à l'ensemble des spécialités, dès le premier cycle des études médicales, puis de façon plus pratique au cours de la spécialisation mais aussi en formation continue.* », p.690

<sup>312</sup> *Op. Cit.*, « *Nous avons montré que les difficultés ressenties par les médecins contribuent aux inégalités socio-culturelles d'accès à la santé. L'accompagnement des patients, un travail renforcé sur l'image de soi et le lien social ont été identifiés comme des déterminants majeurs d'accès à la santé* », p.679

rapport, la Commission recommande de « *renforcer la pratique clinique et [d'] apprendre à s'adapter aux patient* »<sup>313</sup>. Emerge alors une nécessité de rompre avec l'influence des représentations sociales liées au poids mais également à la situation de précarité.

En outre, un autre facteur d'inégalités apparaît dans notre étude, celui du genre. En effet, notre questionnaire de recherche diffusé auprès de patients a reçu une majorité de réponses de femmes, 93,3%, contre 5,4% de participation masculine. De plus les témoignages relevant la grossophobie médicale viennent majoritairement de femmes. Ceci se retrouve également au regard d'associations qui luttent contre la grossophobie et dont les messages sont relayés par un grand nombre de femmes. Ce constat nous est apparu d'autant plus surprenant qu'il n'y a pas de différence significative entre hommes et femmes quant aux situations d'obésités. En effet l'enquête ObEpi indique que la situation d'obésités concerne 15,7% des femmes et 14,3% des hommes<sup>314</sup>. Mais alors comment expliquer que les femmes soient plus concernées que les hommes par la grossophobie ? Lors d'un échange mail dans le cadre de cette étude, un patient répond :

*« 1) on apprend aux garçons à fermer leur bouche ("boys don't cry", etc.) 2) si certaines formes de discriminations frappent les hommes et les femmes de la même façon (et puis à partir d'un certain stade, on n'est plus homme ou femme dans la tête des gens, on est juste "gros"), on juge plus vite et plus fort les femmes que les hommes là-dessus. »*<sup>315</sup>

Cette réponse nous pousse à compléter notre question. Les femmes semblent plus subir la grossophobie que les hommes, mais il nous faut pourtant nuancer ce constat. Est-ce que la femme perçoit plus la stigmatisation du corps que l'homme et est-elle plus à même de la dénoncer ? Là encore les représentations sociales influencent les comportements. D'une part le contrôle de l'image du corps est plus important pour la femme, mais d'autre part la représentation sociale de la masculinité engendre une perception différente de la stigmatisation, du regard posé sur le corps mais également sur la possibilité de dénoncer cela.

---

<sup>313</sup> CNCDH, « Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux », Avis, 22 mai 2018, « *Des cours de sensibilisation à la diversité des patients doivent aussi être mis en place. [...] Au terme de ce type de formation, les professionnels sont en mesure de mieux répondre aux demandes des personnes en précarité, ce qui favorise l'accès aux droits.* » , p.57

<sup>314</sup> ObEpi, « Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité », INSERM / KANTAR HEALTH / ROCHE, 2012 [Disponible en ligne : [http://www.roche.fr/content/dam/roche\\_france/fr\\_FR/doc/obepi\\_2012.pdf](http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf)], p.15

<sup>315</sup> Propos échangés par mail à la suite d'un témoignage dans le cadre de cette étude, le 21/12/18

Évoquons d'abord l'importance que revêt la minceur et qui semble être plus forte chez la femme que chez l'homme. Thibault de Saint Pol souligne qu'un plus grand nombre de femmes que d'hommes disent pratiquer, ou avoir pratiqué, une mesure amaigrissante. Il explique cela par le fait que « *Les principes sexuants et les idéaux de beauté sont incorporés, et le corps en porte la marque à la fois dans sa chair et dans ses usages* »<sup>316</sup>. Or ces représentations sont apprises dès l'enfance tout comme l'association entre norme corporelle et genre. Pour étayer son assertion, l'auteur prend l'exemple bien connu de Cendrillon, héroïne du conte de Charles Perrault, qui est reconnue par le prince grâce à la minceur de son pied. Georges Vigarello évoque également l'importance du contrôle du corps de la femme par le port du corset<sup>317</sup>. Ainsi nous pouvons comprendre que le contrôle et l'image du corps est plus présente chez la femme. En outre Véronique Nathoum-Grappe indique qu'être « *socialement laide, pour une fille, constitue une faute identitaire majeure dans notre société* »<sup>318</sup>. Cette analyse renforce l'importance que prend le contrôle du corps et l'esthétique chez la femme en dépassant les seuils des apparences et en faisant partie de sa construction identitaire. Ceci apparaît de manière flagrante dans les données chiffrées, illustrant la répartition par sexes, des personnes ayant eu recours à la chirurgie bariatrique : 78,7% de femmes contre 21,3% d'hommes<sup>319</sup>. Un rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), explique ces résultats par une socialisation, qui diffère selon le sexe, engendrant une plus grande sensibilité des femmes quant à leur santé mais également une insatisfaction plus grande que chez les hommes quant à leur image corporelle<sup>320</sup>. Ceci nous permet de comprendre pourquoi les femmes sont plus sujettes à la grossophobie médicale. Cela dit cette réflexion n'explique qu'en partie les résultats de notre questionnaire.

En effet, l'apparence a évolué en réponse aux volontés émancipatrices de la femme et ceci se révèle au regard de l'évolution de la mode. Le couturier Paul Poiret rompt le premier avec le port du corset, et Coco Chanel féminise le costume masculin. L'image du corps a eu un rôle à jouer dans les revendications féministes<sup>321</sup>. Ainsi, il semble approprié de dire que la lutte

---

<sup>316</sup> SAINT POL Thibaut, *Le corps désirable : hommes et femmes face à leur poids*, éd : Presses Universitaires de France, Paris, 2010, p.20

<sup>317</sup> VIGARELLO Georges, *Les métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité*, éd : Seuil, 2010, « *En temps de précarité, le gros fut signe de richesse et de santé* », p.66

<sup>318</sup> TESTARD-VAILLANT Philippe, « Le diktat des apparences », *CNRS le journal*, n°222, juillet-août 2008

<sup>319</sup> ObEpi, « Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité », INSERM / KANTAR HEALTH / ROCHE, 2012, [Disponible en ligne :

[http://www.roche.fr/content/dam/roche\\_france/fr\\_FR/doc/obepi\\_2012.pdf](http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf)], p.58

<sup>320</sup> OBERLIN Philippe, MOUQUET Marie-Claude, « La chirurgie de l'obésité en France de 1997 à 2003 », *DREES Études et Résultats*, n°410, juillet 2005

<sup>321</sup> GRAU François-Marie, *Histoire du costume*, éd : Presses Universitaires de France, 2007, p. 93-102.

contre la grossophobie s'inscrit également dans une lutte féministe. En outre, de par un contrôle de son corps et une prise de conscience avérée, la femme est peut-être plus à même d'identifier une stigmatisation. Cette hypothèse est confirmée par une étude américaine qui indique que les femmes perçoivent plus la stigmatisation relative au poids que les hommes<sup>322</sup>.

L'homme occidental n'a pas eu ce parcours de revendication. Daniel Welzer-Lang évoque la construction du masculin et indique que la virilité est socialement établie de manière à garantir une supériorité par rapport à la femme<sup>323</sup>. De fait, la virilité concentre des valeurs de forces et de pouvoirs. Cette représentation est là encore apprise dès l'enfance et façonne les comportements. Cette construction, aujourd'hui remise en question, mais dont notre société conserve des traces, explique qu'une plainte d'un homme, quant à une stigmatisation subie soit moins aisée voire moins bien perçue, que celle d'une femme. Quoiqu'il en soit, il apparaît nécessaire de prendre en compte les situations sociales ainsi que le vécu du patient afin de permettre une relation de soin puis une prise en charge adaptées.

## II- Les limites d'une prévention contre la prise de poids qui renforce les représentations sociales et la culpabilisation

La prise en compte des déterminants sociaux que nous venons d'évoquer est essentielle à tous les niveaux de la santé. Or est-ce le cas lors de l'élaboration de la prévention de lutte contre le surpoids et l'obésité ?

Une article du journal Le Monde, publié en 2005 énonce : « *L'obésité, première pandémie mondiale non contagieuse* »<sup>324</sup>. Cette phrase met en avant le fait que l'obésité est en constante évolution dans le monde sans qu'il s'agisse d'une contagion caractérisant pourtant toutes les autres pandémies. La pandémie représente l'extension d'une maladie à un niveau mondial<sup>325</sup>.

---

<sup>322</sup> PUHL Rebecca M., ANDREYEVA Tatiana, BROWNELL Kelly D., « Perceptions of weight discrimination : prevalence and comparison to race and gender discrimination in America », *International Journal of Obesity*, n°32, 992-1000, juin 2008

<sup>323</sup> WELZER-LANG Daniel, « La mixité non ségrégative confrontée aux constructions sociales du masculin », *Revue française de pédagogie*, vol. 171, avril-juin 2010, « nous avons défini la virilité ainsi : « La virilité revêt un double sens : 1) les attributs sociaux associés aux hommes, et au masculin : la force, le courage, la capacité à se battre, le "droit" à la violence et aux privilèges associés à la domination de celles, et ceux, qui ne sont pas, et ne peuvent pas être, virils : femmes, enfants... 2) la forme érectile et pénétrante de la sexualité masculine. La virilité, dans les deux acceptions du terme, est apprise et imposée aux garçons par le groupe des hommes au cours de leur socialisation pour qu'ils se distinguent hiérarchiquement des femmes. », p.17

<sup>324</sup> « L'obésité, première épidémie non infectieuse de l'Histoire », *Le Monde*, 02/07/2005, [Disponible en ligne : [https://www.lemonde.fr/planete/article/2005/07/02/1-obesite-premiere-epidemie-non-infectieuse-de-l-histoire-par-philippe-froguel\\_668105\\_3244.html](https://www.lemonde.fr/planete/article/2005/07/02/1-obesite-premiere-epidemie-non-infectieuse-de-l-histoire-par-philippe-froguel_668105_3244.html)]

<sup>325</sup> Dictionnaire Larousse, « Pandémie », [Disponible en ligne : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pand%C3%A9mie/57587>]

Or ce constat est difficile à percevoir pour une pathologie qui n'est pas virale. Ainsi ce discours pathologique et alarmiste est transposé aux situations d'obésité afin d'informer sur les risques et les enjeux. En effet, en France 54% des hommes et 44% des femmes sont en surpoids ou en obésité (au sens de présentant un IMC supérieur ou égal à 25)<sup>326</sup>. En outre l'OMS indique qu'en 2016, plus de 1,9 milliard d'adultes étaient en surpoids dans le monde, dont 650 millions de personnes en situation d'obésité, indiquant alors que « *le nombre de cas d'obésité a presque triplé depuis 1975* »<sup>327</sup>. Ainsi la mise en avant d'un risque sanitaire influence toute la société. Ce discours prend toute sa dimension fataliste par le fait qu'il copie celui des pandémies virales alors que, dans cette situation, l'obésité n'est pas contagieuse et que aucun traitement direct ne peut être apporté. De fait la prévention devient importante malgré les lacunes qu'elle présente. L'HAS indique que :

*« La prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités ; Sont classiquement distinguées la prévention primaire qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque), la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages), et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence. »*<sup>328</sup>

Ainsi les premières étapes de la prévention consistent à éviter le développement d'une maladie. De fait, ceci appliqué à l'obésité semble poser problème car le discours sanitaire ne porte que sur la prévention des causes pouvant engendrer la prise de poids et principalement l'acte de manger. En effet, l'OMS indique que les principales causes de la prise de poids sont l'alimentation et le manque d'activité physique<sup>329</sup>. Cette considération se retrouve dans le Programme National Nutrition Santé lancé en 2001 qui promeut le désormais célèbre slogan *manger-bouger*. Or dans le cadre de notre étude, 85,1% des patients et 69,2% des soignants interrogés considèrent que les messages de prévention peuvent être culpabilisants pour les personnes en situation d'obésités. Ainsi, un discours focalisé sur l'acte de manger et sur le manque d'activité physique semble promouvoir des représentations déjà existantes et renforcer alors la stigmatisation qu'elles entraînent. En outre une prévention qui se fixe sur les risques

---

<sup>326</sup> Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). « Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016 », *Santé publique France*, 2017, Volet nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité, 58 p.

<sup>327</sup> OMS, « Obésité et surpoids. Principaux faits », 16/02/18, [Disponible en ligne : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>]

<sup>328</sup> HAS, « Prévention », 31/08/2006, [Disponible en ligne : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)]

<sup>329</sup> OMS, « Obésité et surpoids. Principaux faits », 16/02/18, [Disponible en ligne : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>]

en vient à diaboliser et à renforcer la dimension alarmiste des situations d'obésités caractérisées d'épidémie sans pour autant être expliquées. Une patiente témoignage :

*« Je suis allée à Malte ( avant d'être obèse ), il y avait beaucoup de campagne publicitaire en prévention à l'obésité. Énormément de parcs à tous les coins de rue avec des parcours santé. [...] Ce fut la première fois que j'avais pris conscience que d'être obèse était une maladie et un handicap [...]. Je pense qu'en France on aborde pas suffisamment le sujet, ce qui provoque aussi la grossophobie dans notre société. On a peur de ce qu'on ne connaît pas et de ce qu'on ne comprends pas. »*

Nous pouvons alors penser qu'une prévention qui prend en compte la dimension globale est multifactorielle de l'obésité, sans pointer du doigt un point particulier, ni un comportement, et faisant le lien avec la promotion de la santé, pourrait s'avérer plus efficace et moins stigmatisante. En outre, un rapport d'information de l'Assemblée Nationale portant sur la prévention de l'obésité indique que la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes en situation d'obésité est action de prévention<sup>330</sup>. En ce sens, un soignant interrogé indique que les messages de prévention peuvent ne pas devenir culpabilisant *« si ce sont les personnes concernées qui les élaborent »*.

De plus, la non prise en compte de la vie mais également des différents déterminants sociaux qui façonnent l'obésité semble être une lacune dans l'élaboration de la prévention en France. Dans sa thèse, Lucas Bloc écrit que l'obésité représente plus un rapport d'être au monde qu'une condition physique<sup>331</sup>. Ceci sous entend la nécessité de comprendre le contexte de vie du patient. Ainsi, ne prenant pas en compte toutes les dimensions des situations ainsi que les singularités des patients, la prévention générale peut s'avérer inutile voir contre-productive. Pour le philosophe Paul Ricoeur les actions qui émanent des institutions peuvent être bonnes et justes, et si ce n'est pas le cas elles peuvent renforcer les inégalités et leurs actions sont alors discutables sur le plan éthique<sup>332</sup>. Il insiste aussi sur la nécessité de considérer autrui comme un soi-même afin de constituer une norme morale et universelle du juste. Ainsi, il faut prendre conscience que le contexte social de base est inégalitaire, et qu'il faut adapter les mesures pour

---

<sup>330</sup> Assemblée Nationale, « Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux de la mission sur la prévention de l'obésité », présenté par Valérie Boyer, n°1131, 30/09/2008, p.93 à 97

<sup>331</sup> BLOC Lucas, « Approche phénoménologique de l'expérience hyperphagique dans l'obésité : une étude dans les contextes français et brésilien », Thèse de doctorat en Psychanalyse et Psychopathologie, dir. WOLF-FEDIDA Mareike, p.96

<sup>332</sup> RICOEUR Paul, *Soi-même comme un autre*, éd : Seuil, Paris, 1990, « Une vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes », p.39, Ceci caractérise ce que l'auteur appelle la « visée éthique ».

rétablir l'égalité. Cette recherche de l'égalité n'est possible que si l'on fait en sorte que les institutions soient justes.

En outre la démarche de prévention copie celle mise en oeuvre pour lutter contre l'alcool ou le tabac. Or la situation nous apparaît difficilement comparable. En effet l'idée est de lutter contre des comportements qui présentent des risques pour la santé. Cependant il est possible pour un individu de stopper complètement une consommation d'alcool ou de cigarette mais il ne lui est pas possible de ne plus manger. Ainsi le patient se retrouve confronté à cette problématique au quotidien. En ce sens, insister sur des comportements interdits n'est peut-être pas la meilleure solution. D'autant plus que la mesure actuelle nous apparaît aller à l'encontre de la promotion de la santé en étant une mesure plus punitive voire paternaliste. Or cela ne fait que renforcer l'absence d'égalité des chances. La société doit maximiser le bien-être des personnes les moins favorisées : les inégalités doivent être attachées à des possibilités ouvertes à tous dans des conditions d'égalité des chances.

Didier Tabuteau indique, dans un article de 2004, que l'action publique lutte contre les dangers de santé par des arbitrages imposants des restrictions et interdictions<sup>333</sup>. Ainsi le motif de santé publique est devenu une notion légitimant toute contrainte des pouvoirs publics sur les libertés individuelles. Les mesures coercitives veulent marquer la crainte afin de prohiber des comportements. Or l'auteur remarque que ceci est parfois contradictoire, « *Trop d'interdictions tue l'interdiction en la banalisant ou en la rendant intolérable.* »<sup>334</sup> L'auteur évoque également la dimension informative prise par l'action sanitaire, avec l'exemple de l'étiquetage de produit *trop sucrés, trop gras, trop salés*. En ce sens l'équilibre entre sécurité et liberté se pose en santé publique. Cette démarche prend un aspect plus éducatif, cependant l'auteur dénonce une norme impérative qui peut s'avérer être infantilisante<sup>335</sup>. De plus l'accumulation d'informations mène à sa banalisation. Là encore se pose le problème d'une inégalité de santé dans le sens où les personnes les plus défavorisées sont moins sensibles aux campagnes d'informations. Ainsi la prévention améliore la santé des plus aisés<sup>336</sup>. Ceci nous apparaît d'autant plus paradoxal que nous avons vus que la population défavorisée était la plus

---

<sup>333</sup> TABUTEAU Didier, « Les interdictions de santé publique », *Presses de Sciences po : Les tribunes de la santé*, n°17, 2017, « Cette expansion des réglementations sanitaires pose la question de la finalité et de la nature des normes sanitaires, des arbitrages qui s'imposent aux sociétés démocratiques en ce domaine et, en fin de compte, de la légitimité des interdictions de santé publique. », p. 33

<sup>334</sup> TABUTEAU Didier, « Les interdictions de santé publique » *Presses de sciences po : les tribunes de la santé*, 2007, n°17, p.35

<sup>335</sup> *Op.Cit.* p.35, « Ces actions sont, à l'évidence, bienvenues dans la mesure où elles diffusent des connaissances sanitaires sans encourir le reproche de l'infantilisation, qui peut être fait à la norme impérative. »

<sup>336</sup> *Idem*, p.35, « Les populations les plus défavorisées sont, pour des raisons économiques et socio-culturelles, moins sensibles aux campagnes d'information que les catégories dont les conditions de vie sont meilleures. »

sensible à l'obésité. Outre ce point, de nouvelles actions de préventions semblent renforcer une dimension punitive sous couvert de responsabilisation. C'est le cas pour les actions représentant un impact financier par le biais de remboursements de santé par exemple. On fait porter le coût sur les individus dont les mauvais comportements engendrent un coût pour la société. Un patient témoigne :

« On m'a déjà suggéré de me suicider pour coûter moins cher à la sécurité sociale. »

Nous observons alors qu'un acte coercitif de prévention, qui veut promouvoir de bons comportements, peut engendrer ou bien renforcer des idées reçues sur les situations d'obésités et par là-même, affermir la stigmatisation.

Nous évoquons également des méthodes de prévention issues de la science comportementale comme le nudging. Cette méthode théorisée par l'économiste Richard Thaler et le juriste Cass Sustein en 2008<sup>337</sup>, veut modifier l'environnement des individus afin d'en influencer les comportements. Ces mesures qui se développent entraînent des polémiques dont la plus importante concerne le respect de l'autonomie de la personne. Ainsi la recherche d'un équilibre entre sécurité sanitaire et libertés publiques continue à faire débat.

La loi Kouchner du 4 mars 2002 donne, pour la première fois, une définition de la politique de prévention dans l'article L.1417-1 du Code de la Santé Publique qui indique la nécessité de favoriser des comportements individuels mais également collectifs<sup>338</sup>. Il est également mis en avant la notion de promotion de la santé qui veut donner à chacun les outils pour protéger et améliorer sa propre santé. Par conséquent, la notion de santé est prise entre une action publique très coercitive et une volonté de réhabiliter la liberté de chacun<sup>339</sup>. Cependant, ce lien étroit entre comportements individuels et contexte social ne semble pas être perçu par les politiques de préventions qui restent figées sur des comportements sociaux à proscrire.

---

<sup>337</sup> THALER Richard et SUSTEIN Cass, *Nudge : la méthode douce pour inspirer la bonne décision*, éd : Pocket, 2012 (1ère éd. 2008)

<sup>338</sup> Article L.1417-1 CSP, « *La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident [...]* »

<sup>339</sup> PERETTI-WATEL Patrick et MOATTI Jean-Paul, *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*, éd : Le seuil, 2009



### III- Les enjeux de la responsabilité en santé : la limite des injonctions contre les comportements délétères

Le discours préventif vise la normalisation des corps et même des comportements. Ainsi les actions publiques s'inscrivent dans des démarches d'interdiction. Cependant selon Didier Tabuteau le respect grandissant des droits de l'Homme a permis de remettre en question ce système et de « *rééquilibrer progressivement la balance entre les obligations collectives et l'autonomie individuelle* »<sup>340</sup>. L'exemple le plus probant est celui de l'épidémie du VIH où les patients ont pris une place considérable dans les démarches de prévention. Ainsi, selon Didier Tabuteau, dans le domaine de la santé la liberté est contrariée et conditionnée par le biais des interdictions et recommandations. Cependant elle est également revendiquée<sup>341</sup>. En ce sens le concept de promotion de la santé, établi par la charte d'Ottawa de 1986, puis promulgué en droit français à l'article L.1417-1 du code de la santé publique<sup>342</sup>, pose une certaine responsabilité de l'utilisateur quant à sa santé en lui donnant les outils afin qu'il soit capable de faire des « *choix judicieux* »<sup>343</sup>. La notion de responsabilité en santé est donc entendue par le biais d'un comportement adopté. Or cette notion entraîne deux situations. En effet, Paul Ricoeur relève ce qu'il nomme la « *dimension sémantique* » entre la notion de responsabilité et le fait d'imputer une action à quelqu'un<sup>344</sup>. Ainsi il est nécessaire de responsabiliser l'individu ce qui renvoie à la notion de liberté et d'autonomie<sup>345</sup>. Cependant cette responsabilité engendre un risque d'imputabilité. Du point de vue juridique, la responsabilité revient à une évaluation de l'action et à répondre de cette dernière devant un tiers<sup>346</sup>. En ce sens, dans le domaine du soin, la jurisprudence considère qu'un comportement du patient peut être retenu comme cause d'exonération de l'engagement de la responsabilité d'un soignant<sup>347</sup>. Cependant, hormis cela, la jurisprudence semble réticente à relever la responsabilité des patients. Ainsi le

---

<sup>340</sup> TABUTEAU Didier, « Les interdictions de santé publique », *Presses de Sciences po : Les tribunes de la santé*, n°17, 2017, p. 27

<sup>341</sup> TABUTEAU Didier, « Santé et liberté », *Pouvoirs*, n°130, 2009, p.97 à 111

<sup>342</sup> Article L.1417-1 CSP, « [...] A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé. »

<sup>343</sup> Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Organisation mondiale de la santé, 1986, p.4, [Disponible en ligne : [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)]

<sup>344</sup> Paul RICŒUR, « Le concept de responsabilité, Essai d'analyse sémantique », *Esprit*, novembre 1994, p. 28-48, repris in *Le Juste I*, Ed. Esprit, 1995, p. 41-70

<sup>345</sup> JAEGER Marcel, « Du principe de responsabilité au processus de responsabilisation », *Vie sociale*, n°3, 2009, « Il n'est de responsabilité que pour des individus autonomes, en décalage avec une quelconque transcendance, renvoyés à eux-mêmes pour les décisions qu'ils prennent, donc libres. » p.71

<sup>346</sup> CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, « responsabilité », éd : PUF, 2012, « l'obligation de répondre d'un dommage devant la justice et d'en assumer les conséquences civiles, pénales, disciplinaires »

<sup>347</sup> Arrêt de la Cour de cassation, chambre civile 1 arrêt du 17 janvier 2008, n°06-20107, « Attendu que seule une faute du patient peut exonérer, totalement ou partiellement, le praticien de sa responsabilité »

comportement délétère semble aujourd'hui subir une répression d'ordre moral. Mettre l'accent sur la responsabilité de chacun revient à réprimander un comportement voire à juger une personne. Ceci se retrouve alors dans l'action publique de prévention qui fonctionne via des injonctions sanitaires visant la normalisation des comportements. Or ceci renforce la stigmatisation des comportements jugés déviants<sup>348</sup>.

Ce constat est d'autant plus préoccupant dans notre sujet en raison de l'influence que peut avoir l'interdiction sur le comportement alimentaire et les obsessions qu'elle peut créer, élément que nous avons déjà relevé. En ce sens, Jean-Pierre Poulain indique qu'il y a une erreur à s'acharner sur la prévention du comportement à coup d'injonctions : le « *il faut* » est perçu comme une obligation, presque morale, « *je dois* » qui est alors projeté sur les autres « *ils doivent* »<sup>349</sup>. Ainsi ce discours façonne des représentations : si je dois me priver dans mon comportement, autrui doit en faire de-même. Le discours est alors contre-productif car la culpabilisation qu'il entraîne renforce le risque d'un comportement délétère. De plus ce discours accentue une certaine légitimation à indiquer à autrui ce qu'il doit faire, or une telle action peut renforcer la stigmatisation. En effet, l'être humain est considéré comme un *être doué de raison* et le discours préventif, répété, est donc apparemment connu de tous. Par conséquent, celui qui n'y correspond pas est discrédité de toute rationalité : il sait ce qui est bon pour lui mais ne le fait pas ou bien fait preuve d'une faiblesse de volonté.

Pour illustrer ceci concernant l'obésité, nous relevons une affiche de la campagne de lutte contre l'obésité du 18 mai 2018 qui a notamment fait polémique avec le slogan « *Contre l'obésité... Osez changer vos modes de vie pour être au coeur de votre santé* »<sup>350</sup> qui pose l'idée qu'une prise en charge passe par la modification d'un contexte de vie ou d'un comportement. Or, un tel raisonnement n'est avéré que si nous considérons que tous les comportements et choix sont rationnels, libres et volontaires. Par conséquent nous comprenons que le comportement individuel est un déterminant de santé central dans les politiques de santé publique. Pourtant ce comportement est largement influencé par des déterminants socio-économiques, des explications matérialistes (les revenus de l'individu) ou psychosociales (relations sociales ou son éducation par exemple)<sup>351</sup>. De fait, un grand nombre de ces

---

<sup>348</sup> DE BOCK Christian et TREFOIS Patrick, « La prévention, une question de principe ? », *Education Santé*, n° 269, juillet 2011, « *les excès d'une politique de santé qui tend au risque zéro de manière de plus en plus obsessionnelle, stigmatisant au passage les « déviants » dans un discours moralisateur digne du plus bel obscurantisme religieux.* », p.2

<sup>349</sup> POULAIN Jean-Pierre, *Sociologie de l'obésité*, éd. Puf, Paris, 2009, p.35

<sup>350</sup> Annexe n°4

<sup>351</sup> WHITEHEAD Margaret, GÖRAN Dahlgren, « What can we do about inequalities in health », *The lancet*, n° 338, 1991, p.1059-1063

comportements ne sont pas maîtrisables et causent une inégalité de principe entre les individus. En effet, ces comportements sont déterminés par des facteurs sociaux et ne peuvent pas toujours se réduire à la rationalité sanitaire. En ce sens, le philosophe Baruch Spinoza écrivait que le libre-arbitre n'est qu'illusoire. En réalité aucun choix ne se présente à moi, mais un enchaînement de causes me mène à réaliser une action. Nous avons instinctivement tendance à croire que nous agissons toujours de notre seul fait et que nous sommes maîtres de nos actions, mais Spinoza affirme que les choses suivent un ordre déterminé par les lois de la nature et de Dieu<sup>352</sup>. Nous pouvons adapter cette idée à des causes matérialistes ou sociales, et à l'ensemble des facteurs qui constituent l'approche transversale des déterminants en matière d'inégalités sociales de santé. Nos actions seraient nécessairement déterminées par des facteurs tels que l'éducation, l'environnement, nos fréquentations, notre milieu socio-professionnel. C'est également ce que met en avant le sociologue Pierre Bourdieu par le terme « *habitus* »<sup>353</sup>. Initialement invoqué par Aristote sous le terme « *hexis* »<sup>354</sup>, signifiant le fait de se socialiser au sein d'un peuple traditionnel, par l'existence de dispositions acquises par ajustements spontanés entre les contraintes imposées à l'individu et espérances ou aspirations propres. L'*habitus* permet d'expliquer que des individus, appartenant à une même catégorie sociale, à un même groupe, placés dans des conditions analogues aient une vision du monde, des idées, des comportements, des goûts similaires. En suivant ce raisonnement, les actions visant à influencer sur les comportements individuels n'apparaissent d'aucun effet puisque le libre arbitre est illusoire. Ce déterminisme a beau être conscient, il n'est pas moins déterminant sur nos actions, y compris sur les mauvais comportements causés par le milieu dans lequel l'individu est plongé.

Par conséquent, la rationalité est liée avec le milieu social. Nous comprenons alors que nous n'avons pas tous la même perception de ce qui est raisonnable et de ce qui ne l'est pas. Un comportement qui peut paraître rationnel pour certaines personnes ne l'est pas pour

---

<sup>352</sup> SPINOZA Baruch, *Lettre à Schuller, Traité théologico-Politique, Éthique, Conatus, pensées Métaphysiques, Traité de la réforme de l'entendement*, éd : Books LLC, 2010, Lettre 58, « Cette pierre, assurément, puisqu'elle n'est consciente que de son effort, croira être libre et ne persévérer dans son mouvement que par la seule raison qu'elle le désire. Telle est cette liberté humaine que tous les hommes se vantent d'avoir et qui consiste en cela seul que les hommes sont conscients de leurs désirs et ignorants des causes qui les déterminent. »

<sup>353</sup> BOURDIEU Pierre, *Esquisse d'une théorie de la pratique*, éd : Seuil, paris, 2000, « loi immanente, déposée en chaque agent par la prime éducation, qui est la condition non seulement de la concertation des pratiques mais aussi des pratiques de concertation, puisque les redressements et les ajustements consciemment opérés par les agents eux-mêmes supposent la maîtrise d'un code commun et que les entreprises de mobilisation collective ne peuvent réussir sans un minimum de concordance entre l'*habitus* des agents mobilisateurs », p.292

<sup>354</sup> ARISTOTE, *Ethique à Nicomaque*, éd : Revised, 1994, Livre II, chapitre 1, « Il est établi que la vertu est double, vertu intellectuelle et vertu du caractère ; c'est principalement à l'instruction que la vertu intellectuelle doit sa genèse et son développement, et c'est précisément pourquoi elle a besoin d'expérience et de temps, tandis que la vertu du caractère résulte de l'habitude, d'où lui est également venu son nom, qui est une légère déclinaison de "habitude" », 1103a, p.14-18

d'autres. Concernant les situations d'obésités, elles se retrouvent réduites à l'injonction d'une pratique de certains comportements et d'une prohibition d'une autre. Ceci semble s'inscrire dans un cadre très normatif de la raison. Le jugement alors porté sur un comportement indiqué comme irrationnel néglige la singularité qui fait l'individu, sa culture<sup>355</sup>, ses habitudes ou encore la représentation de lui-même et de ses capacités. Dans un rapport de 2011, l'inspection générale des affaires sociales indique qu'il s'agit là d' « *inégalité des opportunités* »<sup>356</sup>, indiquant que le comportement dépasse la seule responsabilité individuelle.

La temporalité a également un grand rôle à jouer ici. Une étude sur le tabagisme de 2006 indique que dans certains milieux il y a une différenciation de la perception du temps avec une préférence pour le présent<sup>357</sup>. En ce sens des individus qui favorisent l'importance du présent, jugent un comportement rationnel s'il entraîne un résultat ou un plaisir immédiat plutôt que différé. Ceci confirme que la prévention, comme nous la concevons actuellement, ne soit pas efficace chez certaines personnes. Certains individus ne perçoivent pas le langage de santé publique qui consiste à dire *privez-vous dans l'immédiat pour une amélioration de la santé sur le long terme*. En outre, nous supposons que le contexte de la maladie chronique influence inévitablement ce rapport à la temporalité. En effet, la récompense de l'observance thérapeutique n'est pas visible de manière immédiate dans ces situations et nécessite une projection sur le long terme<sup>358</sup>. Or les récompenses de la non-observance, elles, sont visibles de manière immédiate et concrète. Ainsi, au moment où un choix doit être fait, la valeur accordée à l'une des options prime. En outre, nous pouvons penser qu'une personne qui perçoit, depuis toujours et de manière forte, un discours grave et fataliste sur sa situation d'obésité peut là aussi procéder à ce changement de temporalité en favorisant le présent.

*« Je suis tombée sur un médecin du travail horriblement méchant, qui m'a cassé à cause de mon poids, qui n'a pas arrêté de me dire que j'étais suicidaire. J'allais très bien en entrant, j'étais totalement déprimée (mais toujours pas suicidaire !) et en pleurs en partant. Ma réaction a été de me gaver de pâtisseries comme un anxiolytique... »*

---

<sup>355</sup> MENISSIER Thierry, « Culture et identité. Une critique philosophique de la notion d'appartenance culturelle », *Le Portique*, vol. 5, 2007.

<sup>356</sup> MOLEUX Marguerite, SCHAETZEL Françoise, SCOTTON Claire, « Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action », Inspection générale des affaires sociales, Rapport n° RM2011-061P, mai 2011, p.15

<sup>357</sup> GRIGNON Michel, « Préférences hyperboliques pour le présent et comportements à risque », dans ALLONIER Caroline, DOURGNON Paul, ROCHEREAU Thierry, « Santé, soins et protection sociale en 2004 : enquête santé et protection sociale », *Rapport IRDES*, Paris, 2006.

<sup>358</sup> SIMON Dominique, TRAYNARD Pierre-Yves, BOURDILLON François, GAGNAYRE Rémi, GRIMALDI André, *Education thérapeutique. Prévention et maladies chroniques*, éd : Elsevier Masson, 2013

Ce témoignage illustre l'idée que nous venons d'évoquer. En effet, outre l'aspect émotionnel dans l'acte de manger, la patiente mange à la suite d'un échange qui l'a particulièrement blessée. En répétant la qualification de « *suicidaire* » énoncé par le soignant, la patiente évoque une remarque blessante souvent adressée aux personnes en situations d'obésités, qui insiste sur l'éventuel aspect funeste de cet état. Les situations d'obésités sont alors caractérisées par leurs conséquences potentiellement dangereuses pour la santé et la vie et cet aspect est utilisé pour faire prendre conscience aux patients. Or, nous pouvons penser qu'un tel fatalisme influence les comportements en favorisant la recherche d'un plaisir immédiat plutôt que différé, fatalisme qui finalement n'aura que peu de chances de fonctionner. Le risque étant même d'aggraver la situation.

Le psychiatre Georges Ainslie a notamment théorisé la représentation de la proximité d'une récompense, et donc de la force du désir, sur une échelle de temps<sup>359</sup>. Ainsi, lorsque le résultat d'un désir est perçu sur le long terme (rester mince par exemple), la proximité du résultat souhaité évolue lentement. Or, pour un désir dont le résultat sera rapidement accessible (manger un dessert), la représentation du plaisir est immédiate. Ainsi, ces deux représentations se croisent en un point qui, selon l'auteur, peut être facteur du changement de préférence. Le choix d'action reste pour autant toujours rationnel, suivant une logique de pensée précise.

Ceci n'est pas du tout pris en compte dans les actions de préventions et il y a une normalisation qui se met en place par des injonctions. Or la norme n'est pas adaptable à tous. Ainsi, nous relevons une réelle problématique qui selon nous s'explique par l'influence des représentations sociales dans la construction de la politique préventive. En effet une norme est imposée de manière générale à tous mais elle est pensée dans une vision trop étroite : par exemple manger entraîne une prise de poids et c'est un problème de santé auquel il faut remédier en changeant ou en interdisant des comportements. Or le comportement et l'individu ne sont alors pas pris en compte dans leur globalité. L'impact du milieu tant sur le comportement que sur la prise de poids est complètement délaissé. De fait, l'usager, puis le patient semble enfermé dans ses iniquités sous couvert d'une volonté morale d'améliorer la santé des individus et de les responsabiliser. La non prise en compte de cette dimension dans l'élaboration de politique de santé révèle un risque éthique de renforcer la responsabilité des individus quant à leur comportement ayant pour conséquence une déresponsabilisation de la collectivité sur un problème qui est peut-être plus sociétal qu'individuel. En effet, un rapport du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) confirme que les comportements sont influencés

---

<sup>359</sup> AINSLIE Georges, *Breakdown of Will*, ed : Cambridge University Press, 2001 (1ère édition)

par un environnement favorisé par les politiques publiques, notamment les lobbys agro-alimentaire<sup>360</sup>

La prévention menée en matière d'obésité nous apparaît donc erronée, d'autant plus qu'elle influence le regard des soignants au sein même du colloque-singulier, et ce, en renforçant les représentations et l'inadéquation des prises en charge. Il importe alors de développer l'information du patient mais également du soignant, en agissant dans une démarche de prise en compte commune, à l'encontre des représentations liées au poids dans le soin. Il ne s'agit pas là d'une rupture totale dans la prévention de l'obésité ni même dans la responsabilisation des patients mais simplement d'en faire ressortir les limites qui la mettent en échec. Il semble important de différencier culpabilisation et responsabilisation. En effet, la notion de responsabilité peut effrayer, ce qui lui donne, selon nous, une perception très négative. Or Emmanuel Lévinas rappelle une dimension de la responsabilité qui émerge lors de la rencontre avec le visage fragile et autoritaire d'autrui et qui oblige le sujet. Ceci marque, selon l'auteur, les prémices d'un comportement véritablement éthique au sens d'un devoir envers autrui<sup>361</sup>. La responsabilité ainsi pensée se retrouve donc entre l'individu et la société mais également entre l'individu et le soignant. Une notion de partage de cette responsabilité serait alors plus adéquate car une trop grande responsabilisation des individus risque d'entraîner un dédouanement de l'Etat ou encore du soignant. De même, des attentes trop grandes portées sur l'action publique ou sur le soignant risquent d'effacer la responsabilité du patient. Ce point a été relevé dans un rapport rendu avant l'élaboration de la loi Kouchner<sup>362</sup>. La nécessité d'un partage de responsabilité fait écho à celle d'une équité dans la relation de soin qui permettrait de mettre en avant différents points de vue et de limiter ainsi l'influence des représentations sociales.

---

<sup>360</sup> HCSP, « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité », Rapport, décembre 2009

<sup>361</sup> LEVINAS Emmanuel, *Altérité et transcendance*, ed. Fata Morgana, « *Ce qui distingue donc le visage dans son statut de tout objet connu, tient à son caractère contradictoire. Il est toute faiblesse et toute autorité. Cet ordre qu'il expose à l'autre relève aussi de l'exigence de responsabilité de ma part. Cet infini en un sens qui s'offre à moi, marque une non-indifférence pour moi dans mon rapport à l'autre, où je n'en ai jamais fini avec lui.* » p.114

<sup>362</sup> GIRAUD Francis, DERIOT Gérard, LORRAIN Jean-Louis, « un équilibre harmonieux des responsabilités entre les usagers, les professionnels, les institutions sanitaires et l'Etat », Rapport n°174 (2001-2002), fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 16 janvier 2002

## Chapitre 2 : Vers la prise en compte de l'influence du contexte sociétal dans le soin afin de garantir une prise en charge optimale

L'affrontement des points de vue qui créent la grossophobie médicale se construit au niveau de la société et dépasse le colloque-singulier. Ainsi les représentations sociales se retrouvent dans certains contextes, puis façonnent les actions publiques de prévention. Ces actions de prévention façonnent alors elles-mêmes des représentations qui, là encore, renforcent celles des usagers, des soignants et des patients. En ce sens, Solenn Carof indique que « *le monde médical ne peut désormais plus prétendre fonctionner en vase clos* ». En effet le monde médical est perméable à la société de laquelle il ne peut se couper. Ainsi il est nécessaire de prendre en compte ce fait dans les actions de soins afin d'éviter la mise à mal de la prise en charge. Or cette prise en compte ne peut exister que par la libération de la parole. Cette parole peut faire ressortir des situations néfastes mais également permettre de créer une véritable collaboration de soin.

### I- La dénonciation de situations de maltraitances par l'apport des concepts de bienfaisance et de bienveillance

L'article 7 du code de déontologie médical pose ce qui peut s'apparenter à un devoir de non-malfaisance : « *[le médecin] ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.* ». A travers des concepts, déjà évoqués dans cette étude comme le respect de la dignité et de l'intimité du patient, le soignant garantit un soin dépourvu de toute malfaisance. La notion de malfaisance dans le soin peut surprendre car il s'agit de situations antinomiques. En effet, la notion de *soigner* s'inscrit dans une définition simple d'un acte qui améliore la santé de quelqu'un<sup>363</sup>. Cependant cette définition sous entend une notion de prendre soin. Cette considération s'est notamment développée lorsque l'acte de soin était lié à la charité religieuse. De plus la notion de prendre soin semble être confirmée dans la loi par la nécessité de garantir la meilleure sécurité sanitaire possible<sup>364</sup>. Effectivement la notion de malfaisance qui est une « *disposition à faire du mal à autrui* »<sup>365</sup> semble contradictoire avec la notion de soin. Or cette notion de malfaisance est selon nous, trop souvent perçue de manière explicite alors qu'il peut s'agir de comportements implicites et inconscients. Une *disposition* est une tendance

---

<sup>363</sup> Dictionnaire Larousse, « Soigner », Procurer les soins nécessaires à la guérison, à l'amélioration de la santé de quelqu'un, d'un animal [Disponible en ligne <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soigner/73230>]

<sup>364</sup> Article L.1110-1 du Code de la Santé Publique

<sup>365</sup> Dictionnaire Larousse, « Malfaisance », [Disponible en ligne : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/malfaisance/48876>]

or une tendance peut-être souhaité ou construite, consciente ou inconsciente. Par conséquent, il est possible que les représentations sociales, cumulées aux représentations médicales et préventives, construisent une image de l'obésité qui poussent à des réflexions, paroles ou comportements maltraitants. C'est par ce caractère parfois inconscient que se révèle la nécessité de penser chaque moment du soin. La Haute Autorité de Santé met en avant les concepts de bienfaisance et de non-malfaisance comme étant des principes éthiques essentiels dans le soin, comparables à la balance bénéfice-risque utilisée en pharmacologie<sup>366</sup>. En ce sens nous comprenons que dans la relation de soin il est nécessaire d'évaluer la nécessité d'une action par sa dimension bienfaisante envers un patient et ses limites au sens de la non-malfaisance.

La notion de bienfaisance a notamment été citée dans le rapport Belmont de 1979<sup>367</sup>, comme principe garantissant la protection des personnes dans le cadre de la recherche. Or en 2008, l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)<sup>368</sup> indique que cette notion se présente plutôt comme une absence de nuire. De fait le concept de bienveillance est développé en indiquant qu'il se situe « *au niveau de l'intention des professionnels* »<sup>369</sup>. En effet, prenant un caractère individuel et collectif, ce concept est défini par le fait « *d'aborder l'autre, le plus fragile, avec une attitude positive et avec le souci de faire le bien pour lui* »<sup>370</sup>. L'intentionnalité est alors importante. Ceci apparaît en effet nécessaire pour un soin adéquat, cependant une complexité demeure, d'autant plus qu'il est nécessaire d'avoir recours à des compétences non-techniques. Or comme nous l'avons déjà évoqué dans cette étude, ces compétences ne semblent être que trop peu acquises dans les formations soignantes. Pourtant cet apprentissage est essentiel afin de retrouver une action soignante qui entre dans la dimension bientraitante. Or cette dimension est d'autant plus complexe qu'elle est largement comprise. En effet, un avis de la CNCDH de 2018 indique que la maltraitance peut se manifester par un acte de violence volontaire, une discrimination, un irrespect d'un droit fondamental ou bien des paroles maladroites<sup>371</sup>. La

---

<sup>366</sup> Notons que les principes de bienfaisance et de non-malfaisance contiennent, mais ne se réduisent pas à, celui de balance bénéfice/risque telle qu'elle est utilisée dans l'évaluation médicale de l'intervention., p.22

<sup>367</sup> The Belmont Report, Ethical Principles and Guidelines for the protection of human subjects of research. Report of the National Commission for the protection of human subjects of biomedical and behavioural research. Chapter C: « Basic Ethical Principles », 1979

<sup>368</sup> ANESM, « La bienveillance : définition et repères pour la mise en oeuvre », Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, 2008.

<sup>369</sup> *Op. Cit.*, p.12

<sup>370</sup> *Idem.*

<sup>371</sup> CNCDH commission nationale consultative des droits de l'Homme, Avis du 22 mai 2018 « *Agir contre les maltraitements dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux* », « Ces maltraitements peuvent se traduire par des paroles maladroites discriminatoires ou insultantes, des humiliations,



commission reprend le Conseil de l'Europe qui définit la maltraitance comme « *tout acte, ou omission, qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général d'une personne vulnérable* »<sup>372</sup>

En outre la Commission déplore l'absence de données et d'enquêtes sur ce sujet. La preuve en est donc qu'il s'agit de quelque chose encore difficilement acceptée dans le domaine du soin<sup>373</sup>. De plus, ces situations dépendent des perceptions de chaque acteur. Ces situations peuvent alors dépasser la rencontre humaine en étant l'objet de dysfonctionnements systémiques comme les manques de moyens financiers ou humains. Enfin, la CNCDH regrette que les situations de maltraitements ne soient plus entendues car de telles considérations permettraient d'améliorer la prise en charge dont celle de l'obésité. La Commission confirme cela en indiquant que plus une personne est soumise à une stigmatisation et discrimination quotidienne plus elle sera soumise à des obstacles qui peuvent lui faire renoncer aux soins<sup>374</sup>.

Nous comprenons alors que le développement d'un concept, tel que la bientraitance, est essentiel pour construire une relation de soin permettant de passer outre la possible stigmatisation vécue au quotidien par le patient. De plus, comme l'a révélé la commission, la stigmatisation qui peut mener à la maltraitance soignante, est issue d'un manque de connaissances ou d'actes inadaptés. Ainsi, nous ne saurions que trop insister sur l'importance de la formation soignante. Nous appuyons sur ce point car notre sujet porte sur une maltraitance qui se caractérise le plus souvent par de simples paroles, des gestes, des regards voire des omissions. Or le caractère non-choquant aux premiers abords de ces situations en font, selon nous, une véritable maltraitance qu'il est important de mettre en évidence.

Pour autant, il ne faut pas tomber dans une stigmatisation inverse. Souhaiter former un soignant pourrait revenir à dire : « Tu ne sais pas te comporter correctement alors nous t'apprenons ». Or une telle perception n'a aucun intérêt. Ainsi, il importe de prendre en compte le soignant en tant qu'individu, à travers son expérience et son vécu pour le former à percevoir

---

des négligences ou encore des violences physiques pratiquées de façon volontaire ou non par le soignant. Le non-respect du droit des patients, et notamment la question du droit au consentement libre et éclairé, sur lequel la CNCDH a déjà produit un avis 13, peut également être à l'origine d'actes maltraitants. », p.8

<sup>372</sup> BROWN Hilary (dir. groupe de travail), « *La protection des adultes et enfants handicapés contre les abus* », rapport du Conseil de l'Europe, 30/01/2002

<sup>373</sup> CNCDH commission nationale consultative des droits de l'Homme  
Avis du 22 mai 2018 « *Agir contre les maltraitements dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux* », p.9

<sup>374</sup> *Op. Cit.*, « *Plus les personnes cumulent ces facteurs de discrimination, plus elles sont confrontées à des obstacles qui les conduisent fréquemment à reporter ou à renoncer à des soins* » p.19

le patient de la même manière. C'est également une volonté nationale développée par la création de Centres Intégrés ou Spécialisés d'Obésité.

## II- La nécessité d'une éducation, collaboration et reconnaissance dans le soin : l'enjeu d'une prise en charge globale

Des actions de prise en charge se développent afin de considérer le patient de la meilleure des manières. Elles sont nécessaires pour garantir un soin d'une efficacité reconnue ainsi qu'une continuité des soins, répondant aussi aux obligations posées par la loi<sup>375</sup>. Car, indiquer à un patient de simplement moins manger sans le réorienter, n'est-ce pas une rupture des obligations du soignant dans la continuité de soins ? C'est une des raisons pour laquelle, suite aux recommandations dans la prise en charge de patients en situations d'obésité, l'Etat français a mis en place en 2010 un Plan Obésité. Ce plan suit notamment une volonté, posée auparavant par la loi Hôpital Patients Santé et Territoires du 21 juillet 2009, de renforcer l'accès pour tous à des soins de qualité<sup>376</sup>. Dans le cas de l'obésité, trois points concernant les soins de premiers recours ont été repris : l'entrée dans le système de soin permis grâce au diagnostic et à l'orientation, le suivi des patients et la coordination de parcours de soin et le relais politique par la prévention mais également l'éducation<sup>377</sup>.

L'éducation est alors le point important que nous relevons ici. En effet l'une des prises en charge paraissant la plus adéquate s'inscrit dans l'éducation thérapeutique du patient<sup>378</sup>. Érigée depuis 1996 par l'OMS mais existant depuis les années 1960<sup>379</sup>, l'éducation thérapeutique du patient « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique »<sup>380</sup>. L'apprentissage du patient consiste à lui donner les outils et compétences pour comprendre et gérer sa maladie ainsi que pour adapter son quotidien. Cette méthode peut être critiquée car elle rompt avec la perception

---

<sup>375</sup> Art. L. 1110-5 du CSP, « Toute personne a [...] le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. » ; Article L.1110-3 CSP « La continuité des soins doit être assurée quelles que soient les circonstances. »

<sup>376</sup> LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, publiée au Journal officiel le 22 juillet 2009, n°0167

<sup>377</sup> Publication du Ministère des Solidarités et de la Santé, « La gradation des soins dans le plan obésité », 19/12/2016, [Disponible en ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr>]

<sup>378</sup> HAS, « Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicales de premiers recours », Recommandation de bonne pratique, septembre 2011

<sup>379</sup> TOURETTE-TURGIS Catherine et THIEVENAZ Joris, « L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche », *Savoirs*, n°35, 2014, p.9-48.

<sup>380</sup> Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, « Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease », traduit en français en 1998

actuelle que nous avons d'une médecine ultra-technicisée<sup>381</sup>. Cependant l'HAS précise que l'éducation thérapeutique « *fait partie intégrante du traitement et de la prise en charge du patient* »<sup>382</sup>. L'intérêt est de cibler les aspects physiques, mentaux et sociaux de la santé du patient. Cette approche permet de lutter contre les croyances des soignants et des patients afin d'acquérir une compréhension des difficultés. L'objectif est de co-construire des objectifs posés après une prise en compte globale du patient.

Il apparaît intéressant de comprendre et de dépasser la résistance du patient au changement<sup>383</sup>. Jouer sur la force des habitudes peut alors être utile pour construire un système d'avantages/récompenses intermédiaires qui permet d'apporter au patient une autre perception de ses comportements et des changements possibles, sans rentrer dans la frustration ou la culpabilisation. Par exemple indiquer que le fait de commencer à se garer loin de l'entrée du supermarché est déjà un très bon point pour lutter contre la sédentarité, en affirmant que la personne en est capable au quotidien, semble être une prise en charge plus efficace que celle d'inciter fortement un patient à pratiquer un sport de manière intense. Cette méthode permet de lutter contre les appréhensions, voire réticences, qui se retrouvent notamment quant à la pratique d'une activité physique adaptée. Il semble donc intéressant de chercher des choix et comportements alternatifs qui peuvent être proposés aux patients, tout en tenant compte de leur faisabilité dans le quotidien. Pour garantir cette prise en charge, il est indispensable de constituer une équipe pluridisciplinaire. Ceci nous apparaît d'autant plus important dès lors que nous comprenons que l'obésité est une situation complexe où se mêlent une multitude de facteurs. Des centres de prise en charge ont ainsi été créés à la suite du Plan Obésité 2010-2013. Premièrement il s'agit de 37 centres spécialisés d'obésités composés d'équipes d'experts pluridisciplinaires et équipés de matériels adaptés pour recevoir des patients en situations d'obésités sévères. Ces centres sont chargés de garantir une coordination des prises en charge dans les régions<sup>384</sup>. Secondement, parmi ces 37 centres, 5 ont été choisis par un jury national

---

<sup>381</sup> DEGOS Laurent, « Soigner un malade et non une maladie » *Laennec*, vol 3, tome 50, 2002, « *Une question fondamentale a guidé toute notre recherche : allons-nous vers une médecine de techniciens de santé ou vers une médecine, encore, de relations humaines ? C'est un point qui nous paraît essentiel. Or, après la révolution scientifique que nous avons connue – et que personne ne songe à renier, bien au contraire – cette médecine tend à devenir de plus en plus technique.* », p.45

<sup>382</sup> HAS, « Education thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation », Recommandation, juin 2007, p.8

<sup>383</sup> GOLAY Alain, LAGGER Grégoire, GIORDAN André, « Une éducation thérapeutique en quatre dimensions pour diminuer la résistance au changement des patients obèses », *Médecine des maladies Métaboliques*, vol 1, n°1, mars 2007, p.69-76

<sup>384</sup> Publication sur le site du Ministère des Solidarités et de la Santé, « Plan obésité : les 37 centres spécialisés », 22/06/12, Mise à jour 19/12/2016 [Disponibles en ligne] <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/plan-obesite-les-37-centres-specialises>

présidé par la Direction Générale de l'Offre de Soins afin de leur attribuer des compétences spécifiques pour des diagnostics et traitements très particuliers, mais également pour la recherche, l'innovation, la formation et l'enseignement au sujet de l'obésité<sup>385</sup>. De fait, nous comprenons que pour qu'un soignant rompe avec des compétences uniquement techniques du soin il doit acquérir d'autres méthodes de travail. Il doit également connaître toutes les dimensions de l'obésité et comprendre ce que vit le patient pour être capable de former ce dernier sur sa propre situation. Le CHU de Toulouse est un centre intégré d'obésité et le professeur Patrick Ritz, qui est à l'origine du projet, a souhaité recruter une équipe compétente mais surtout formée à ce type de prise en charge<sup>386</sup>.

Nous pensons que la seule connaissance théorique de l'obésité n'est pas suffisante pour une prise en charge adaptée, en plus de connaître il apparaît essentiel de comprendre les spécificités de l'obésité mais également des diverses situations et ressentis propres aux patients. En ce sens, Lucas Bloc indique que la difficulté dans la prise en charge de l'obésité « *est parfois, et même souvent, d'atteindre l'être qui porte ce corps avec peine et de comprendre ses différents modes d'être-au-mode* »<sup>387</sup>. Trop souvent le soin se porte sur le corps et non plus sur la personne ; la perception des « *modes d'être-au-monde* » traduit une façon d'exister et d'interagir avec son propre corps mais aussi avec l'extérieur<sup>388</sup>. La situation d'obésité peut modifier cela. Cette compréhension peut ainsi orienter la prise en charge. Pour un tel apprentissage, la simulation en santé semble être un point important dans la formation, tant initiale que continue, du soignant. Les équipes du CHRU de Lille ont notamment développé, sous l'action du professeur François Pattou, une expérience de simulation permettant aux soignants de partager le vécu des patients en situations d'obésités. Lors de cette expérience et afin de vivre les ressentis des patients, le soignant porte une « combinaison d'obésité ». Avec cette tenue qui ajoute des kilos

---

<sup>385</sup> Publication sur le site du Ministère des Solidarités et de la Santé, « Plan obésité : les 5 centres intégrés », 19/12/16, [Disponible en ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/plan-obesite-les-5-centres-integres>]

<sup>386</sup> *Trait d'Union, Le magazine du centre hospitalier universitaire de Toulouse*, « L'hôpital Rangueil modernisé », n°115, Hiver 2017-2018, « *Le personnel recruté a bénéficié de quinze jours de formation avant l'ouverture de l'unité. Ces journées ont porté sur la prise en charge de l'obésité, la nutrition, la chirurgie de l'obésité [...] Le programme a été complété par une sensibilisation à l'éducation thérapeutique, au dépistage de l'apnée du sommeil, à l'utilisation du calorimètre et de nouveaux matériels. Ces deux semaines de formation ont permis de fédérer une équipe pluridisciplinaire autour d'un projet partagé et innovant.* » p.20

<sup>387</sup> BLOC Lucas, « Approche phénoménologique de l'expérience hyperphagique dans l'obésité : une étude dans les contextes français et brésilien », Thèse de doctorat en Psychanalyse et Psychopathologie, Paris, 16 mai 2018, dir. WOLF-FEDIDA Mareike, p.96

<sup>388</sup> *Op. Cit.* « *mode d'existence et un mode de relation avec le corps propre, avec les autres et avec le monde* », p.1

le soignant doit alors se comporter comme un patient à l'hôpital<sup>389</sup>, percevant ses sensations physiques mais également ses ressentis, l'absence de considération ainsi que les difficultés qui ne se présentent pas sans cette tenue. En se mettant dans la peau d'autrui, il est plus facile de reconnaître ses émotions. Ainsi le soignant peut prendre conscience de la situation du patient et, par là-même de comportements, gestes et paroles qui peuvent parfois s'avérer inappropriés. Le regard change et les comportements peuvent être ajustés sans qu'il y ait culpabilisation ou responsabilité.

Cette expérience fait émerger une sollicitude, notion développée par Paul Ricoeur. Nous revenons là à une pratique éthique pensée par le philosophe et déjà soulevée. L'auteur utilise le terme « *souci* » pour décrire les trois aspects de la dimension éthique : le souci de soi, le souci de l'institution et le souci de l'autre<sup>390</sup>. Ce troisième point caractérise la sollicitude. Cette notion rappelle celle du prendre soin, le *care* en anglais, mise en avant comme dimension incontournable de la visée éthique. Ainsi la sollicitude représente un comportement à adopter envers autrui permettant peut-être de pallier une relation de soin asymétrique<sup>391</sup>.

Nous décidons d'aller plus loin que la sollicitude en relevant l'importance que peut avoir l'empathie dans la relation de soin. Nous avons remarqué lors de notre étude qu'il s'agit d'une notion qui a de l'importance dans le soin puisque 75,4% des soignants et 70,6% des patients interrogés l'affirment. L'empathie se définit par la « *faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent* »<sup>392</sup>. Cette notion se différencie de la sympathie qui « *implique d'éprouver les mêmes émotions que [autrui]* »<sup>393</sup>. Or ceci ne nous paraît pas adéquat dans le soin où la posture soignant-soigné est importante à conserver. Le danger est de trop se mettre à la place d'autrui, au risque de l'oublier et de mettre à mal la rencontre de soin qui redeviendrait asymétrique. Véronique Haynal-Reymond donne une définition de l'empathie utile au soin, qui consiste en une compréhension et attitude non jugeante<sup>394</sup>. Cet entendement

---

<sup>389</sup> BENZ Stéphanie, « Dans la peau d'un obèse », L'express, 02/06/2018 mise en jour 06/06/2018. [Disponible en ligne : [https://www.lexpress.fr/actualite/sciences/dans-la-peau-d-un-obese\\_2012885.html](https://www.lexpress.fr/actualite/sciences/dans-la-peau-d-un-obese_2012885.html)]

<sup>390</sup> RICOEUR Paul, *Soi même comme un autre*, éd : Seuil, Paris, 1990, p.39

<sup>391</sup> SVANDRA Philippe, « Repenser l'éthique avec Paul Ricoeur. Le soin : entre responsabilité, sollicitude et justice », *Recherche en soins infirmiers*, n°124, 2016, « La sollicitude permet ainsi de concevoir une réciprocité dans une relation qui reste par ailleurs asymétrique. », p.22

<sup>392</sup> Dictionnaire Larousse, « empathie », [Disponible en ligne : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie/28880>]

<sup>393</sup> JORLAND Gérard, « Empathie et thérapeutique », *Association de recherche en soins infirmiers*, n°84, mars 2006, p.59

<sup>394</sup> HAYNAL-REYMOND Véronique, « L'empathie », *Revue Médicale Suisse*, vol. 1, 2005, « *L'empathie, dont on parle depuis plus d'un siècle de manières différentes, intervient de façon très importante dans la relation médecin-malade comme une attitude non jugeante du clinicien.[...] Il indique au patient sa compréhension de ses affects.* », [Disponible en ligne : <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-5/30166>]

améliore la relation de soin et même la création d'une collaboration de soin. Nous comprenons l'intérêt qu'une telle perception peut présenter pour la prise en charge de l'obésité. Une étude réalisée par les chercheurs de Johns Hopkins à la suite d'enregistrements de discussions de 39 médecins avec plus de 200 patients, dénonce un rapport émotionnel plus faible et moins empathique des soignants avec les patients en situation de surpoids ou d'obésité<sup>395</sup>. Les chercheurs considèrent que les « *déclarations d'empathie, de légitimation, d'inquiétude, de réassurance, de partenariat et de divulgation de soi* » caractérise la construction d'une relation affective qui est essentielle « *pour créer une expérience centrée sur le patient* »<sup>396</sup>. Cette étude prouve que les représentations sociales, ou difficultés perçues face aux situations d'obésités, engendrent des comportements différents. De plus, ces différences de comportements ne sont pas sans influence sur la prise en charge ainsi que sur la santé du patient<sup>397</sup>. Véronique Haynal-Reymond confirme cela et indique que l'empathie est nécessaire dans la maladie permettant un sentiment de satisfaction du patient, l'augmentation de la compliance et de la réussite de la prise en charge<sup>398</sup>.

L'empathie est un sentiment complexe que les représentations sociales peuvent limiter. Ceci dit il peut s'apprendre. Or là encore le piège serait de tomber dans une injonction à l'empathie qui serait nuisible pour la relation de soin. Ainsi agir sur les expériences, informations et connaissances pour faire émerger une perception empathique nous apparaît plus adéquat. De même, nous pensons que le soignant doit être dans des conditions propices à l'empathie, à l'écoute et à la discussion avec autrui, or ce n'est pas toujours possible dans notre système de soin actuel. De fait la promotion de prises en charge qui laisse le temps à l'établissement de l'empathie, comme c'est le cas pour l'éducation thérapeutique, nous paraît intéressante tant pour le patient que pour le soignant ; la prise en soin se transforme en séances

---

<sup>395</sup> GUDZUNE Kimberly A., BEACH Mary Catherine, ROTER Debra L., COOPER Lisa A., « Physicians build less rapport with obese patients », *Obesity*, vol. 21, issue 10, october 2013, « *However, we did find that physicians were significantly less likely to build emotional rapport with overweight and obese patients* », p.2150 Notre traduction « nous avons constaté que les médecins étaient beaucoup moins susceptibles de nouer une relation émotionnelle avec des patients obèses ou en surpoids. »

<sup>396</sup> *Op. Cit.*, « *Emotional rapport building includes statements of empathy, legitimation, concern, reassurance, partnership, and self-disclosure, which is considered essential to creating a patient-centered experience* », p.2150, Notre traduction

<sup>397</sup> *Idem*, « *Patients want information and treatment, but they also need the emotional support and attention that could support them through the challenges that accompany weight loss and the establishment of a healthy lifestyle.* », p.2150. Notre traduction « *Les patients veulent des informations et des traitements, mais ils ont aussi besoin d'un soutien émotionnel et de l'attention qui pourraient les aider à surmonter les difficultés associées à la perte de poids et à l'établissement d'un mode de vie sain.* »

<sup>398</sup> HAYNAL-REYMOND Véronique, « L'empathie », *Revue Médicale Suisse*, vol. 1, 2005, « *De façon générale, l'empathie est décrite comme la compétence principale générant la satisfaction du patient, elle augmente la compliance, améliore la réussite du traitement et même évite les procès subséquents.* », [Disponible en ligne : <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-5/30166>]



d'échanges et de discussions favorisées par l'intervention des divers acteurs de soins. Le patient reprend une place d'acteur de soin et le travail en équipe multidisciplinaire permet le partage des compétences et des responsabilités. Ainsi ni le soignant, ni le patient n'ont la sensation de prendre seul la responsabilité d'une prise en charge aussi complexe que le sont les situations d'obésités. Par conséquent, une dimension éthique de l'empathie reviendrait à ce que le soignant ne reste pas bloqué sur la difficulté qu'une prise en charge représente et arrive à construire un dialogue sur les bases d'une dimension humaine<sup>399</sup>. L'intérêt est d'avoir une relation apte à créer une discussion par des échanges communs. La législation française affirme cette nécessité d'une collaboration de soin et rend le patient acteur de sa santé en le considérant comme co-décideur de la prise en charge<sup>400</sup>. En allant plus loin, nous soulignons une notion récemment abordée par l'HAS lors d'un colloque, organisé en 2016 à Paris, au sujet de l'évolution de la place du patient : celle du patient-expert. Le statut de patient-expert permet de considérer qu'un patient qui vit avec sa maladie au quotidien acquiert des connaissances complémentaires à celles des professionnels<sup>401</sup>. Cette place du patient se retrouve également dans des revendications militantes :

*« Le combat que la société et le corps médical mène depuis 50 ans contre le poids a abouti à un constat d'échec. On nous a soumis à toutes sortes de tortures mais, partout dans le monde, l'obésité est en augmentation. Partout dans le monde, on nous trompe sur les pourquoi et les comment de la chose. Nous estimons donc que, devant ce constat d'échec, en matière d'obésité, les experts, c'est nous! »<sup>402</sup>*

De fait, le patient redevient l'acteur principal et il se crée un partenariat avec le soignant. En un sens, Lucas Bloc confirme cela en indiquant la nécessité, dans la prise en charge clinique, de redonner à l'individu la possibilité de se réapproprier son corps mais également de récupérer sa dimension de sujet. Nous pensons alors que l'éducation thérapeutique est un exemple dans l'optique d'une co-construction du parcours de soin avec le patient. Cette nécessité s'inscrit dans une volonté du Plan obésité de répondre aux attentes actuelles de l'action nationale en terme de santé ; Pour cela la loi Santé du 26 janvier 2016 intègre la notion de parcours de soin

---

<sup>399</sup> MUZNY Petr (dir.), *La liberté de la personne sur son corps*, éd : Dalloz, 2010. p. 115-127

<sup>400</sup> Article L.1111-4 CSP, « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. »

<sup>401</sup> La webzine de la HAS, « Patients et soignant, vers un nécessaire partenariat », 05/12/2016, au sujet d'un colloque annuel de la HAS de novembre 2016, « La dynamique patient, innover et mesurer ». [Disponible en ligne : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2728261/en/patients-et-soignants-vers-un-necessaire-partenariat](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2728261/en/patients-et-soignants-vers-un-necessaire-partenariat)]

<sup>402</sup> Témoignage d'une patiente militante publié sur le site de l'association Allegro Fortissimo dans la rubrique *Objectifs de l'association*, [Disponible en ligne : <http://www.allegrofortissimo.com/objectifsCdeClassociation/>], (Consulté le 02/03/2019).

globalisé qui comprends un continuum parcours de soin, parcours de santé, parcours de vie. Il s'agit d'organiser une prise en charge globale et continue des patients, notamment de ceux atteints de maladie chronique, mais ceci n'est possible que si le patient devient un acteur à part entière dans le soin. En outre il est nécessaire de sensibiliser l'entourage proche mais également la société afin d'appréhender différents niveaux de communication et de favoriser la performance de la prise en charge. De plus, dans le cadre de la maladie chronique progresse l'idée du patient partenaire. Ce concept, d'abord développé au Canada<sup>403</sup>, arrive en France. Comme illustration de cela, nous notons l'élaboration, en 2014 d'un guide de recrutement de patients-intervenants, initié par le ministère des affaires sociales et de la santé<sup>404</sup>. Le patient-partenaire ou patient-intervenant aide à la prise en charge d'un autre patient car, s'il n'a pas les connaissances médicales, il a l'expérience du vécu. Le patient en arrive à être considéré comme un membre de l'équipe dont le statut repose sur une compétence de soins. Cet égard permettrait, selon nous, de faire changer le regard que l'on peut avoir sur les patients en situations d'obésités tout en apportant une prise en charge des plus complètes.

---

<sup>403</sup> LONGNEAUX Jean-Michel, LECOCQ Dan, LEFEBVRE Hélène et al., « Le patient partenaire. 1ère partie », *Ethica clinica*, n°89, janvier 2018

<sup>404</sup> Ministère des affaires sociales et de la santé et Direction Générale de la Santé, « Guide de recrutement de patients-intervenants », mars 2014



## Conclusion de la troisième partie

Il est essentiel de prendre en compte le contexte de vie du patient afin d'inscrire la prise en charge dans un continuum adapté au patient, de lutter contre les inégalités de santé et de créer une cohésion soignante pouvant, à long terme, améliorer le contexte d'exercice professionnel. Ceci a de l'intérêt concernant les situations d'obésités, souvent complexes et mal entendues, qui mettent à mal le patient mais également le soignant. La cohésion de soin, entre soignants mais aussi avec le patient, permet de dépasser les seules compétences techniques, car les compétences non-techniques font tout autant partie du soin et en sont un élément important. L'éducation et la formation des soignants et des patients permet de créer un terrain propice à la collaboration et à la reconnaissance. Ce concept a notamment été étudié par le philosophe Axel Honneth pour qui les conflits dans les relations humaines sont réglés par une lutte pour la reconnaissance, essentielle pour les sujets<sup>405</sup>. Cette reconnaissance est recherchée dans trois sphères : l'intimité, la collectivité et dans les relations juridiques. Ainsi, selon l'auteur, chaque homme aspire à cette notion, « *idée régulatrice donc nous ne pouvons pas nous passer* »<sup>406</sup>. Nous comprenons alors que le patient comme le soignant la réclame et ce notamment dans le contexte du soin où elle peut être mise à mal par une situation de vulnérabilité. Le soignant a également besoin de se sentir utile à la collectivité pour accomplir son travail correctement. Dans le cas de l'obésité, le patient, seul face à une situation qu'il ne connaît pas vraiment, peut se sentir désarmé quant à la prise en charge. Par conséquent, la formation, l'information et le développement d'un travail en équipe pluridisciplinaire ainsi qu'une collaboration de soin sont intéressants tant pour le patient que pour le soignant. Il importe de noter que le médecin généraliste, acteur essentiel dans la prise en charge de l'obésité, est souvent isolé de cela. Ainsi il importe, nous semble-t-il, de ne pas le laisser de côté quant à ces pratiques, de le former également tout au long de sa carrière et de lui donner les compétences pour faire partie et être un réel acteur dans la construction du parcours global de soin voulu par le Plan obésité.

---

<sup>405</sup> HONNETH Axel, « La théorie de la reconnaissance : une esquisse », *Revue de Mauss*, vol.1, n°23, 2004, « *l'individu apprend à s'appréhender lui-même à la fois comme possédant une valeur propre et comme étant un membre particulier de la communauté sociale dans la mesure où il s'assure progressivement des capacités et des besoins spécifiques qui le constituent en tant que personne grâce aux réactions positives que ceux-ci rencontrent chez le partenaire généralisé de l'interaction.* », p.134

<sup>406</sup> HALPERN Catherine, « Les conflits sociaux sont des luttes pour la reconnaissance. Entretien avec Axel Honneth », *Sciences Humaines*, n°172, juin 2006

## Conclusion

Cette étude utilise des témoignages de patients afin de mieux comprendre un des aspects d'une relation de soin qui ne fonctionne pas, dans le contexte de la prise en charge de l'obésité en France. La question centrale de notre travail est de savoir en quoi les représentations sociales peuvent influencer la perception du corps d'autrui, la qualité de la relation et la prise en soin dans le contexte médical institutionnel et libéral. Cette analyse nous a permis d'aborder différents aspects qui façonnent notre sujet. Tout d'abord ces rencontres de soin dans le cadre du colloque-singulier relèvent d'une complexité éthique car deux points de vue se confrontent : d'une part, un soignant, principalement un médecin, parle de ce qu'il perçoit comme un problème de santé engendrant des risques, d'autre part, un patient qui, déjà complexé dans une société qui lui rappelle sans cesse son poids et les risques encourus, se sent offensé par ces remarques. Ce point est renforcé lorsque nous analysons que les traitements existants ne sont pas convaincants. Ainsi ces deux perceptions sont bloquées et ne se rencontrent pas. De plus ce sujet nous permet d'évoquer des situations de maltraitements de plus en plus nommées dans le domaine du soin. Or l'intérêt d'une telle mise en évidence n'est pas de renverser la stigmatisation ni de juger la pratique soignante mais bien de comprendre que des comportements ou paroles peuvent être construites de manière implicites par l'existence de représentations sociales.

Notre travail a ainsi voulu mettre en évidence la construction ainsi que l'influence de ces représentations sociales à tous les niveaux de la santé. De plus des représentations propres au domaine du soin renforcent une représentations du corps et du sujet qui apparaît inadéquate dans la prise en charge de l'obésité. Nous comprenons alors toute l'importance que prend la norme dans les domaines curatifs et préventifs.

Le point essentiel à faire ressortir a été la conséquence d'un soin inadapté qui risque de provoquer un abandon de soin du patient, et même du soignant. Conséquence alors préoccupante quant à l'obésité. En effet nous avons mis en exergue que les situations d'obésités sont complexes, multifactorielles et nécessitent donc un regard soignant plus poussé. De plus il s'agit d'une problématique de santé qui augmente dans le monde et qui alerte les instances sanitaires. Enfin elle touche les contextes sociaux les plus défavorisés. Ainsi les limites du soin relatives aux situations d'obésités s'ajoutent à celles en lien aux contextes sociaux qui subissent les conséquences des inégalités de santé. Notre problème démontre alors un enjeu politique mal abordé voire même inapparent. Par conséquent la lutte contre la stigmatisation et la discrimination est un enjeux politique de santé et de société ; et celle concernant l'obésité fait

directement partie de sa prise en charge. Cette lutte oblige à percevoir différemment l'individu mais également : la relation de soin (par la recherche d'une relation symétrique), la médecine (par les risques que présentent la normalisation physiologique et le regard pathologisant) ainsi que les actions de préventions (en évitant le discours alarmiste ainsi que les injonctions comportementales). Ces changements nous apparaissent amorcés par une volonté de promouvoir un parcours de soin global, prenant en compte les différents aspects de la santé. Ceci s'inscrit dans une volonté de diffuser l'information et la connaissance autour de l'obésité mais également de garantir une collaboration : entre soignants, avec le patient, avec son entourage et avec la collectivité.

Le développement de compétences non-techniques est mis en avant. L'expression des émotions n'est pas signe de faiblesse et nous semble essentiel. Si dans la situation de soin nous sommes déjà vulnérables autant mettre en avant cette vulnérabilité, inhérente à l'humain, en avant et s'en servir pour rompre avec les représentations sociales et valoriser ainsi la prise en soin. Ceci permet également de distinguer deux situations : celle où le patient demande une aide qu'il ne reçoit pas et celle où il ne veut pas de cette aide qu'on essaye de lui imposer.

En outre il est nécessaire de développer l'information et la formation sur les situations d'obésités que les représentations sociales peuvent réduire à des stigmates. La formation et information du soignant est donc essentielle mais celle du patient l'est également. En effet si un patient demande l'aide soignante, il a besoin de recevoir les outils nécessaires à la considération ainsi qu'à la prise en charge de l'obésité. Le soignant ne pouvant être le seul responsable de la situation d'obésité le patient doit retrouver une place de collaborateur dans le soin. En effet son vécu, sa perception et sa parole doivent être fondateurs du soin tout autant que le sont la perception, la parole et la connaissance du soignant.

Ainsi, étant donné que les représentations sociales ne vont pas changer du jour au lendemain nous pensons qu'il est important d'en prendre conscience afin d'essayer de limiter leur influence, prise de conscience qui pourrait être nécessaire tant pour le soignant que pour le patient. Cette étude veut montrer que le patient est le premier touché par la grossophobie médicale. Cependant aussi étonnant que cela puisse paraître le soignant l'est également, car assez souvent les représentations sociales donnent aux soignants une perception pessimiste de la prise en charge de l'obésité ce qui altère leur travail. Il n'apparaît pas pertinent de souhaiter effacer toutes représentations sociales (ce qui de plus paraît impossible), ni même de renverser la stigmatisation ou la responsabilité. Le plus approprié serait de faire émerger la construction et l'influence de ces représentations ainsi que leurs limites afin d'éviter de réduire une personne à une simple représentation. Ainsi les rapports soignants peuvent être améliorés. Par ailleurs,

il pourrait être intéressant de détourner les représentations sociales et de les utiliser dans la formation des soignants, des patients et dans la prise en charge. Au regard de l'impact qu'ont les représentations sociales dans le soin, avec les risques qu'elles entraînent, il apparaît que la lutte contre leur influence devient un enjeu de santé individuel et collectif.

Le cadre d'un mémoire de recherche de master 2 nous est apparu restreint pour aborder tous les aspects qui se sont révélés au fur et à mesure de la recherche. En effet nous avons soulevés une problématique de soin qui au premier abord paraît simple mais qui fait entrer en jeu plusieurs dimensions de la santé et donc de la société. Ceci accentue la complexité de l'analyse d'une situation qui l'est déjà de par l'intrication multifactorielle qui définit les situations d'obésités. Cette étude mérite donc selon nous d'être approfondie pour analyser au mieux chaque dimension et interaction. Ceci est d'autant plus important que l'enjeu est fort. La compréhension de l'intérêt d'un soin qui serait un peu moins technique et plus relationnel pour avoir une prise en charge efficace de l'obésité en France représente un réel enjeu face au dessein d'une pandémie mondiale en pleine évolution. Il importe également de reprendre la notion de responsabilité en santé afin de donner une réelle autonomie au patient mais également d'éviter l'injonction contradictoire pour le soignant : prendre soin tout en étant performant. Un enjeu à relever serait d'allier l'utilisation de la technique et de la technologie dans le soin tout en mettant en avant une relation humaine, ceci dans l'idée de favoriser la reconnaissance de chaque acteur dans le soin et de prendre en compte les contextes qui façonnent la santé. L'ambiguïté inhérente à la santé demeure donc. En effet la notion de santé oscille entre liberté personnelle et intérêt collectif. De même, la responsabilité mise sur le patient s'accroît mais s'ouvre alors à une responsabilité partagée, avec les soignants, mais surtout avec la collectivité car la grossophobie est finalement un problème de société.

## Bibliographie

- Dictionnaire *Le grand Larousse illustré*, éd : Edition 2019, mai 2018
- Dictionnaire *Le nouveau petit Littré*, éd : Livre de poche, novembre 2009
- CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, éd : PUF, 2012

### Ouvrages :

- ANDRE Christophe et LELORD François, *L'estime de soi*, éd : Odile Jacob, 1999
- AINSLIE Georges, *Breakdown of Will*, ed : Cambridge University Press, 2001 (1ère édition)
- BASDEVANT Arnaud, GUY-GRAND Bernard, *Traité de médecine de l'obésité*, éd : Médecine-Sciences, février 2004
- BÉDARD Luc, DÉZIEL Josée et LAMARCHE Luc, *Introduction à la psychologie sociale: Vivre, penser et agir avec les autres*, éd: Pearson, (3e éd.), 2012
- BOURDIEU Pierre, *Esquisse d'une théorie de la pratique*, éd : Seuil, paris, 2000
- BRILLAT-SAVARIN Jean Anthelme, *La physiologie du goût*, éd : Flammarion, 1982 (1ère éd. 1824)
- BRUCH Hilde, *Les yeux et le ventre, l'obèse, l'anorexique*, éd: Payot, Paris, 1975
- CACIOPPO John et PATRICK William, *Loneliness - Human nature and the need for social connection*, éd : Broché, 2008
- CAHNMAN Werner J., «*The stigma of obesity*», *Sociological Quarterly*, 1968
- CARRAZ Jérôme, *Comprendre et traiter l'obésité : approche pluridisciplinaire intégrative*, éd : Elsevier Masson, 2017.
- COHEN Déborah, *La Nature du peuple : les formes de l'imaginaire social du XVIIIe-XXIe siècles*, éd : Seyssel, 2010
- CROIZET Jean-Claude et LEYENS Jean-Philippe, « *Mauvaises réputations : réalités et enjeux de la stigmatisation sociale* », éd : Armand Colin, Paris, 2003
- CSERGO Julia (dir.), *Trop gros ? L'obésité et ses représentations*, éd. Autrement, coll. Mutations, 2009
- DANCEL Jean-François, *Traité de l'obésité et pratique de l'obésité*, éd : Baillière et fils, Paris, 1863
- DARGENT Jérôme, *Le corps obèse : obésité, science et culture*, éd. Champ Vallon, 2005

- DE SAN GIMIGNANO Jean, *Summa de exemplis ac similitudinibus rerum : noviter impressa*, éd : Broché, 1970 (1ère éd. 1497), chapitre XXXI
- DEYDIER Gabrielle, *On ne naît pas grosse*, éd. Goutte d'or, 2017
- DUHAMEL Georges, *Problème de l'heure*, éd: Mercure de France 1957
- DUPOND Pascal, *Dictionnaire Merleau-Ponty*, éd : Ellipses, Paris, 2007
- DURKHEIM Emile, « Représentations individuelles et représentations collective », *Revue de Métaphysique et de Morale*, Tome VI, mai 1898
- DWORKIN Gerald, « Paternalism », *The Monist*, 56, janvier 1972, p. 65. Traduction de JAUNAIT Alexandre, « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient », *Raisons politiques*, 2003, n°11
- FAURE Olivier, « Le regard des médecins », dans CORBIN Alain, COURTINE Jean-Jacques, VIGARELLO Georges, *Histoire du corps. De la Révolution à la Grande Guerre*, Tome 2, éd : Seuil, 2005
- FISCHLER Claude, *L'omnivore - Le goût, la cuisine et le corps*, éd : Poche odile jacob, 1990
- GAUMET Sandra, *Obésité et prise de conscience corporelle*, ed. De Boeck Solal, 1ère édition, 2014
- GILLIGAN Carole, *Une Voix différente. Pour une éthique du care*, Paris : Flammarion, 2008
- GOFFMAN Erving, *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, éd : éditions de minuit, 1975, Paris, (1er éd. Stigma : Notes on the management of spoiled identity, Upper Saddle River, 1963)
- GRAU François-Marie, *Histoire du costume*, éd : Presses Universitaires de France, 2007
- GRIMALDI André, PIERRU Frédéric et TABUTEAU Didier, *Les maladies chroniques : vers la troisième médecine*, éd : Odile Jacob, 2017
- GUEVREMONT Guylaine, *Manger ses émotions : pourquoi on succombe, comment on s'en sort*, éd : Broché 2014
- HARDY Anne-Chantal Hardy, *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, éd: Presses de l'EHESP, 2013.
- HECKEL Francis, *La névrose d'angoisse et les états d'émotivité anxieuse : clinique, pathogénie, traitement*, éd : Hachette BnF, 2013, (1ère édition 1917)
- HOWARD Becker, *Outsiders. Études de la sociologie de la déviance*, éd: Métailié, 1985 (1ère éd. 1963)

- JODELET Denise (dir.), *Représentations sociales : phénomènes, concepts et théorie*, éd : Puf, 2003 (1ère éd. 1984)
- LALAU Jean-Daniel, *Et pourtant j'ai fais tous les régimes : des résistances à la confiance*, éd : Chronique sociale, coll : comprendre la société l'essentiel, 2017.
- LE BRETON David, *Anthropologie du corps et modernité*, éd. Broché, coll. Quadrige, 2013
- LE BRETON David, *Sociologie du corps*, éd. PUF, 9ème édition, coll. Que sais-je ?, 2016
- LIPPMANN Walter, *Public Opinion*, éd: Greenbook Publications, LLC, 2010, (1er éd: 1922)
- MACCARY Ange *Traité sur la polysarcie*, éd : Crochard, 1811
- MARX Daria et PEREZ-BELLO Eva, *GROS n'est pas un gros mot : chroniques d'une discrimination ordinaire*, éd : Libro, 2018.
- MARZANO PARISOLI Marie Michela, *Pensez le corps*, éd. PUF, coll. Questions d'éthique, 2002
- MUZNY Petr (dir.), *La liberté de la personne sur son corps*, éd : Dalloz, 2010
- PERETTI-WATEL Patrick et MOATTI Jean-Paul, *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*, éd : Le seuil, 2009
- PERRENOUD Philippe. *La fabrication de l'excellence scolaire : du curriculum aux pratiques d'évaluation*, éd : Librairie Droz, Genève-Paris, 2010 (1ère édition 1993)
- PEUTEUIL Pierre, *Les corps malmenés : anorexie, boulimie, obésité*, éd : Armand Colin, coll : regards PSY, 2014
- PIERRON, Jean-Philippe, *Vulnérabilité, pour une philosophie du soin*, éd : Presses universitaires de France, coll : La nature humaine, 2010
- PORTES Louis, « *Du consentement du malade à l'acte médical* », communication à l'Académie des sciences morales et politiques, 30 janvier 1950, repris dans le recueil, *À la recherche d'une éthique médicale*, Paris, éd : Masson & PUF, 1954
- POULAIN Jean-Pierre, *Sociologie de l'obésité*, éd. Puf, Paris, 2009
- QUEVAL Isabelle, *Le corps aujourd'hui*, éd : Gallimard, 2008
- RIGAUD Daniel, *L'obésité. Le mal du siècle*, éd : Les essentiels Milan, 2007
- RITZ Patrick, DARGENT Jérôme, *Abord clinique du patient obèse*, éd. Springer, Paris, 2009
- SAINT POL Thibaut, *Le corps désirable : hommes et femmes face à leur poids*, éd : Presses Universitaires de France, Paris, 2010

- SCHARNITZKY Patrick, *Les pièges de la discrimination. Tous acteurs, tous victimes*, éd : éditions de l'archipel, Paris, 2006
- SIMON Dominique, TRAYNARD Pierre-Yves, BOURDILLON François, GAGNAYRE Rémi, GRIMALDI André, *Education thérapeutique. Prévention et maladies chroniques*, éd : Elsevier Masson, 2013
- THALER Richard et SUSTEIN Cass, *Nudge : la méthode douce pour inspirer la bonne décision*, éd : Pocket, 2012 (1ère éd. 2008)
- VARGIONI Jacques, *Corps obèses, corps mélancoliques*, éd : PUF, 2015.
- VIGARELLO Georges, *La robe. Une histoire culturelle- Du Moyen-Âge à aujourd'hui*, éd : seuil, 2017
- VIGARELLO Georges, *Les métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité*, éd : Seuil, 2010
- WAYSFELD Bernard, *La peur de grossir : psychonutrition des troubles alimentaires*, éd : Armand Colin, 2013.
- WAYSFELD Bernard, *Le poids et le moi*, éd : Armand Colin, 2014 (2ème édition)
- WINCKLER Martin, *Les brutes en blanc*, éd. Flammarion, 2016.
- ZAMBERLAN Anne, *Coup de gueule contre la grossophobie*, éd. Broché, 1994

### **Ouvrages philosophiques :**

- ARISTOTE, *Ethique à Nicomaque*, éd : Revised, 1994
- ARISTOTE, *La politique*, éd : Poche, 2001.
- CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, éd : Broché, 2013.
- JASPERS Karl, *Introduction à la philosophie*, éd. Poche, trad. Jeanne Hersch, Paris, 2001
- KANT Emmanuel, *Fondation de la métaphysique des mœurs*, éd : Flammarion, Paris, 1994 (1ère éd. 1785)
- LEVINAS Emmanuel, *Altérité et transcendance*, éd : LGF, 2006
- LEVINAS Emmanuel, *Ethique et Infini*, éd : Le livre de poche, 1984
- LEVINAS Emmanuel *Totalité et infini. Essai sur l'extériorité (1961)*, éd : Le Livre de Poche, 2003
- LOCKE John, *Second Traité du gouvernement civil*, cité dans MANIN Bernard, *Principes du gouvernement représentatif*, éd : Flammarion, 1996.
- MERLEAU-PONTY, *Causeries, 1948*, éd : Broché, 2002



- MERLEAU-PONTY Maurice, *La structure du comportement*, éd. PUF, 2013
- MERLEAU-PONTY Maurice, *L'Oeil et l'Esprit*, éd: Gallimard, 1964
- MERLEAU-PONTY Maurice, *Parcours, 1935-1951*, éd : Verdier philosophie, 1997
- MERLEAU-PONTY Maurice, *Phénoménologie de la perception*, éd : Gallimard, Paris, 1976
- RENAULT Emmanuel, *Mépris social. Éthique et politique de la reconnaissance*, éd: Éditions du Passant, Bègles, 2000.
- RICOEUR Paul, *Soi-même comme un autre*, éd : Seuil, Paris, 1990
- SARTRE Jean-Paul, *L'être et le néant*, éd : Gallimard, Paris, 1943
- SPINOZA Baruch, *Lettre à Schuller, Traité théologico-Politique, Éthique, Conatus, pensées Métaphysiques, Traité de la réforme de l'entendement*, éd : Books LLC, 2010

### **Parties d'ouvrages :**

- BESSON Samantha, « La vulnérabilité et la structure des droits de l'homme. L'exemple de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme », p.59, dans BURGORGNE-LARSEN Laurence (dir.), *La vulnérabilité saisie par les juges en Europe*, éd : Pedone, Paris 2014
- CROIZET Jean-Claude et MARTINOT Delphine, «Stigmatisation et estime de soi », Chapitre 1, p.10, dans CROIZET Jean-Claude et LEYENS Jean.-Philippe, *Mauvaises réputations : réalités et enjeux de la stigmatisation sociale*, éd : Armand Colin, Paris, 2003
- FELITTI Vincent J. et ANDA Robert F., « The relationship of adverse childhood experiences to adult health, wellbeing, social function, and health care », p.77-87, dans LANIUS Ruth A., VERMETTEN Eric et PAIN Claire (dir.), *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*, éd : Cambridge University Press, 2010
- GREENWALD Anthony, « L'ego totalitaire ou comment chacun fabrique et révisé sa propre histoire », p. 37-76, dans PIOLAT Michel, HURTIG Marie-Claude et PICHEVIN Marie-France, *Le Soi: Recherches dans le champ de la cognition sociale*, éd: Delachaux et Niestlé, 1992.
- GRIGNON Michel, « Préférences hyperboliques pour le présent et comportements à risque », dans ALLONIER Caroline, DOURGNON Paul, ROCHEREAU Thierry, «

Santé, soins et protection sociale en 2004 : enquête santé et protection sociale », *Rapport IRDES*, Paris, 2006

- POULAIN Jean-Pierre, « *La lutte contre la stigmatisation des sujets en surpoids: une voie de prévention de l'obésité* » Chapitre 19, p.289-301, dans ZERMATI Jean-Philippe, APFELDORFER Gérard, WAYSFELD Bernard, *Traiter l'obésité et le surpoids*, éd. Broché, coll. médecine, 2010.

### **Articles :**

- BALLON Nicolas, BARRAULT Servane, COURTOIS Robert, MAUGE Damien, EL AYOUBI Hussein, FRAMMERY Julie, REVEILLERE Christian, BRUNAUT Paul, « Addiction à l'alimentation : un concept ancien, une mesure récente », *Annales Médico-Psychologiques*, n° 176, 2018
- BEVIERE-BOYER Bénédicte, « L'intimité en santé : définition, protection et projection », *Ethics, Medicine and Public Health*, vol 3, n°1, p.28-36, janvier 2017
- BLOC Lucas, Pringuey Dominique, WOLF-FEDIDA Mareike, « Phénoménologie du vécu hyperphagique dans l'obésité : le corps, le monde et l'autre », *Annales Médico-Psychologiques*, Paris, mai 2017
- BOGARDUS Emory S., « Measuring social distances », *Journal of Applied Sociology*, 1925, p.299-308
- CARLIER Jean-Yves, « Des droits de l'homme vulnérable à la vulnérabilité des droits de l'homme, la fragilité des équilibres », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, 2017, Vol. 79, p.175-204
- CAROF Solenn, « Les représentations sociales du corps gros », *Anthropologie & Santé*, n°14, 2017
- CHARLES Marie-Aline, BASDEVANT Arnaud, ObEpi 2003- « L'obésité et le surpoids en France ». *Dossier de presse Laboratoires Roche*, 17 juin 2003, Hôtel Dieu, Paris
- CNRS Le journal, « L'enquête. Obésité en marche », IMPERIALI Fabrice, « Enquête (1/7) Un syndrome de la modernité », 2019
- CONRAD Peter, « Medicalization and social control », *Annual Review of sociology*, Vol. 18.209, august 1992

- CZERNICHOW Sébastien, « Bénéfice sur les facteurs de risque cardiovasculaires après chirurgie bariatrique », *JMV-Journal de Médecine Vasculaire*, Volume 44, Issue 2, March 2019
- DASTUR Françoise, « L'expérience de la rencontre », *L'information psychiatrique*, vol. volume 89, no. 6, 2013, p. 443-451.
- DE BOCK Christian et TREFOIS Patrick, « La prévention, une question de principe ? », *Education Santé*, n° 269, juillet 2011
- DEGOS Laurent, « Soigner un malade et non une maladie » *Laennec*, vol 3, tome 50, 2002
- DE SAINT POL Thibaut, « Comment mesurer la corpulence et le poids idéal ? : Histoires, intérêts et limites de l'Indice de masse corporelle », *Notes et Documents*, 2007, Paris
- DUHAMEL, Georges, « Les excès de l'étatisme et les responsabilités de la médecine », *La revue des deux mondes*, vol.21, n°2, 15 mai 1934, pp 277-299.
- FAINZANG Sylvie, « Champ-contrechamps. La relation médecin-malade entre anciennes et nouvelles normes », *Revue Anthropologie et Sociétés*, Vol 37, N°3, 2013
- FLYE SAINT MARIE Cécile, QUERRIOUX Isabelle, BAUMANN Cédric, DI PATRIZIO Paolo, « Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires », *S.F.S.P Santé Publique*, vol. 27, 2015
- FRABLE Deborah, PLATT Linda et HOEY Steve, « Concealable stigmas and positive self-perceptions : Feeling better around similar others », *Journal of Personality and Social Psychology*, may 1998, p.909-922
- GALAM Eric, « Devenir médecin : éclairer le hidden curriculum. l'exemple de l'erreur médicales », *La Presse Médicale*, vol.43, avril 2014
- GLON Marie et VAN DYK Katharina, « Entretien avec Georges Vigarello », *Repères, cahier de danse*, n°24, 2009
- GOLAY Alain, LAGGER Grégoire, GIORDAN André, « Une éducation thérapeutique en quatre dimensions pour diminuer la résistance au changement des patients obèses », *Médecine des maladies Métaboliques*, vol 1, n°1, mars 2007
- GRACIA Mabel et CONTRERAS Jesus, « Corps gros, corps malades ? Une perspective socioculturelle », *Corps*, n°4, 2008
- GREENBERG Jeff, SOLOMON Sheldon, PYSZCZYNSKI Tom, ROSENBLATT Abram, BURLING John, LYON Deborah, SIMON Linda et PINEL Elizabeth, « Why

- do people need self-esteem? Converging evidence that self-esteem serves an anxiety-buffering function », *Journal of Personality and Social Psychology*, 1992, p.913-922.
- GUGENHEIM Jean, « Le développement de la chirurgie bariatrique en France, enjeux et défis », *Diabète et Obésité*, vol. 12, n°105, février 2017.
  - GUY-GRAND Bernard, « De l'obésité aux obésités : des concepts aux pratiques », *Annales endocrinologiques*, vol.64, n°5, 2003
  - GUY-GRAND Bernard, « L'obésité : d'une adaptation sociétale à une maladie organique du tissu adipeux », *OCL journal*, vol.15, n°1, janvier-février 2008
  - HAFFERTY Frédéric William et FRANKS R., « The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education », *Academic Medicine*, vol.69, n°11, décembre 1994
  - HALPERN Catherine, « Les conflits sociaux sont des luttes pour la reconnaissance. Entretien avec Axel Honneth », *Sciences Humaines*, n°172, juin 2006
  - HAMONET Claude, « Les mécanismes d'exclusion et de marginalisation du corps dans les systèmes de santé, apport de la démarche innovante de la réadaptation », *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*, 2007
  - HONNETH Axel, « La théorie de la reconnaissance : une esquisse », *Revue de Mauss*, vol.1, n°23, 2004
  - HAYNAL-REYMOND Véronique, « L'empathie », *Revue Médicale Suisse*, vol. 1, 2005
  - JAEGER Marcel, « Du principe de responsabilité au processus de responsabilisation », *Vie sociale*, n°3, 2009
  - JAMES William, « WHO recognition of the global obesity epidemic », *International Journal of Obesity*, vol. 32, 2008
  - JORLAND Gérard, « Empathie et thérapeutique », *Association de recherche en soins infirmiers*, n°84, mars 2006
  - JOUANNA Jacques, « Le régime dans la médecine hippocratique : définition, grands problèmes, prolongements », 18ème colloque de la Villa Kérylos à Beaulieu-sur-Mer les 4,5 et 6 octobre 2007, *Publication de l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres*
  - KEYS Ancel, « Indices of relative weight and obesity », *Journal of Chronic Diseases*, vol. 25, July 1972
  - KOPELMAN Peter, « Obesity as a medical problem », *Nature*, n°404, avril 2000
  - LACAZE Lionel, « La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'analyse stigmatisée revisitée », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 5, 2008, p.183-199

- LAVRILLOUX Mathilde et MASSON Estelle, « Le régime : une affaire de femme et non d'homme ? Influence des représentations sociales sur la description et la nomination des pratiques de contrôle alimentaire », *Les cahiers internationaux de psychologie*, Vol.1-2, n°117-118, 2018
- LECERF Jean-Michel, « Histoire de la nutrition », *L'observatoire du pain*, 11/12/2018
- LEFÈVE Céline, « De la philosophie de la médecin de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical », *Revue de métaphysique et de morale*, n°82, 2014
- LE GUILLOUZIC Maud et BEAUD Olivier, « Évaluer et renforcer l'estime de soi des patients accompagnés pour un changement de comportement lié à la santé : pertinence et modalités en médecine générale : une étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'arc alpin », *Médecine humaine et pathologie*, 2017
- LEVERVE Xavier, « Stress oxydant et régulation de la glycémie : implications pour le syndrome métabolique », *Obésité*, Vol 1, Juin 2006
- LINK Bruce G. et PHELAN Jo C., « Conceptualizing stigma », *Annual Review of Sociology*, 2001, p.363-385
- LONGNEAUX Jean-Michel, LECOCQ Dan, LEFEBVRE Hélène et al., « Le patient partenaire. 1ère partie », *Ethica clinica*, n°89, janvier 2018
- MENCIA-HUERTA Matthieu, LINDENMEYER Cristina, « Chirurgie bariatrique et fantasmes de métamorphose », *Annales Médico-psychologiques*, Paris, février 2019
- MENISSIER Thierry, « Culture et identité. Une critique philosophique de la notion d'appartenance culturelle », *Le Portique*, vol. 5, 2007
- NAU Jean-Yves, « Les plus-values de l'obésité », *Le Monde*, 11 avril 1998
- OURY Jean, « Suite de la conversation avec Henri Maldiney, Salomon Resnik et Pierre Delion », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°36, 2001
- PAUSE Cat, « Die another day : the obstacles facing fat people in accessing quality healthcare », *Narrative Inquiry in Bioethics*, vol.4, n°2, 2014
- PUHL Rebecca et HEUER Chelsea, « The stigma of obesity : a review and update », *Obesity*, may 2009
- PY Bruno, « La pudeur et le soin », *Presse Universitaire de Nancy*, vol. 1, 2011
- RICÉUR Paul, « Le concept de responsabilité, Essai d'analyse sémantique », *Esprit*, novembre 1994, p. 28-48, repris in *Le Juste 1*, Ed. Esprit, 1995
- SALMONA Muriel, « Les traumatismes des enfants victimes de violences : un problème de santé publique majeur », *Observatoire Santé mentale Vulnérabilités et Société*, n°69-70, 2018

- SORBETS E., MALAFAYE N., LEHMANN M., « Dermolipectomie dans les deux ans après une chirurgie bariatrique », *Revue d'épistémologie et de Santé Publique*, Volume 67, Mars 2019
- STUNKARD Albert J., GRACE William J., WOLFF Harold G., « The night-eating syndrome: a pattern of food intake among certain obese patients », *American Journal of Medicine*, 1955
- SUMITHRAN Priya, PRENDERGAST Luke A., DELBRIDGE Elizabeth, PURCELL Katrina, SHULKES Arthur, KRIKETOS Adamandia, PROIETTO Joseph, « Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss », *The new england journal of medicine*, 2011
- SVANDRA Philippe, « Repenser l'éthique avec Paul Ricoeur. Le soin : entre responsabilité, sollicitude et justice », *Recherche en soins infirmiers*, n°124, 2016
- TABUTEAU Didier, « Les interdictions de santé publique », *Presses de Sciences po : Les tribunes de la santé*, n°17, 2017
- TABUTEAU Didier, « Santé et liberté », *Pouvoirs*, n°130, 2009
- TESTARD-VAILLANT Philippe, « Le diktat des apparences », *CNRS le journal*, n°222, juillet-août 2008
- TOURETTE-TURGIS Catherine et THIEVENAZ Joris, « L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche », *Savoirs*, n°35, 2014
- *Trait d'Union, Le magazine du centre hospitalier universitaire de Toulouse*, « L'hôpital Rangueil modernisé », n°115, Hiver 2017-2018
- VALLAT Gérard, « Problèmes d'obésité et de surpoids », *Actualité en analyse transactionnelle*, n°127, 200
- WELLS L. Edward, « Theories of deviance and the self-concept », *Social Psychology*, 1978, p.189-204
- WELZER-LANG Daniel, « La mixité non ségrégative confrontée aux constructions sociales du masculin », *Revue française de pédagogie*, vol. 171, avril-juin 2010
- WHITEHEAD Margaret, GÖRAN Dahlgren, « What can we do about inequalities in health », *The lancet*, n° 338, 1991

### Articles en ligne :

- BENZ Stéphanie, « Dans la peau d'un obèse », L'express, 02/06/2018 mise en jour 06/06/2018. [Disponible en ligne : [https://www.lexpress.fr/actualite/sciences/dans-la-peau-d-un-obese\\_2012885.html](https://www.lexpress.fr/actualite/sciences/dans-la-peau-d-un-obese_2012885.html)]
- DE KERVASDOUE Jean, « Chirurgie de l'obésité : trop d'opérations inutiles », *La Tribune*, 28/07/2018. [Disponible en ligne <https://www.latribune.fr/opinions/tribunes/chirurgie-de-l-obesite-trop-d-operations-inutiles-785260.html>]
- GROS Le Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids, « Les médicaments amaigrissants », 13/08/2017 (article en ligne, rubrique accueil, je m'informe : <https://www.gros.org/les-medications-amaigrissants>)
- IMPERIALI Fabrice, « L'enquête, Obésité en marche. Enquête (1/7) Un syndrome de la modernité », CNRS Le journal, 2019, [Disponible en ligne : <http://lejournale.cnrs.fr>]
- INSERM, « *Cirrhose, une maladie du foie d'origine inflammatoire* », dossiers d'information, 01/11/17. [Disponible en ligne : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/cirrhose>]
- « L'obésité, première épidémie non infectieuse de l'Histoire », *Le Monde*, 02/07/2005, [Disponible en ligne : [https://www.lemonde.fr/planete/article/2005/07/02/l-obesite-premiere-epidemie-non-infectieuse-de-l-histoire-par-philippe-froguel\\_668105\\_3244.html](https://www.lemonde.fr/planete/article/2005/07/02/l-obesite-premiere-epidemie-non-infectieuse-de-l-histoire-par-philippe-froguel_668105_3244.html)]
- MAUDET Elsa, « Grossophobie médicale : *c'est une angoisse à chaque fois que je dois consulter* », *Libération*, 08/01/16 [Disponible en ligne : [https://www.liberation.fr/france/2016/01/08/grossophobie-medicale-c-est-une-angoisse-a-chaque-fois-que-je-dois-consulter\\_1424927](https://www.liberation.fr/france/2016/01/08/grossophobie-medicale-c-est-une-angoisse-a-chaque-fois-que-je-dois-consulter_1424927)]
- OMS, « Obésité et surpoids. Principaux faits », 16/02/18, [Disponible en ligne : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>]
- OMS, « Obésité : Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Série de rapports techniques », Genève, 2003. [Disponible en ligne : [https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_TRS\\_894/fr/](https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/fr/)]

## Documents autres :

### Études scientifiques :

- BOCQUIER Aurélie, PARAPONARIS Alain, et al., « La prise en charge de l'obésité. Attitudes, connaissances et pratiques des médecins généralistes en région PACA ; résultats d'une enquête téléphonique », *La Presse Médicale*, vol. 34, n°11, juin 2005
- BOCQUIER Aurélie, VERGER Pierre, BASDEVANT Arnaud, ANDREOTTI Gérard, BARETGE Jean, VILLANI Patrick et PARAPONARIS Alain, « Overweight and obesity : knowledge, Attitudes, and Practices of General Practitioners in France », *Obesity Research*, vol.13, n°4, 2005
- CHAN D.C., WATTS G.F., BARRETT P.H.R., BURKE V., « Waist circumference, waist-to-hip ratio and body mass index as predictors of adipose tissue compartments in men », *QJM: An International Journal of Medicine*, Volume 96, Issue 6, June 2003
- E. DUBIN Ruth, KAPLAN Alan, GRAVES Lisa, K. NG Victor, « Reconnaître la stigmatisation, sa présence dans les soins aux patients et dans la formations médicales », *Canadian Family Physician. Le médecin de famille canadien*, vol. 63, décembre 2017
- Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). « Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016 ». Volet nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité. *Santé publique France*, 2017
- GUDZUNE Kimberly A., BEACH Mary Catherine, ROTER Debra L., COOPER Lisa A., « Physicians build less rapport with obese patients », *Obesity*, vol. 21, issue 10, october 2013
- KUSHNER Robert F., ZEISS Dinah m., FEINGLASS Joseph M. et YELEN Marsha, « An obesity educational intervention for medical students addressing weight bias and communication skills using standardized patients », *BMC Medical Education*, 2014
- LEMPP Heidi et SEALE Clive, « The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching », *BMJ*, vol. 329, 2004
- LEWIS Sophie, THOMAS Samantha, WARWICK BLOOD Richard, CASTLE David, HYDE Jim et KOMESAROFF Paul, « How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma they encounter in their daily lives ? A qualitative study », *Social Science Medicine*, septembre 2011



- ObEpi, « Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité », INSERM / KANTAR HEALTH / ROCHE, 2012
- OBERLIN Philippe et DE PERETTI Christine, « Chirurgie de l'obésité : 20 fois plus d'interventions depuis 1997 », *Etudes et Résultats*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), n°1051, février 2018
- OBERLIN Philippe, MOUQUET Marie-Claude, « La chirurgie de l'obésité en France de 1997 à 2003 », *DREES Études et Résultats*, n°410, juillet 2005
- PUHL Rebecca M., ANDREYEVA Tatiana, BROWNELL Kelly D., « Perceptions of weight discrimination : prevalence and comparison to race and gender discrimination in America », *International Journal of Obesity*, n°32, 992-1000, juin 2008
- Rapport de l'OCDE (organisation de coopération et de développement économiques) publié en mai 2017.
- SCHNITZLER Alexis, ERBAULT Marie, SOLOMIAC Agnès, SAINTE-CROIX Damien, FOUCHARD Arnaud, MAY-MICHELANGELI Laetitia, « Impact du plan AVC sur la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ischémiques constitués : évolution 2011-2016 des indicateurs d'évaluation de la Haute Autorité de santé », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, novembre 2017
- TOMIYAMA A. Janet, FINCH Laura E., BELSKY Angela C. Incollingo, BUSS Julia, FINLEY Carrie, SCHWARTZ Marlene B., DAUBENMIER Jennifer, « Weight bias in 2001 versus 2013 : contradictory attitudes among obesity researchers and health professionals » *Obesity*, 2014
- « Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016 : a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128-9 million children, adolescents, and adults.

### **Mémoires et thèses :**

- BLOC Lucas, « Approche phénoménologique de l'expérience hyperphagique dans l'obésité : une étude dans les contextes français et brésilien », Thèse de doctorat en Psychanalyse et Psychopathologie, Paris, 16 mai 2018, dir. WOLF-FEDIDA Mareike, Université Paris Descartes
- FAYEMENDY Philippe Joseph Maurice, « La prise en charge de l'obésité par les médecins généralistes du département de la Haute Vienne : Difficultés rencontrées et

suggestions d'amélioration », Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, présentée le 3 octobre 2012, Université de Limoges

- QUETELET Adolphe, *Recherche sur le poids de l'homme aux différents âges*, mémoire, Académie royale de Bruxelles, 1832

### **Documents officiels : rapports, avis, recommandations :**

- ANSM, « Acomplia : suspension de l'autorisation de mise sur le marché », communiqué, 2008
- ANSM « Alli(R) (orlistat 60mg, gélules) : bilan après sept mois de commercialisation « Point d'information », communiqué, 17/02/2009
- ANESM, « La bientraitance : définition et repères pour la mise en oeuvre », Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, 2008
- ANSM, « Les anorexigènes amphétaminiques sont strictement interdits en France », déclaration d'information, 14/05/2018
- ANSM, « Messages essentiels à destinations des professionnels de santé. Risques liés aux pratiques d'amaigrissement reposant sur l'usage de produits de santé : les points à discuter avec vos patient », communiqué de juillet 2015
- ANSES, « Risques sanitaires liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement », dossier de presse, 25 novembre 2010
- ARNULF Isabelle, LEGER Damien, ROYANT-PAROLA Sylvie, PEPIN Jean-Louis, D'ORTHO Marie-Pia, « Proposition n°15 - Prise en charge des troubles du sommeil liés à l'obésité et à la prise de poids », *Institution National de Prévention et d'Education pour la Santé*. « Les Français et leur sommeil », 2008
- Assemblée Nationale, « Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux de la mission sur la prévention de l'obésité », présenté par Valérie Boyer, n°1131, 30/09/2008
- Bulletin de l'Ordre des pharmaciens, « Les Nouvelles Pharmaceutiques », n° 363 du 04/07/2008
- BROWN Hilary (dir. groupe de travail), « *La protection des adultes et enfants handicapés contre les abus* », rapport du Conseil de l'Europe, 30/01/2002
- CNCDH, « *Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux* », Avis, 22 mai 2018

- DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. American Psychiatric Association. Elsevier Masson, Paris 2015
- GIRAUD Francis, DERIOT Gérard, LORRAIN Jean-Louis, « un équilibre harmonieux des responsabilités entre les usagers, les professionnels, les institutions sanitaires et l'Etat », Rapport n°174 (2001-2002), fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 16 janvier 2002
- HAS, « Education thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation », Recommandation, juin 2007
- HAS, « Evaluation des compétences des professionnels de santé et certification des établissements de santé », Rapport d'étude, revue de la littérature, novembre 2015
- HAS, « Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : Prise en charge préopératoire minimale ». Fiches descriptives des indicateurs retenus pour la campagne 2017
- HAS, « Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte », synthèse de recommandations de bonne pratique, Janvier 2009
- HAS, « Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours », recommandation, septembre 2011
- HCSP, « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité », Rapport, décembre 2009
- Institut National du Cancer, « Nutrition et prévention primaire des cancers », Rapport scientifique, 2015, [Disponible en ligne : [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)]
- La webzine de la HAS, « Patients et soignant, vers un nécessaire partenariat », 05/12/2016, au sujet d'un colloque annuel de la HAS de novembre 2016, « La dynamique patient, innover et mesurer ». [Disponible en ligne : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2728261/en/patients-et-soignants-vers-un-necessaire-partenariat](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2728261/en/patients-et-soignants-vers-un-necessaire-partenariat)]
- Ministère des affaires sociales et de la santé et Direction Générale de la Santé, « Guide de recrutement de patients-intervenants », mars 2014
- MOLEUX Marguerite, SCHAEZEL Françoise, SCOTTON Claire, « Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action », Inspection générale des affaires sociales, Rapport n° RM2011-061P, mai 2011
- Programme National nutrition santé 2001-2005
- Publication du Ministère des Solidarités et de la Santé, « La gradation des soins dans le plan obésité », 19/12/2016, [Disponible en ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr>]

- Rapport de l’OMS-Europe, publié en 1996, « Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease », traduit en français en 1998
- The Belmont Report, Ethical Principles and Guidelines for the protection of human subjects of research. Report of the National Commission for the protection of human subjects of biomedical and behavioural research. Chapter C: « Basic Ethical Principles », 1979

### **Congrès/ Conférences :**

- CYMES Michel (animateur), CHARLES Marie-Aline, GUY-GRAND Bernard, CHANTAL Simon, « Obésité : quels moyens d’actions contre l’épidémie du XXI<sup>e</sup> siècle ? », débat grand organisé par la fondation de la recherche médicale public, Maison de la radio (Paris), 8 avril 2004, p.4. [Disponible en ligne : [https://www.frm.org/upload/pdf/frm\\_obesite.pdf](https://www.frm.org/upload/pdf/frm_obesite.pdf)]
- LAFONTAN Max « De quoi l’obésité est-elle le symptôme ? », Conférence débat du GREP, 12 février 2013 à Toulouse, retranscription p.10 [Disponible en ligne : [www.grep-mp.fr](http://www.grep-mp.fr)]

### **Vidéos/ Émissions radio :**

- France Inter, *Grand bien vous fasse !*, « Quelques idées reçues sur les régimes », Ali Rebeihi, jeudi 25 avril 2019, 51 minutes.
- PEKMEZ Sophia et STERN Alexandre, RTS UN Radio télévision Suisse, « Dans la tête... D’un gros », 23/07/18, durée 59’29 minutes [Disponible en ligne : <https://www.youtube.com/watch?v=NHu2nFv0CfU> ], de 25’40 min à 30’20 min. (Consulté le 10/11/18)
- TF1. « Gabrielle Deydier, son combat contre la grossophobie », 2017, [Disponible en ligne: <https://www.tf1.fr/tmc/quotidien-avec-ann-barthes/videos/invite-gabrielle-deydier-combat-face-a-grossophobie.html>]. [consulté le 19 décembre 2017]

## **Documents juridiques :**

### **Législations françaises :**

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner
- Loi n° 89-432 du 28 juin 1989 modifiée relative à la prévention et à la répression de l'usage des produits dopants à l'occasion des compétitions et manifestations sportives
- Loi n°88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes se prêtant à la recherche biomédicale, dite loi Huriet-Sérusclat
- Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946

### **Articles :**

- Article 16-3 du Code civil
- Article 225-1 du Code pénal
- Article 226-13 du Code pénal
- Articles L.1110-1 du Code de santé publique
- Article L.1110-3 du Code de la santé publique
- Article L.1110-4 du Code de la santé publique
- Article L.1110-5 du Code de la santé publique
- Article L.1110-8 du Code de la Santé Publique
- Article L.1111-4 du Code de la santé publique
- Article 1417-1 du Code de la santé publique
- Article R.4127-2 du code de la santé publique
- Article R.4127-36 du Code de la santé publique
- Article R. 4127-7 du Code de la santé publique

### **Législations européennes et internationales :**

- Charte sociale européenne, Strasbourg, 3 mai 1996
- Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Organisation mondiale de la santé, 1986

### **Règlementations :**

- Arrêté du 8 avril 2004, publié au journal officiel le 23 avril 2013, « Régime des études en vue du premier et du deuxième cycle »
- Arrêté du 12 novembre 1998 modifiant l'arrêté du 7 octobre 1994 relatif aux substances et aux procédés mentionnés
- Arrêté du 28 octobre 2009, publié au Journal Officiel le 17 novembre 2009

**Arrêts français et européens :**

- CEDH, arrêt Dudgeon contre Royaume-Uni du 22 octobre 1981
- CJUE, arrêt Karsten Kaltoft C/ Municipalité du Billund, du 18/12/2014 n°C-354/13 relatif au fait que l'obésité peut constituer un « handicap » au sens de la directive relative à l'égalité de traitement en matière d'emploi.
- Cour de Cassation, assemblée plénière, 17 novembre 2000, n°99-13.701
- Cour de cassation, chambre civile 1 arrêt du 17 janvier 2008, n°06-20107
- Cour de Cassation, Chambre criminelle, 3 janvier 1973, n°71-91.820
- Conseil d'Etat, Assemblée, 27 octobre 1995, n°136727.

## **Annexes**

ANNEXE N°1 : Questionnaires de recherche destinés aux patients et aux soignant, réalisés dans le cadre de cette étude et témoignages qui en découlent	142
ANNEXE N°2 : Image d'une sculpture Vénus paléolithique	214
ANNEXE N°3 : Grille de la Haute Autorité de Santé permettant d'identifier les seuils de corpulences selon la mesure de l'Indice de Masse Corporelle (IMC)	215
ANNEXE N°4 : Affiche de prévention élaborée en mai 2018 pour la Journée Européenne de Lutte contre l'Obésité	216

## ANNEXE N°1

### **Questionnaires de recherche destinés aux patients et aux soignant, réalisés dans le cadre de cette étude et témoignages qui en découlent**

#### **Méthode et constat :**

Deux questionnaires ont été réalisés alors que les recherches pour cette études avaient été entamées mais loin d'être abouties ; l'un à destination de soignants, l'autre à destination de patients et ont été diffusés principalement à l'aide des réseaux sociaux (groupes facebook et twitter) mais également par l'aide d'associations, des conseils régionaux de l'ordre des médecins et de personnes engagées.

Il y a eu plus de participation du côté patient : 1175 réponses que du côté soignant : 65. Ceci s'explique par le fait qu'il a été plus compliqué de faire circuler le questionnaire à destination de soignants, les structure permettant cela sont peu nombreuses et la base de diffusion étant les réseaux sociaux, il était plus facile de toucher des personnes pouvant évoquer leur expérience de patients. Les questionnaires étaient soumis à une explication du contexte de l'étude ainsi qu'à un consentement pour que les données recueillies ne soient utilisées que dans le cadre de cette étude.

De plus, à la fin du questionnaire une adresse mail a été fournie ([dubruel.noemie@hotmail.fr](mailto:dubruel.noemie@hotmail.fr)) afin de recevoir des retours sur la forme ou le fond de cette étude, pour les personnes qui le souhaitaient. Mais l'intérêt principal était de donner la possibilité aux personnes volontaires d'envoyer un témoignage rédigé plus complet et personnel. Nous indiquons que seuls des patients ont fait parvenir un témoignage et un contact téléphonique avec un soignant a été possible. 10 témoignages ont été recueillis.

Le grand nombre de réponses obtenues pour le questionnaire patient a permis d'avoir une étude quantitative. Malheureusement le format de questionnaire utilisé n'a pas permis de procéder à une étude qualitative au vue du grand nombre de réponses. Concernant le questionnaire soignant, le plus faible nombre de réponses a permis d'établir un recueil de données plus qualitative afin de pallier au nombre de réponse et de compenser l'apport informatif.



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

*(Entretien physique et/ou téléphonique)*

Mémoire de recherche Master 2 éthique du soin et recherche (2018-2019) : La relation patients-soignants dans le cadre de la consultation médicale de prise en charge des patients adultes atteints d'obésité en France : l'analyse de l'incidence de la «grossophobie médicale »

Collaboration Université Toulouse Jean-Jaurès, Université Toulouse Capitole et Université Toulouse Paul Sabatier.

*Responsables de la recherche : Mme Flora Bastiani (Maître de Conférence, directrice du mémoire), Mme Noémie Dubruel (étudiante)*

**TITRE DU PROJET** : Mémoire de recherche Master 2 éthique du soin et recherche : **La relation patients-soignants dans le cadre de la consultation médicale de prise en charge des patients adultes atteints d'obésité en France : l'analyse de l'incidence de la «grossophobie médicale »**

**RESPONSABLES DU PROJET**: Flora Bastiani (Maître de Conférence, directrice du mémoire), Noémie Dubruel (étudiante)

**LIEU DE RECHERCHE** : Collaboration Université Toulouse Jean-Jaurès, Université Toulouse Capitole et Université Toulouse Paul Sabatier.

**PRÉSENTATION DU PROJET** : L'intérêt de l'étude de la stigmatisation de patients atteints d'obésité dans le cadre de la consultation médicale trouve son origine dans l'émergence de plus en plus grandissante de témoignages de patients l'ayant vécu. Ainsi partir de ces témoignages est essentiel.

De plus, il est important d'ancrer l'étude dans le réel, tout en élaborant une relation constante entre le travail théorique et l'étude de terrain dans le but de déboucher sur une étude la plus complète et concrète possible. Se confronter à la réalité actuelle de la situation est nécessaire pour la comprendre au mieux.

Enfin, l'étude des données et des témoignages sera une base essentielle au développement de nouvelles analyses permettant de saisir les problèmes que le sujet soulève.

L'enquête sera mise en œuvre sous la forme de deux questionnaires dont les questions auront été préparés à l'avance et validés par les encadrants de l'étude. L'un s'adresse aux patients et l'autre aux professionnels de santé. L'étude sera menée sous la forme d'entretiens physiques et/ou téléphoniques. Les entretiens seront d'une durée de 15 minutes en moyenne et peuvent se prolonger selon la volonté de l'interrogé.

**VOS DROITS A LA CONFIDENTIALITE** : Toutes les informations recueillies lors de ces entretiens seront traitées de façon anonyme et resteront confidentielles. Celles-ci seront conservées dans

un fichier informatiques sécurités dont seule l'étudiante menant l'enquête en aura l'accès. Ces données seront ainsi conservée uniquement pendant la durée de l'étude soit de Décembre 2017 à Juin 2018. La possibilité d'un enregistrement audio de l'entretien sera proposé est soumis à votre autorisation. Les résultats obtenus à l'issu du traitement de ce questionnaire pourront faire l'objet de publications scientifiques, mais l'identité des participants ne sera pas révélée, et aucun renseignement pouvant révéler votre identité ne sera dévoilé.

**VOS DROITS DE VOUS RETIRER DE LA RECHERCHE :** La participation à cette étude est entièrement volontaire. Même si vous décidé d'entamer l'entretien, il vous est possible de vous arrêter à tout moment, et de revenir sur votre consentement afin qu'aucune de vos données de soit traitée. Cependant, une fois l'enregistrement effectué, le total anonymat implique l'impossibilité de retrouver les données vous concernant et donc de les détruire au cours de l'étude.

**DIFFUSION :** Les résultats de cette recherche seront diffusé dans le cadre du Master 2 éthique du soin et recherche de Toulouse et seront publiées sur le site officiel de diffusion des mémoires de recherches des universités de Toulouse.

**VOS DROITS DE POSER DES QUESTIONS EN TOUT TEMPS :** Vous pouvez à tout moment demander un complément d'information sur l'étude, poser des questions sur le sujet de recherche, sur le questionnaire qui vous a été adressé ou bien encore poursuivre évoquer souhaiter poursuivre le témoignage ou la discussion sur le sujet en vous adressant par mail à l'étudiante responsable de la recherche : Noémie Dubruel (dubruel.noemie@hotmail.fr).

**CONSENTEMENT A LA PARTICIPATION :** En remplissant ce questionnaire en ligne vous certifiez que vous avez lu et compris les renseignements ci-dessus et que vous êtes volontaire pour participer à cette recherche.

De plus vous pouvez, si vous le souhaitez, recevoir une copie du présent document, portant le nom et les coordonnées du responsable de la recherche.

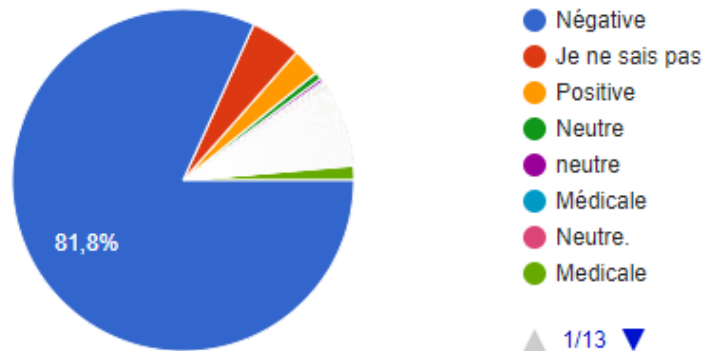
Après avoir discuté librement et obtenu réponse à toutes mes questions, j'accepte de participer à cette étude. Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

**J'ai pris connaissances des informations précédentes et j'accepte de participer à l'entretien**

# Recueil de données questionnaire patients

Le mot « obésité » a-t-il une connotation positive ou négative pour vous ?

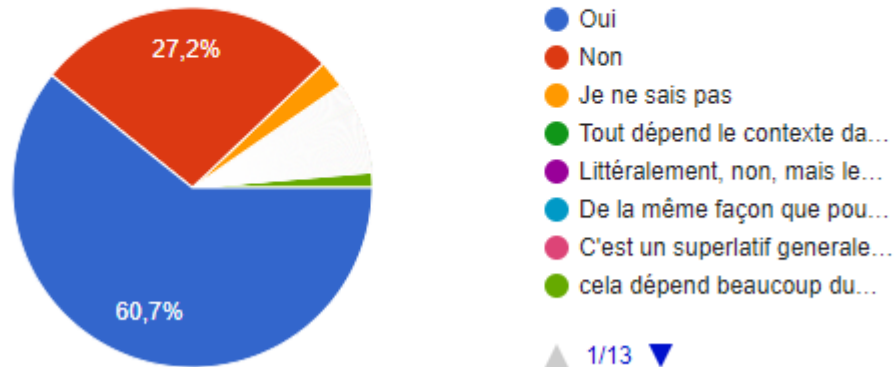
1 176 réponses



Autres réponses libres : handicapant. / Ni l'une ni l'autre, c'est une définition. / À mon sens il peut être à la fois positif et négatif en fonction de la manière dont il est utilisé / réaliste / C'est le terme médical cela ne me dérange pas / Ni positive ni négative c'est un fait / C'est un terme médical / Ni positive ni négative c'est un fait / ça dépend du contexte dans lequel il est dit / Neutre / En fait, je le voyais négativement et au final c'est comment on l'utilise qui lui donne l'impact qu'il peut avoir / Connotation réelle / Neutre c'est une maladie / Neutre : je suis obèse comme je suis petite ou comme je porte des lunettes / Constatation / Fait médical / Les deux. Tout dépend qui l'utilise et à quel dessein. Ça peut être un retournement de stigmatisme positif pour les personnes concernées ou une insulte provenant de personnes minces. Sachant que ce terme est incroyablement médicalisant... / négative dans la société, pas dans mon regard sur les personnes obèses dont moi. mais le mot sonne super négatif, oui / Oui et non. Il ya la dimension "t'es gros parce que tu manges trop c'est de ta faute" mais je sais aussi que c'est une maladie / Il faut bien employé un vocabulaire. Je prefere obèse a gros / C'est le mot qui permet de nous qualifier donc je fais avec.

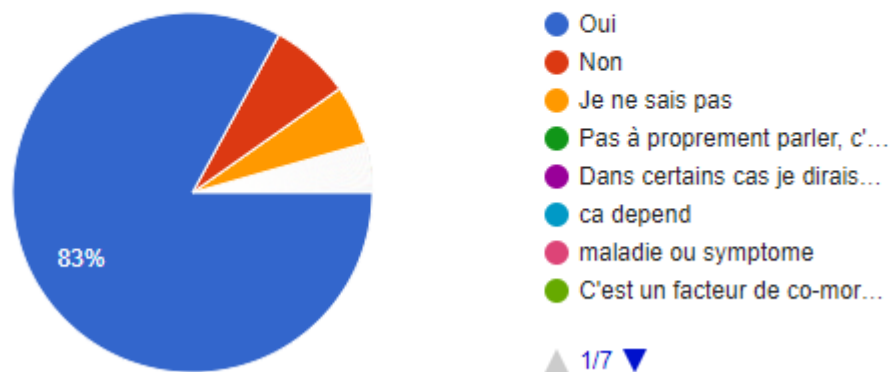
## Pensez-vous que le mot « gros/grosse » soit une insulte ?

1 176 réponses



## Pensez-vous que l'obésité soit une maladie ?

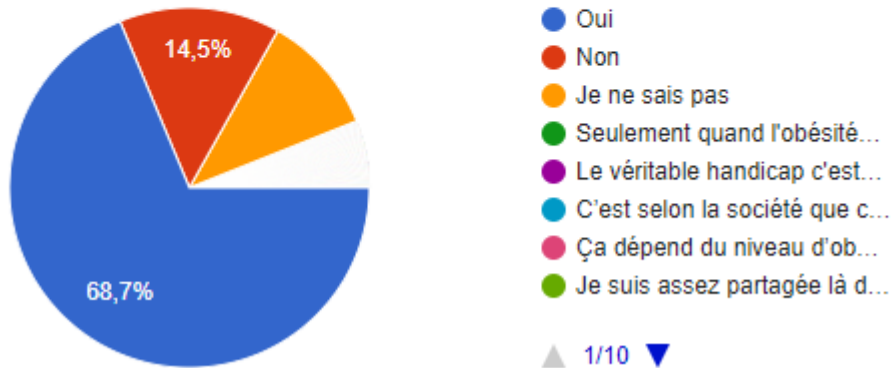
1 176 réponses



Réponses libres utilisées pour l'étude : Pas à proprement parler, c'est ce qui amène à l'état d'obésité qui est une maladie ; tca, prb thyroïde / C'est un facteur de co-morbidités MAIS RIEN DE PLUS. /Cela dépend des personnes... Et surtout ce qu'on entend vraiment par ce mot !! / Je la vois comme un symptôme. / Oui et non. C'est une maladie dans un sens où elle peut engendrer de gros soucis de santé, mais je pense également qu'elle est un symptôme de la société dans laquelle on vit, en étant le fruit de nombreux facteurs tels que la pauvreté, des soucis hormonaux, le résultat de Troubles du Comportement Alimentaire, etc. / Selon la gravité / Oui, une maladie multi-factorielle dérivant parfois elle-même de maladies/handicaps / difficile à dire, il y a de nombreux facteurs à prendre en compte.

## Selon l'OMS, l'obésité devrait être considérée comme une réelle situation de handicap, êtes-vous d'accord avec cette affirmation ?

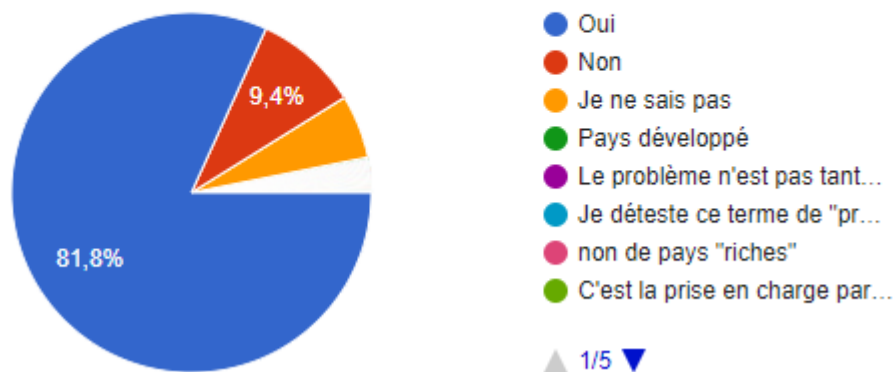
1 176 réponses



Réponses libres utilisées pour l'étude : Le véritable handicap c'est la stigmatisation donc pas l'obésité en soi / C'est selon la société que c'est un handicap (ex fauteuils non adaptés, vêtements non disponibles...) / Selon les situations, oui, l'obésité peut devenir un réel handicap, donc je suis plutôt d'accord.

## Selon-vous, est ce que l'obésité est un problème mondial ?

1 176 réponses



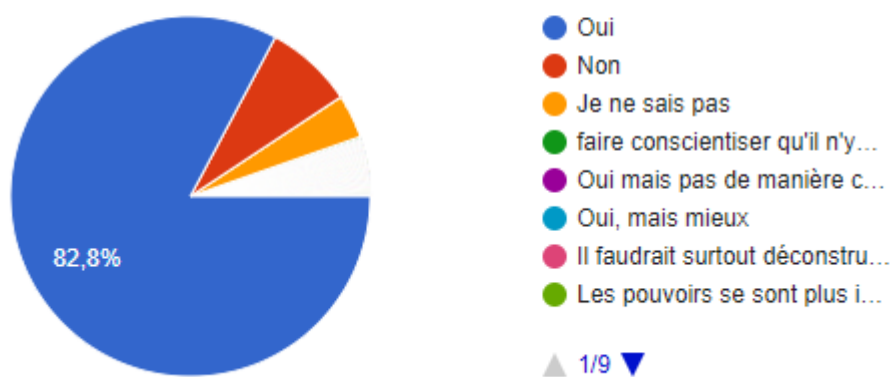
## Pensez-vous que les pouvoirs publics proposent une prise en charge suffisante de l'obésité en France ?

1 176 réponses



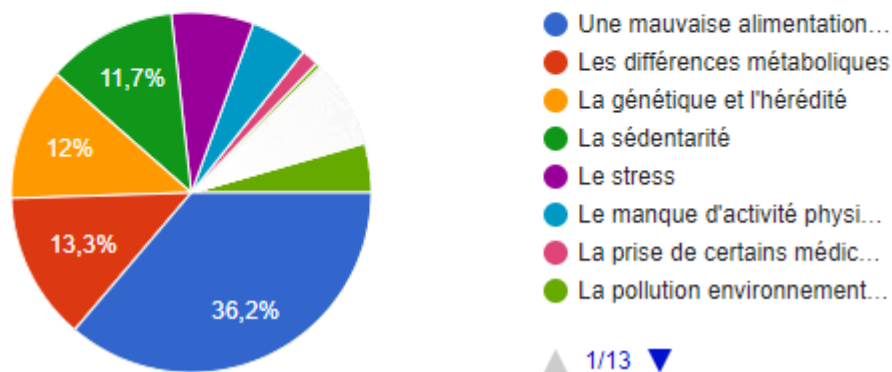
## D'après vous faudrait-il parler plus souvent de l'obésité, de ses facteurs et conséquences ?

1 176 réponses



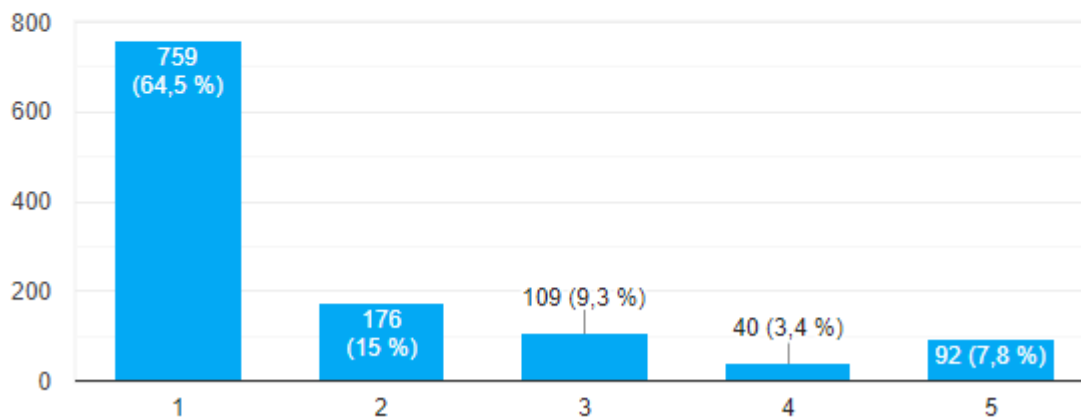
## Selon vous quelle est la première cause étiologique de l'obésité en France ?

1 176 réponses



## Pensez-vous qu'un soignant puisse stigmatiser une personne sur son apparence physique ou son poids ?

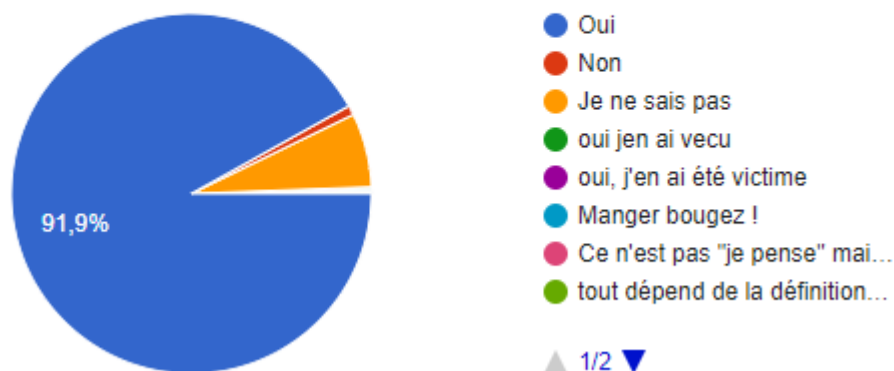
1 176 réponses



Réponse de « Oui absolument » à « Non, pas du tout »

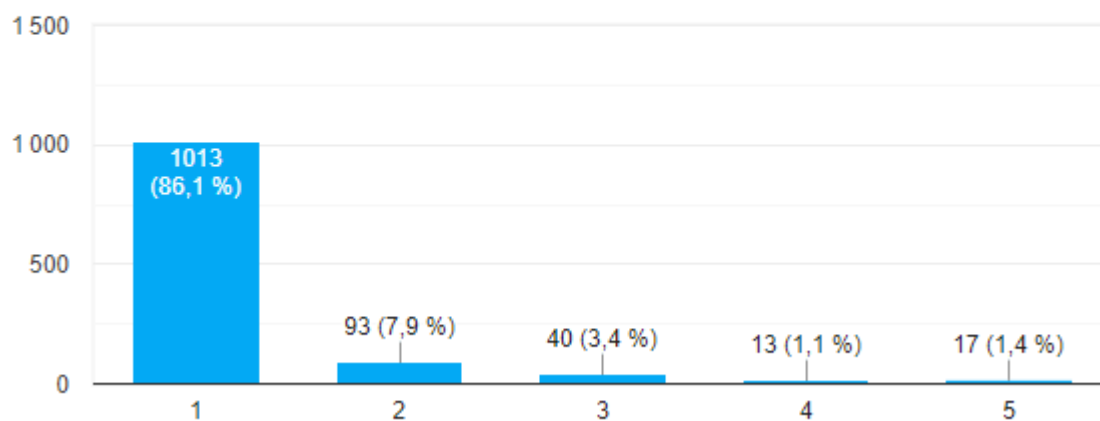
## Pensez-vous que des violences médicales existent ?

1 176 réponses



## Pensez vous que le respect de l'intimité soit primordial lors de la consultation médicale ?

1 176 réponses

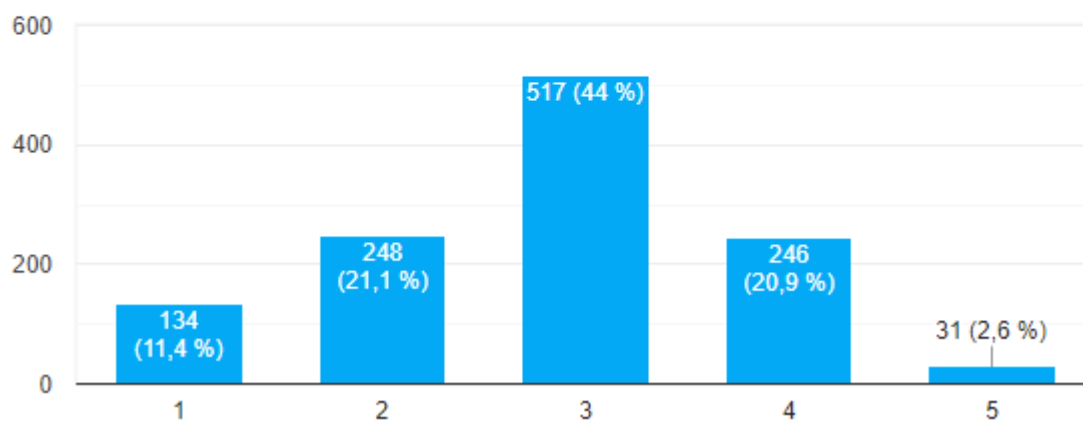


Réponse de « Oui absolument » à « Non, pas du tout »



## Pensez-vous que l'intimité soit respectée lors de la consultation médicale ?

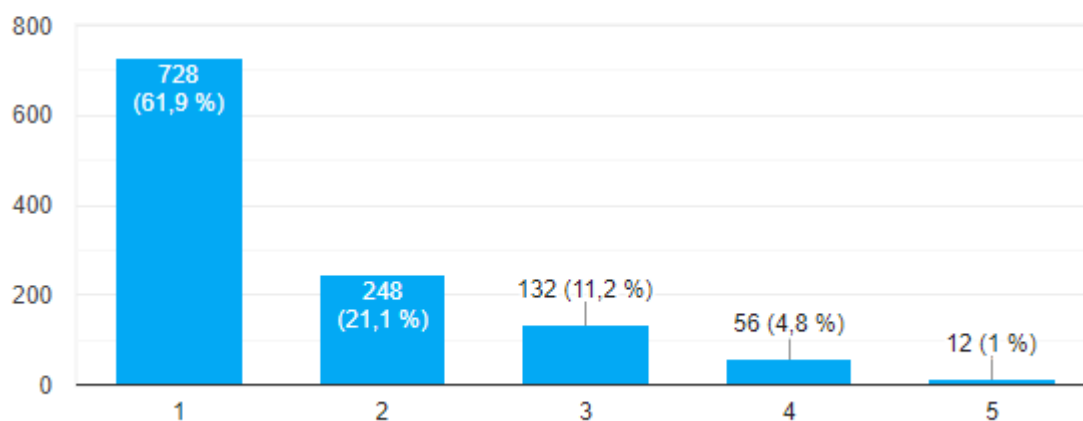
1 176 réponses



Réponse de « Oui absolument » à « Non, pas du tout »

## Pensez-vous qu'une mauvaise prise en charge ou écoute médicale puisse accentuer la prise de poids ?

1 176 réponses



Réponse de « Oui absolument » à « Non, pas du tout »

## Pensez-vous que la stigmatisation d'une personne sur son corps et/ou poids puisse accentuer la prise de poids ?

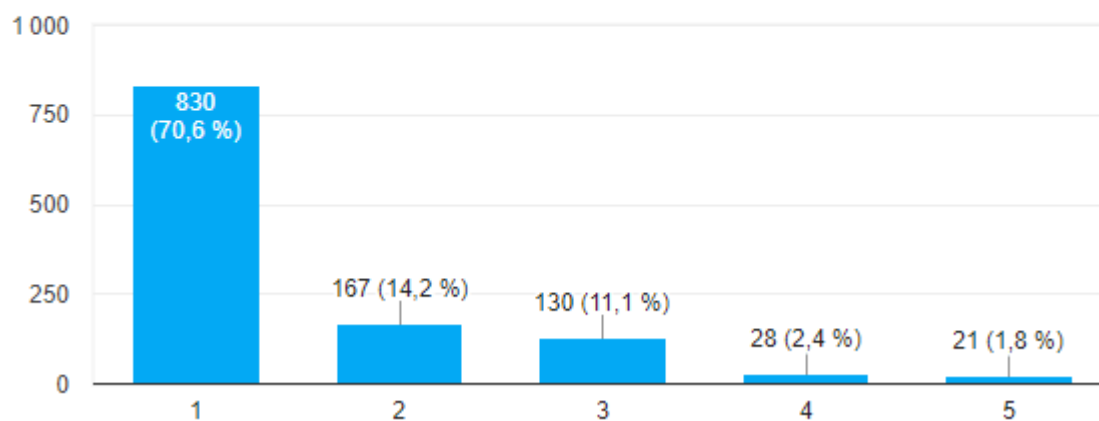
1 176 réponses



Réponse de « Oui absolument » à « Non, pas du tout »

## Pensez-vous que l'empathie puisse être bénéfique dans la relation de soin ?

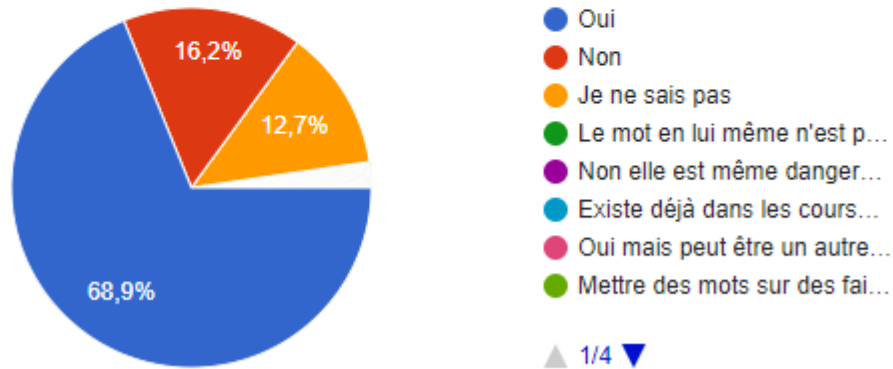
1 176 réponses



Réponse de « Oui absolument » à « Non, pas du tout »

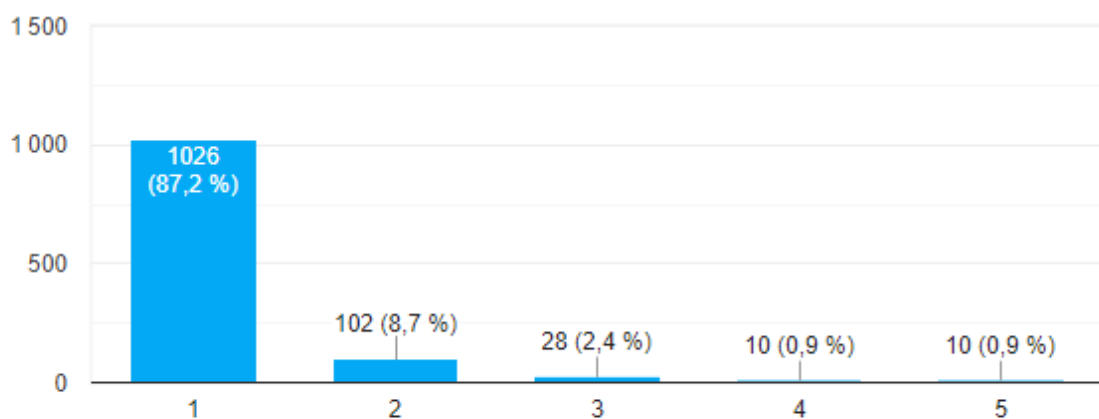
Pensez-vous que la création du mot « grossophobie » (qui désigne la stigmatisation et la discrimination des personnes atteintes de surpoids et d'obésité) soit utile voire nécessaire ?

1 176 réponses



Selon-vous, est-il important de dénoncer la discrimination des personnes atteintes d'obésité ?

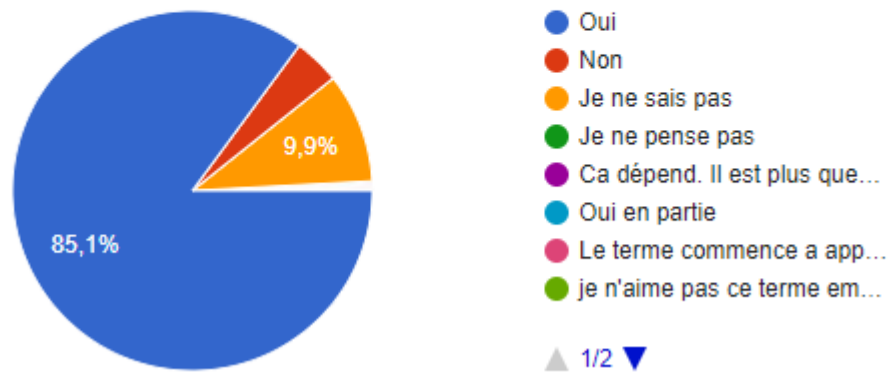
1 176 réponses



Réponse de « Oui absolument » à « Non, pas du tout »

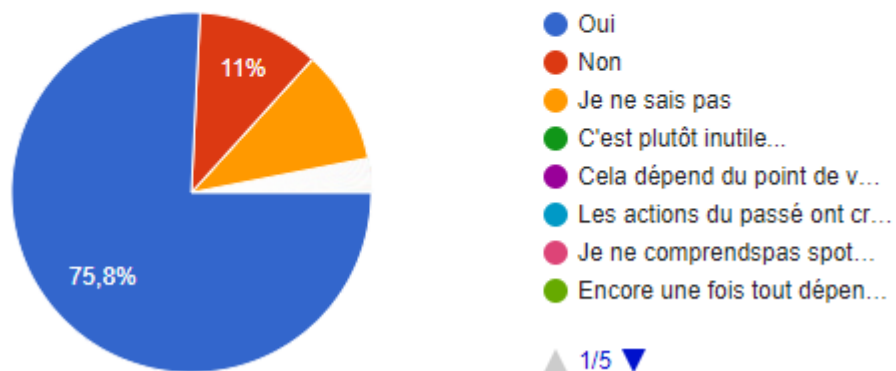
D'après vous, la situation de « grossophobie médicale » existe-t-elle aujourd'hui en France ?

1 176 réponses



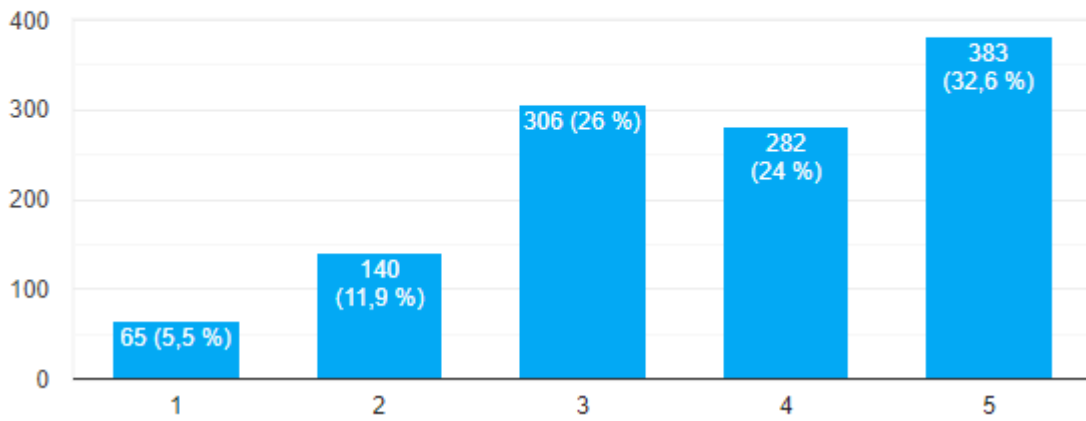
Pensez-vous que la prévention (messages publicitaires, spots, affiches) puisse être culpabilisante pour certaines personnes ?

1 176 réponses



## Vous sentez-vous à l'aise avec votre corps ?

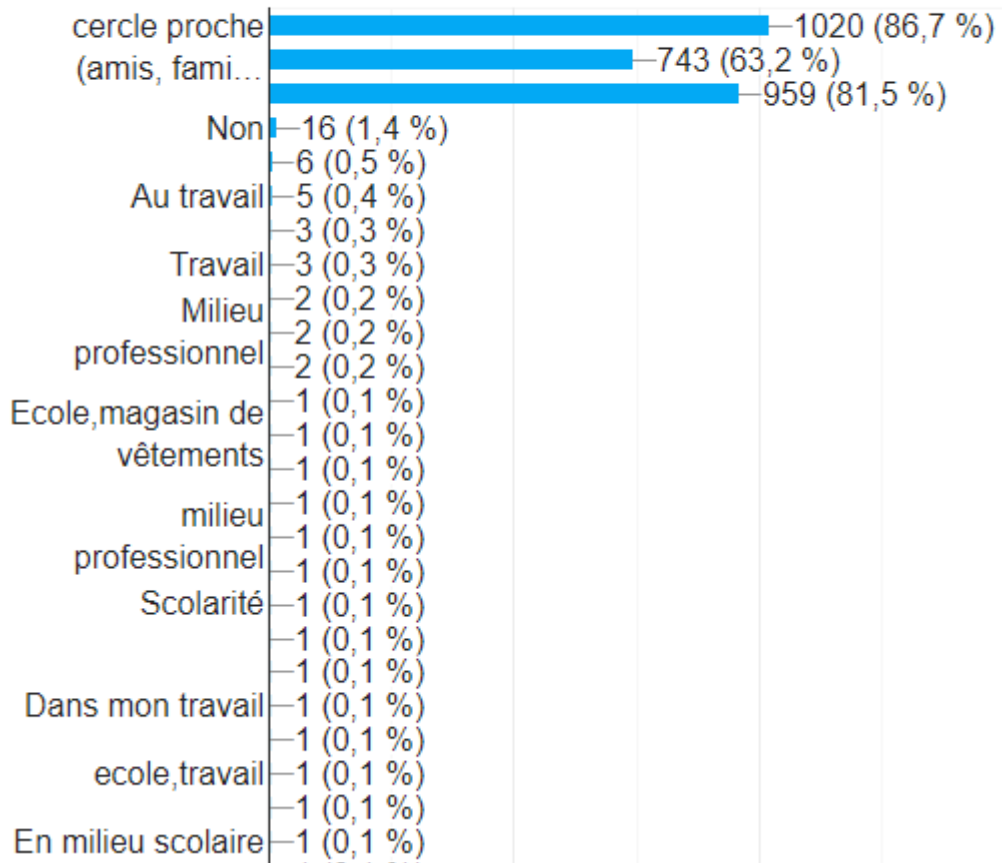
1 176 réponses



Réponse de « Oui absolument » à « Non, pas du tout »

## Vous a-t-on déjà fait des remarques sur votre poids ?

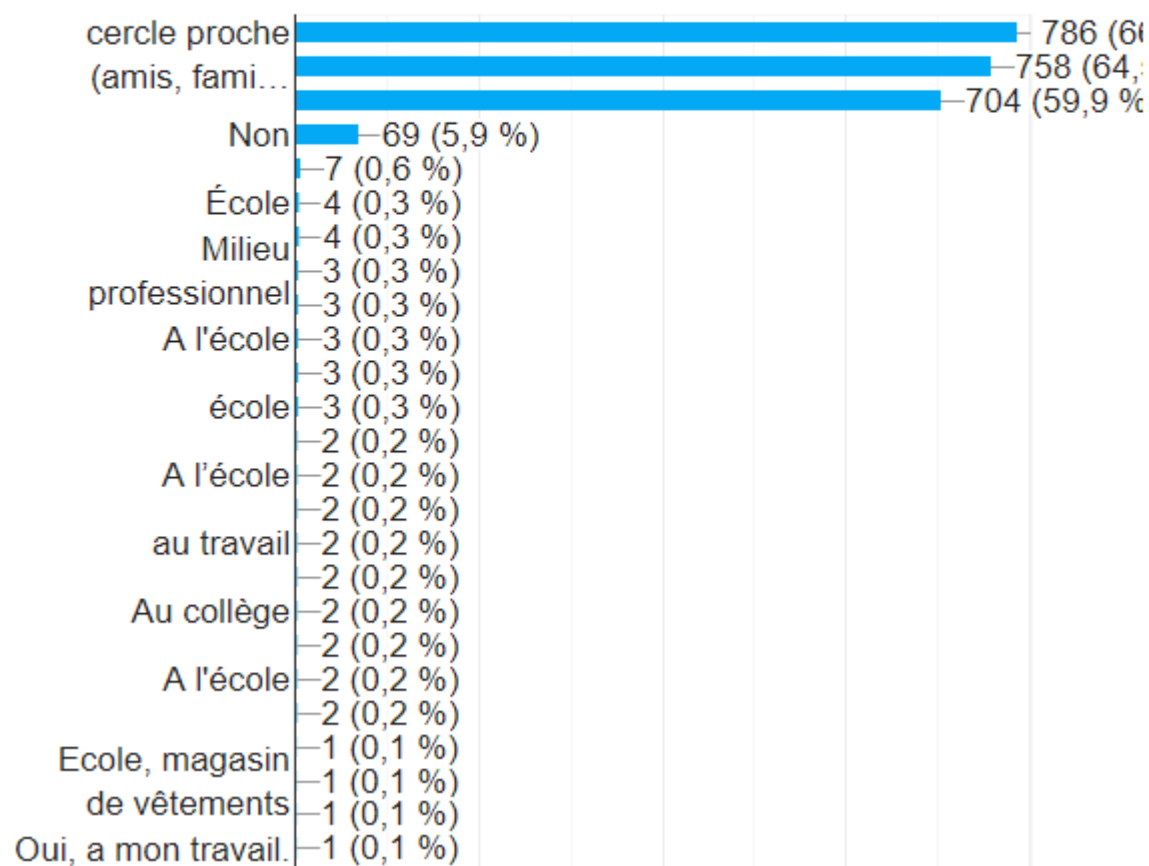
1 176 réponses



Catégorie 1 : Cercle de proches (amis, famille...). Catégorie 2 : Dans la rue. Catégorie 3 : Dans le milieu médical.

## Avez-vous déjà subi des moqueries/ des stigmatisations du fait de votre poids ?

1 176 réponses



Catégorie 1 : Cercle de proches (amis, famille...). Catégorie 2 : Dans la rue. Catégorie 3 : Dans le milieu médical.

## Comment ces stigmates se sont-ils déclarés ?

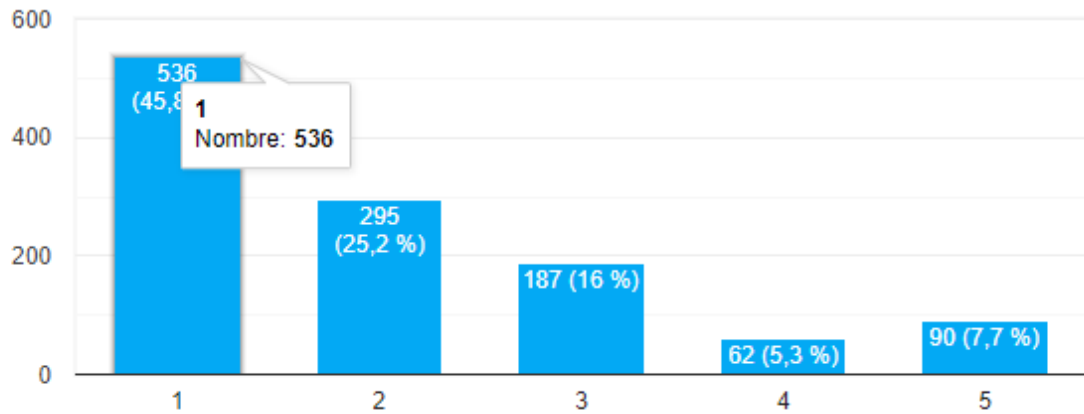
1 147 réponses



Catégories 1 : Des subi des regard désobligeant du fait de mon poids. Catégorie 2 : Des personnes m'ont dénigré du fait de mon poids. Catégorie 3 : Je me suis vue attribuer un surnom déplaisant du fait de mon poids. Catégorie 4 : J'ai été traité.e de feignant.e ou d'idiot.e.

## Ces expériences ont-elles eu un impact sur votre prise de poids ou sur votre comportement alimentaire ?

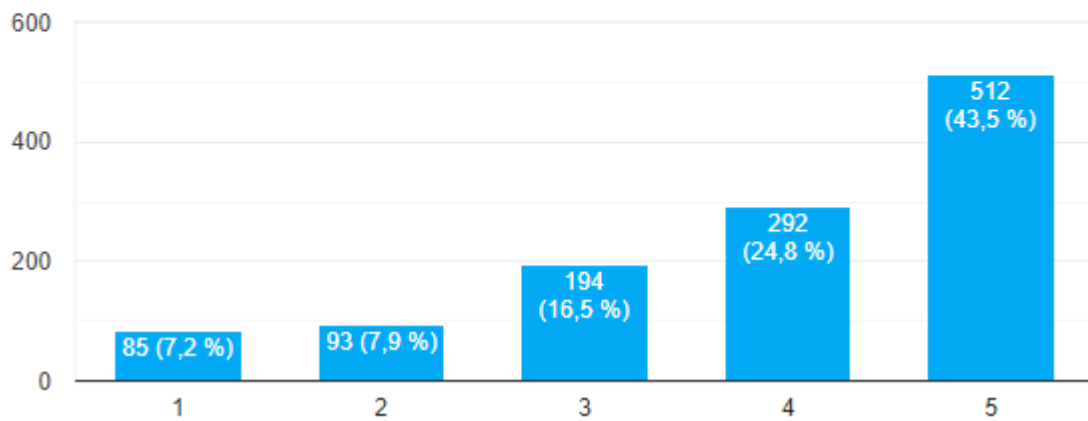
1 170 réponses



Réponse de « Oui absolument » à « Non, pas du tout »

## Vous sentez-vous capable de gérer le surpoids ou l'obésité seule ?

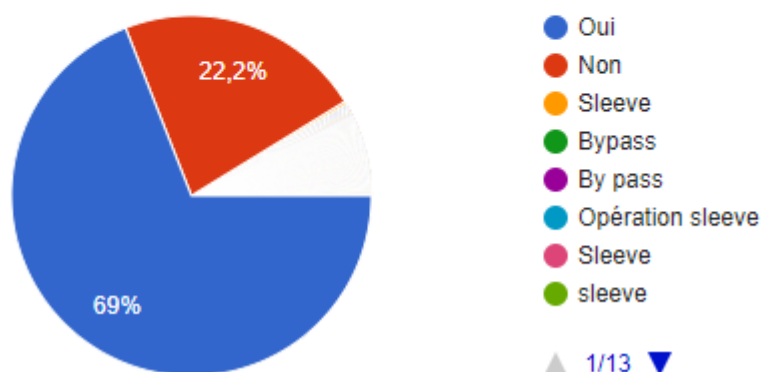
1 176 réponses



Réponse de « Oui absolument » à « Non, pas du tout »

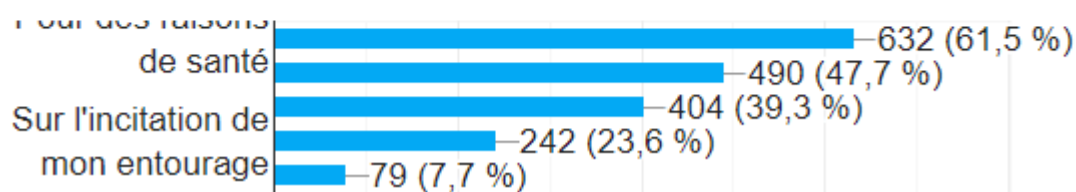
## Avez-vous suivis ou suivez-vous actuellement une pratique alimentaire restrictive ?

1 176 réponses



## Pour quelles raisons avez-vous décidé de suivre une pratique alimentaire restrictive ?

1 027 réponses

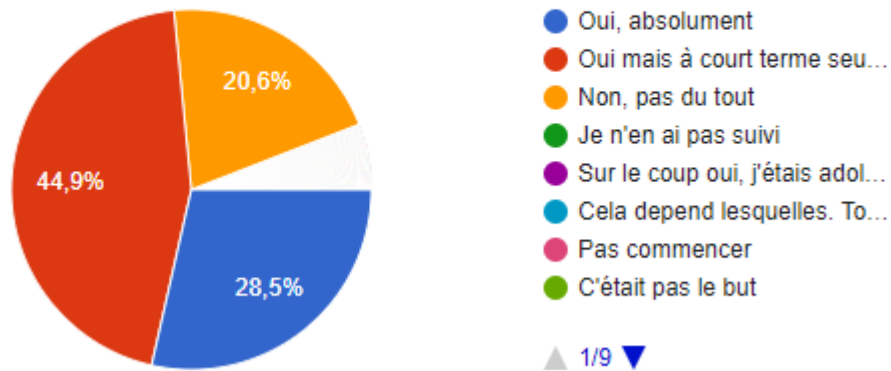


Catégorie 1 : Pour des raisons de santé. Catégorie 2 : Pour des raisons esthétiques. Catégorie 3 : Sur recommandations médicales. Catégorie 4 : Sur l'incitation de mon entourage. Catégories 5 : Pour obtenir de meilleures performances sportives.



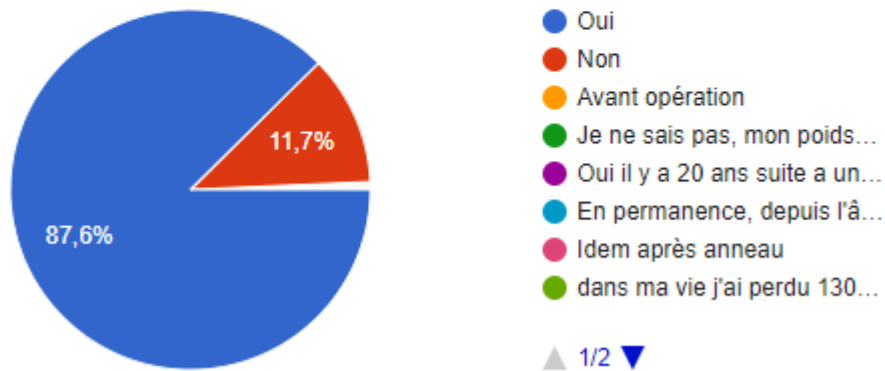
## Ces pratiques ont-elles été efficaces ?

1 051 réponses



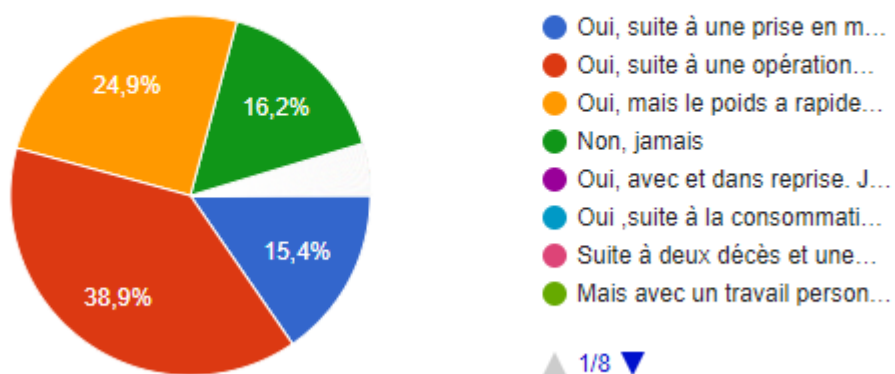
## Avez-vous déjà été victime de l'effet Yo-Yo (perte et prise de poids consécutive et permanente) ?

1 145 réponses



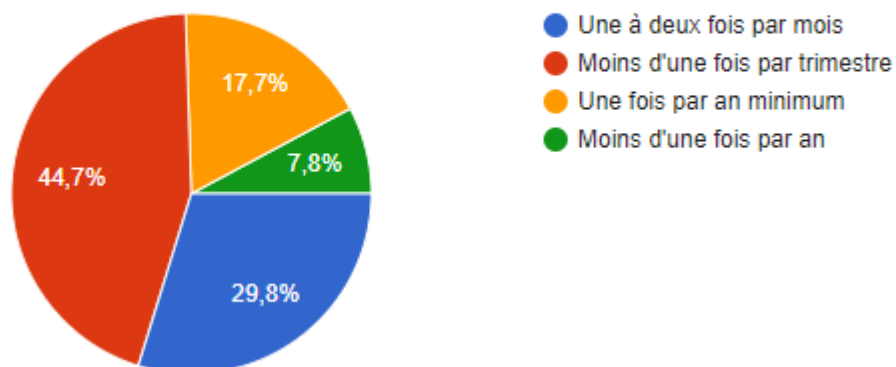
## Avez-vous déjà vécu une perte pondérale conséquente ?

1 176 réponses



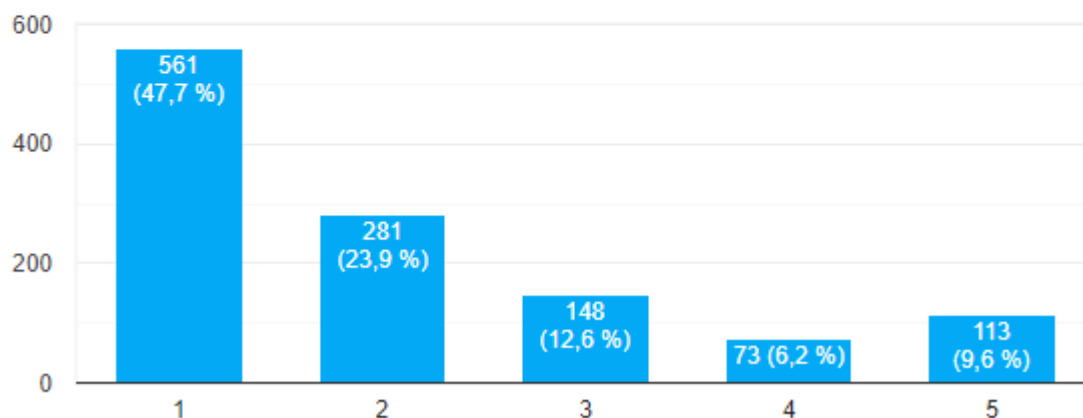
## A quelle fréquence vous rendez-vous chez un soignant ?

1 176 réponses



Vous est-il déjà arrivé de redouter un contact médical par peur de la stigmatisation ou de subir une remarque sur votre corpulence ou votre poids ?

1 176 réponses



Réponse de « Oui absolument » à « Non, pas du tout »

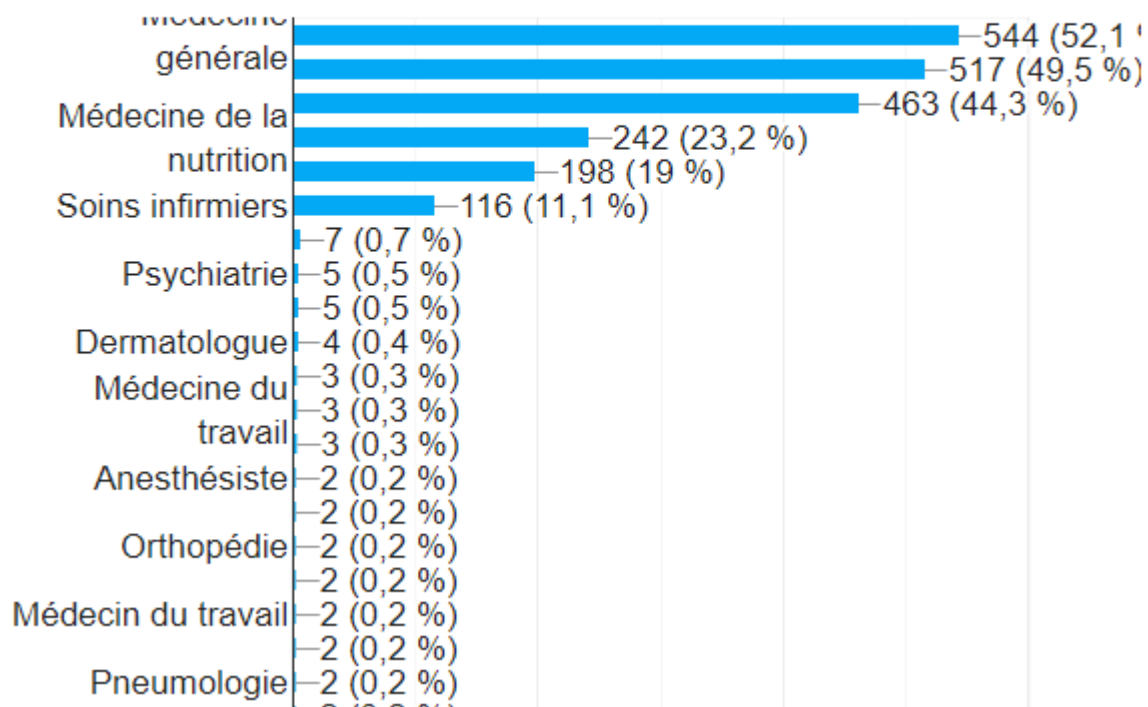
Avez-vous déjà subi personnellement une expérience négative avec un soignant en rapport avec votre corpulence, votre poids ou votre mode de vie ?

1 176 réponses



## Si oui, dans quel domaine de soin était-ce ?

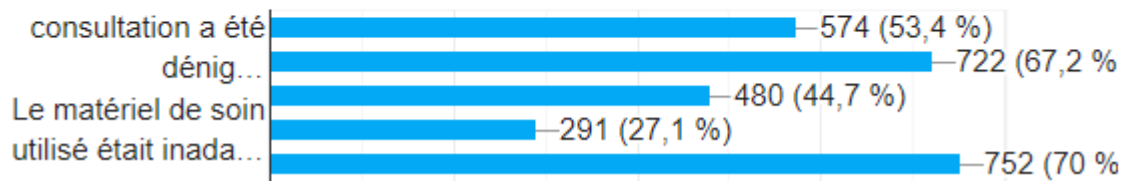
1 044 réponses



Catégorie 1 : Médecine générale. Catégories 2 : Gynécologue. Catégorie 3 : Médecine hospitalière. Catégorie 4 : Médecine de la nutrition. Catégorie 5 : Endocrinologie. Catégorie 6 : Soins infirmiers.

## Qu'est ce qui a déclenché le sentiment de stigmatisation ?

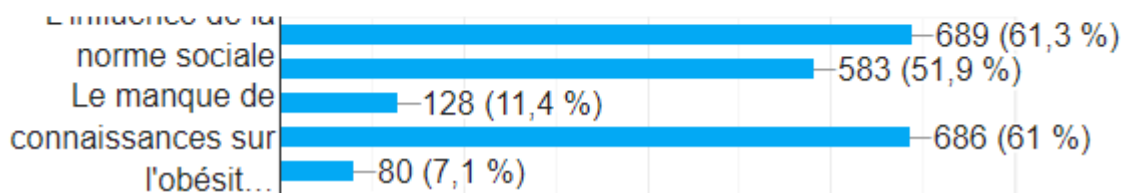
1 075 réponses



Catégorie 1 : Votre motif de consultation a été dénigré. Catégorie 2 : Le soignant vous a fait culpabiliser sur votre poids. Catégorie 3 : Le soignant à manquant d'écoute et d'empathie. Catégorie 4 : Le matériel de soin utilisé était inadapté. Catégorie 5 : Votre poids a été mis en avant comme étant la seule explication à vos problématiques de santé.

## D'après vous, comment ce comportement de la part d'un soignant peut-il s'expliquer ?

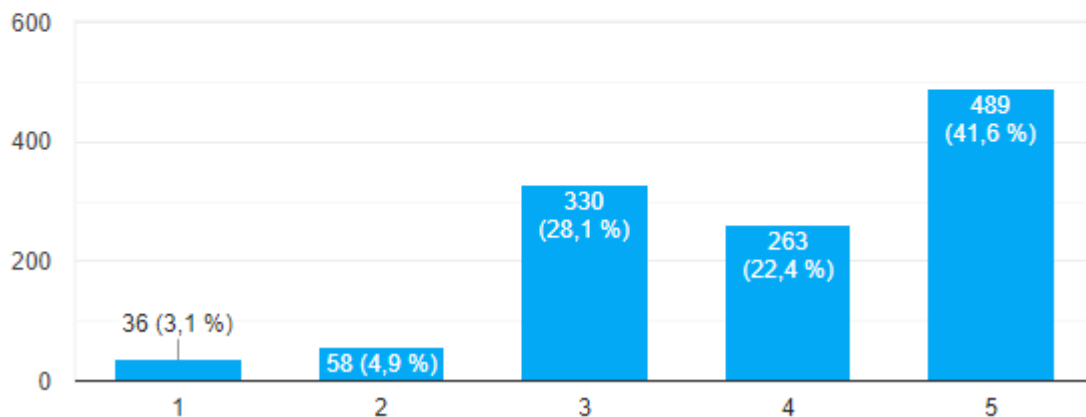
1 124 réponses



Catégorie 1 : L'influence de la norme sociale. Catégorie 2 : L'absence d'empathie lors de la consultation. Catégorie 3 : La volonté de soigner par tous les moyens. Catégorie 4 : Le manque de connaissances sur l'obésité. Catégorie 5 : Je ne sais pas.

## Comment avez-vous vécu l'annonce de votre IMC comme identifiant une situation d'obésité ou de surpoids ?

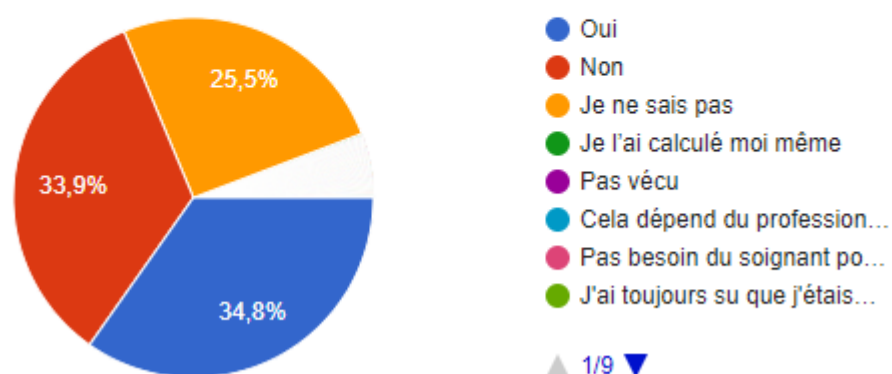
1 176 réponses



Réponses de « Très bien » à « Très mal »

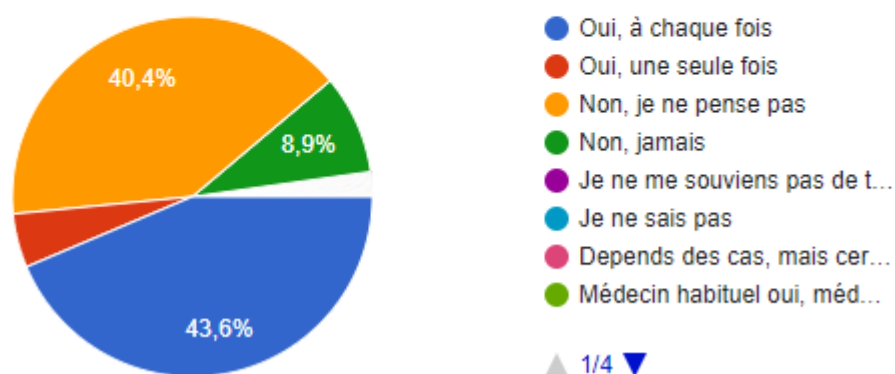
## Selon vous le professionnel de santé a-t-il eu un comportement adapté lors de l'annonce de l'obésité ?

1 176 réponses



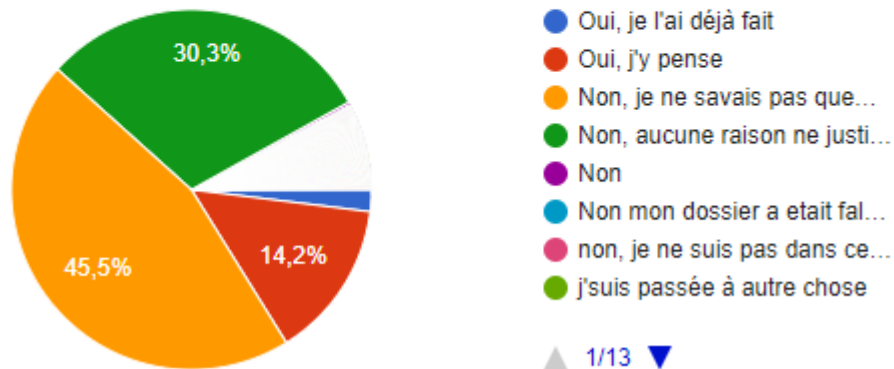
## Le soignant vous a-t-il systématiquement demandé votre consentement avant chaque acte ou traitement médical ?

1 176 réponses



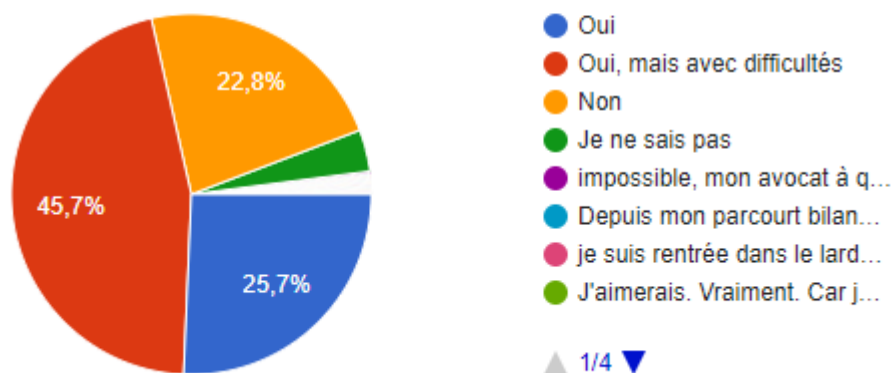
## Avez-vous déjà pensé à dénoncer une consultation problématique à l'ordre des médecins ?

1 176 réponses



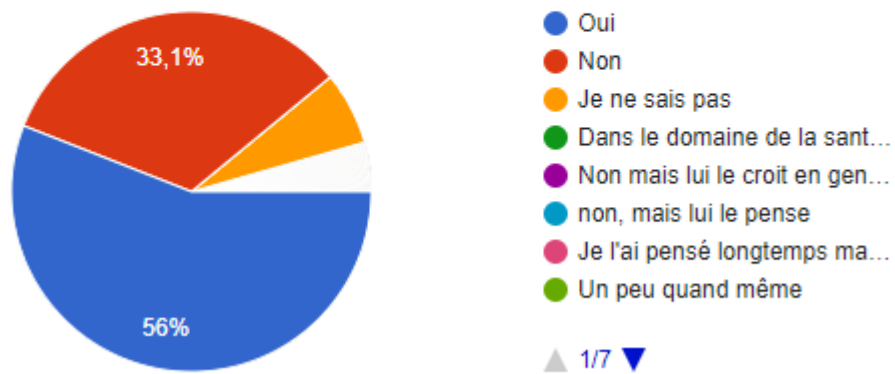
## Pensez-vous pouvoir donner votre avis face à un médecin voire même le contredire ?

1 176 réponses



## Pensez-vous que les connaissances du soignant vous mettent dans une position d'infériorité par rapport à lui ?

1 176 réponses



## Avez-vous déjà entendu parler des différentes chirurgies de l'obésité existantes ?

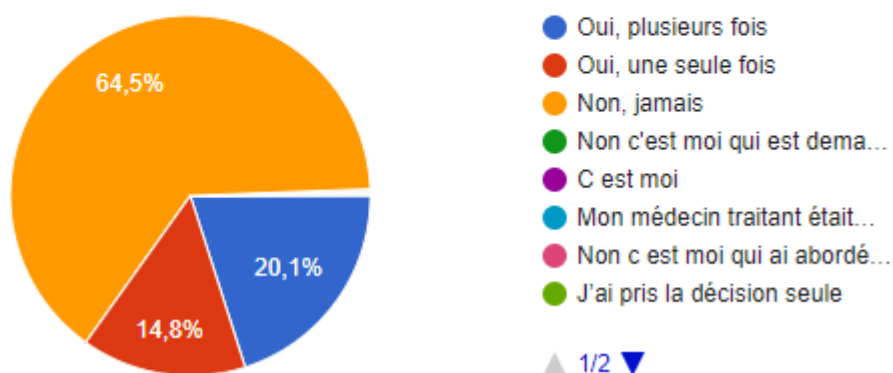
1 176 réponses





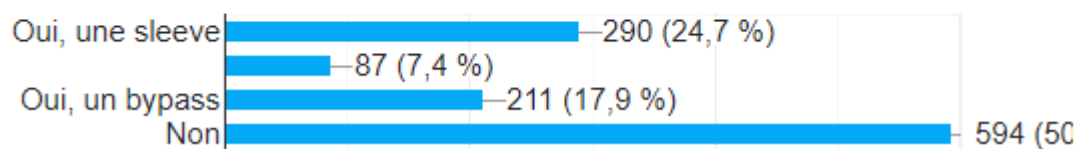
## Un médecin vous a-t-il proposé la chirurgie bariatrique sans que vous ne l'ayez évoqué avant ?

1 176 réponses



## Avez-vous vécu une chirurgie de l'obésité ?

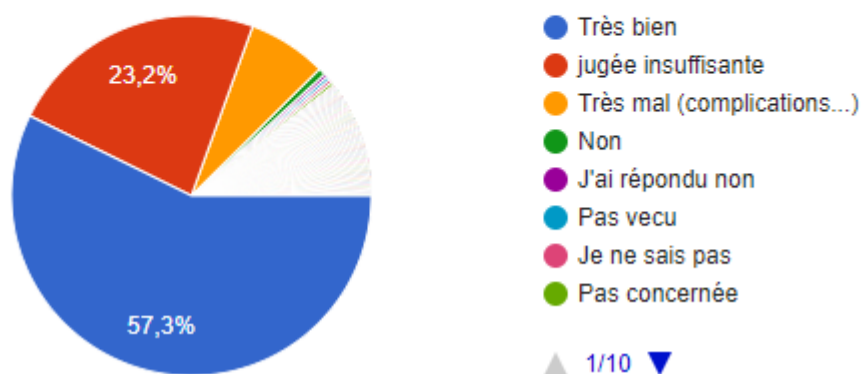
1 176 réponses



Catégorie 1 : Oui, une sleeve. Catégorie 2 : Oui, un anneau gastrique. Catégorie 3 : Oui, un bypass. Catégorie 4 : Non

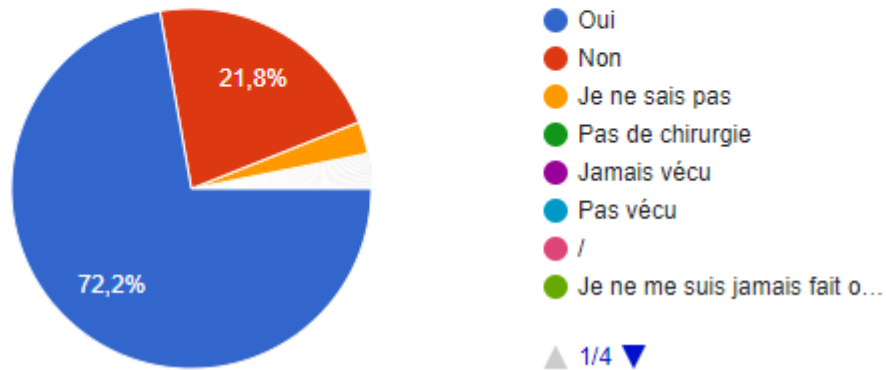
## Si oui, comment avez-vous vécu l'étape de prise en charge post-opératoire ?

637 réponses



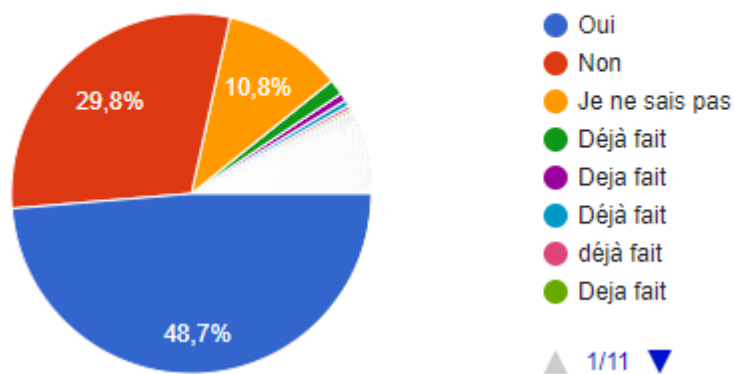
## Un soignant vous a-t-il donné toutes les informations concernant l'opération, les risques et les suivis ?

831 réponses



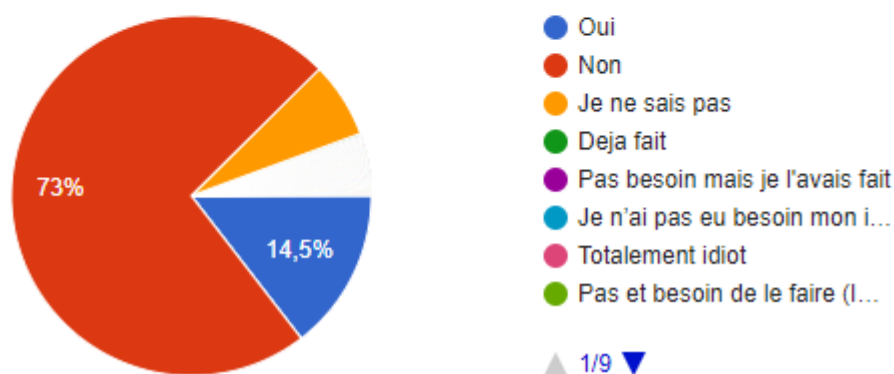
## Pensez-vous avoir recours à la chirurgie pour perdre du poids ?

1 132 réponses



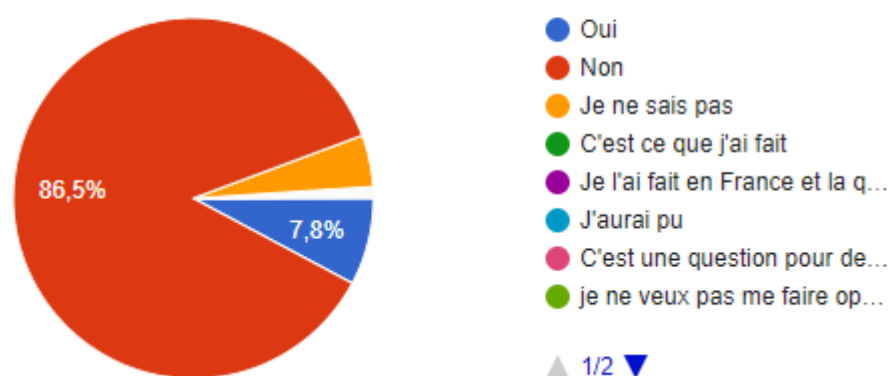
Seriez-vous prêt.e à prendre du poids afin d'entrer dans les critères d'accès à la chirurgie bariatrique en France (IMC supérieur à 40 kg/cm<sup>2</sup> ou bien à 35 kg/cm<sup>2</sup> avec des comorbidités)

1 176 réponses



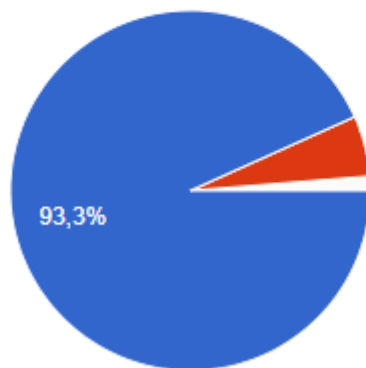
Seriez-vous prêt.e à partir vous faire opérer à l'étranger ?

1 167 réponses



## Vous êtes :

1 176 réponses

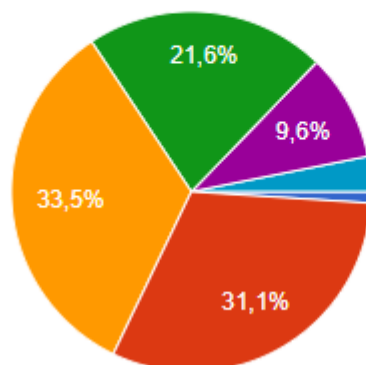


- Une femme
- Un homme
- Non binaire
- non-binaire
- Non binaire
- trans non-binaire
- Non-onaire
- Genre : Maverique

▲ 1/2 ▼

## Quel âge avez-vous ?

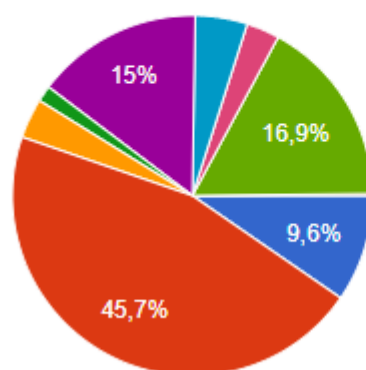
1 176 réponses



- Moins de 20 ans
- Entre 20 et 30 ans
- Entre 30 et 40 ans
- Entre 40 et 50 ans
- Entre 50 et 60 ans
- Plus de 60 ans

## Quelle est votre catégorie socio-professionnel ?

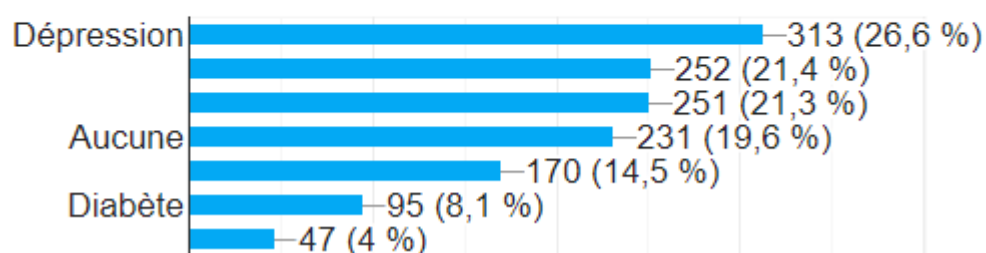
1 176 réponses



- Étudiant.e
- Employé.e
- Ouvrier.e
- Artisan
- Cadre
- Chef d'entreprise
- Retraité.e
- Sans activité professionnelle
- Retraité

## Présentez-vous les pathologies suivantes ?

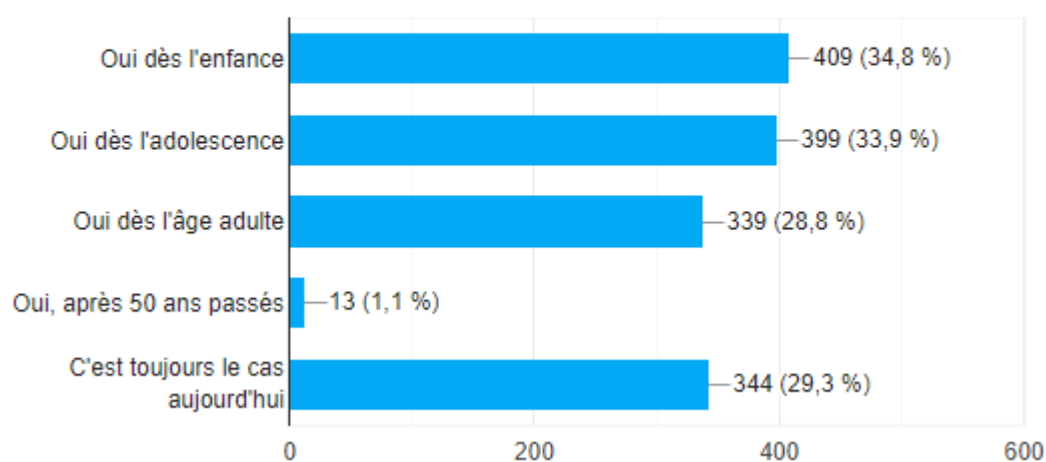
1 176 réponses



Catégorie 1 : Dépression. Catégorie 2 : Maladie artriculaire (arthrose). Catégorie 3 : Syndrome d'apnée du sommeil ou autre maladie respiratoire. Catégorie 4 : Aucune. Catégorie 5 : Hypertension artérielle. Catégorie 6 : Diabète. Catégorie 7 : Problème cardiovasculaire

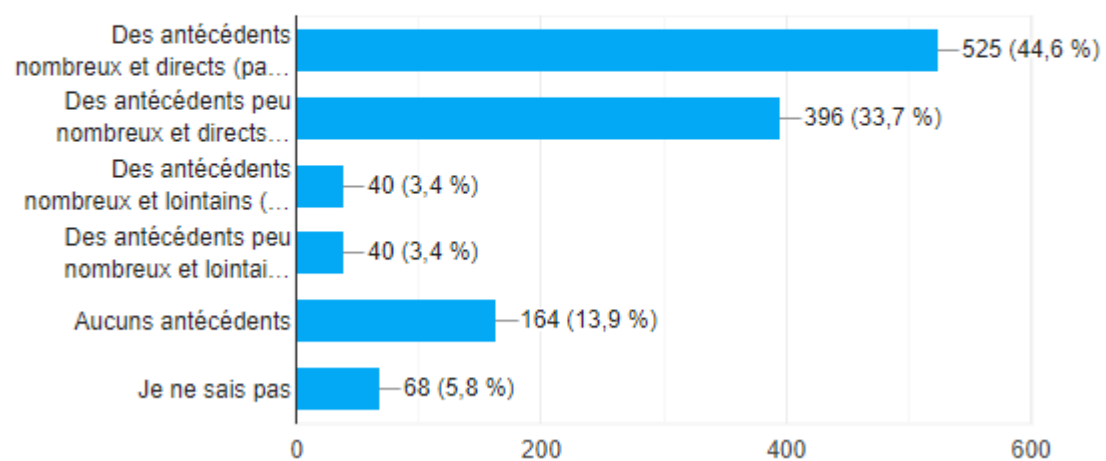
## Avez-vous déjà été atteint d'obésité au cours de votre vie ?

1 176 réponses



## Y a t-il des antécédents d'obésité dans votre famille ?

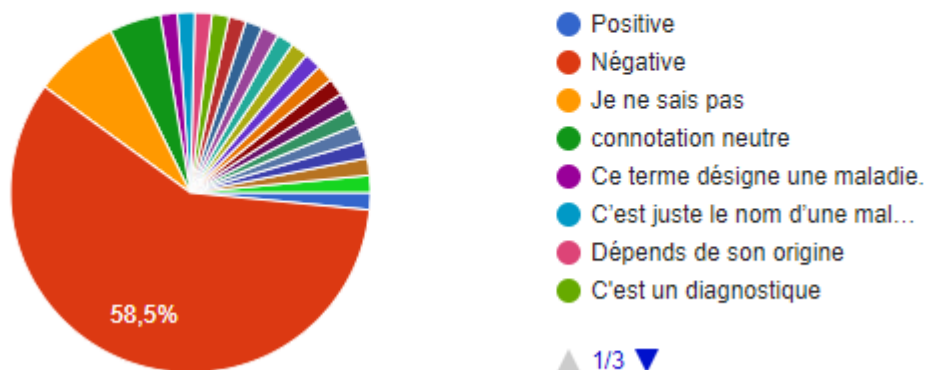
1 176 réponses



# Recueil de données questionnaire soignants

Le mot « obésité » a-t-il une connotation positive ou négative pour vous ?

65 réponses



58,5% des réponses indiquent une connotations négative.

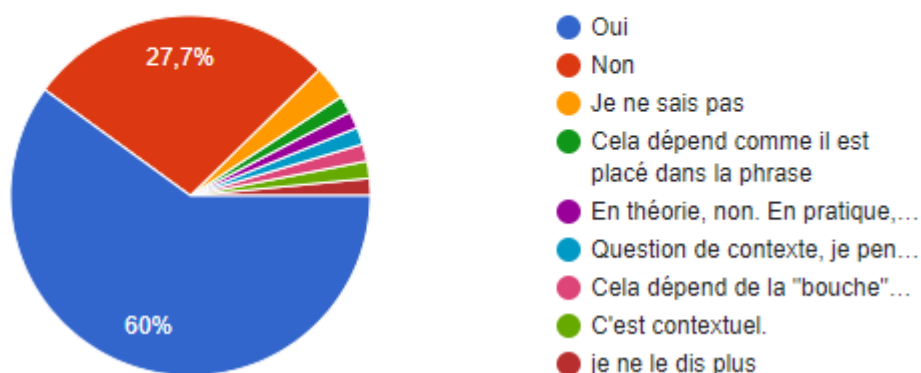
1,5 % positive

7,7% je ne sais pas

17 connotation neutre, dont 11 font le lien de la neutralité car il y a un aspect médical, le diagnostic. 1 négatif car c'est une maladie.

Pensez-vous que le mot « gros/grosse » soit une insulte ?

65 réponses



60% de oui et 27,7% de non.

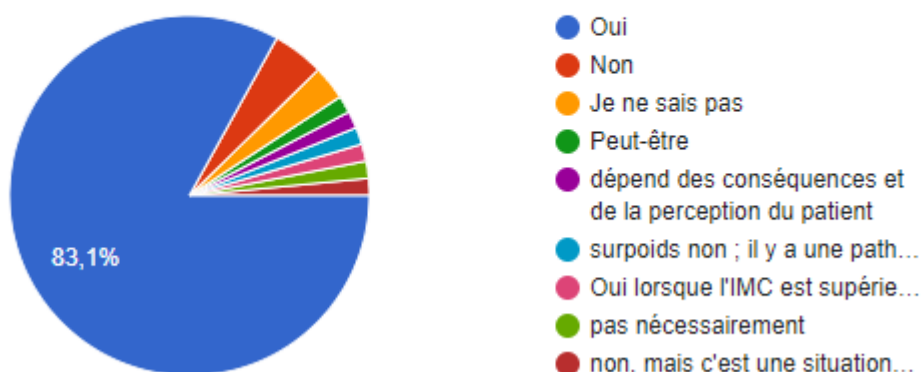
3,1% de je ne sais pas

7,5% indiquent que cela dépend du contexte.

1 (1,5%) personne indique ne plus employer ce mot.

## Pensez-vous que l'obésité soit une maladie ?

65 réponses



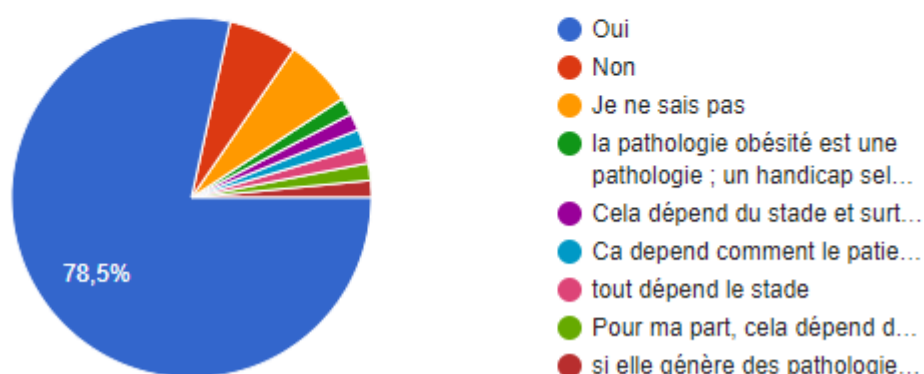
83,1% pensent que oui.

4,6% non

Ambiguïté dans les verbatims : « peut-être », « dépend des conséquences et de la perception des gens », « situation à risque »

## Selon l'OMS, l'obésité devrait être considérée comme une réelle situation de handicap, êtes-vous d'accord avec cette affirmation ?

65 réponses



78,5% de oui.

6,2% non

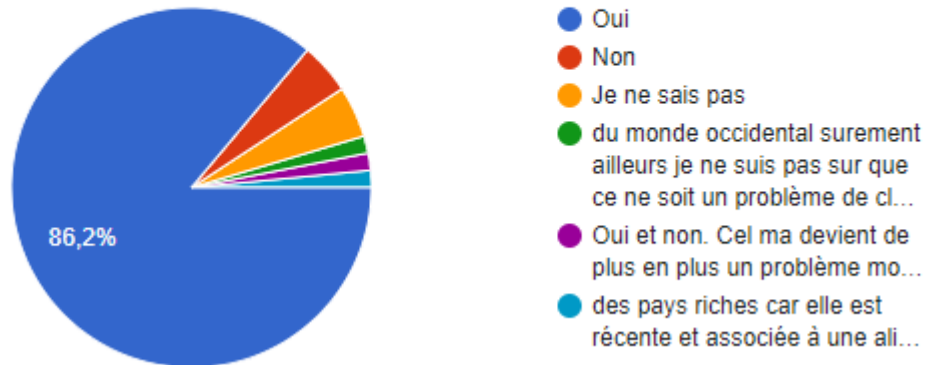
6,2% je ne sais pas

2 qui dépende du stade d'obésité. Et 3 pour qui cela dépend de la perception du patient.



## Selon-vous, est-ce que l'obésité est un problème mondial ?

65 réponses



86,2% oui

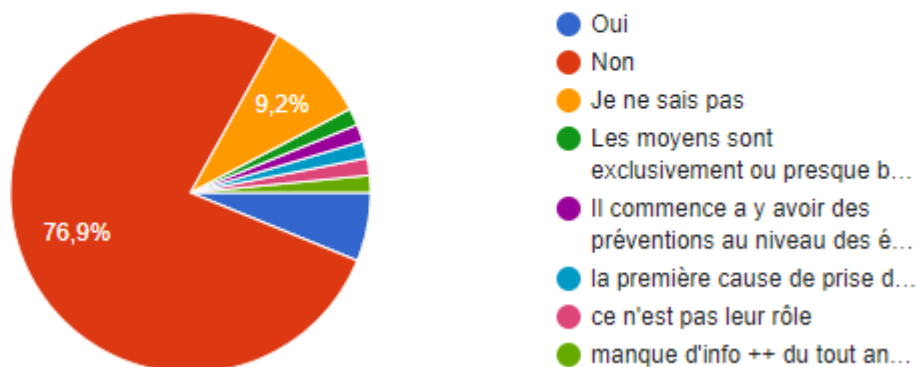
4,6% non

4,6% je ne sais pas

Idee que cela émerge dans un pays riche et dû à une alimentation inadaptée.

## Pensez-vous que les pouvoirs publics proposent une prise en charge suffisante de l'obésité en France ?

65 réponses



76,9% non

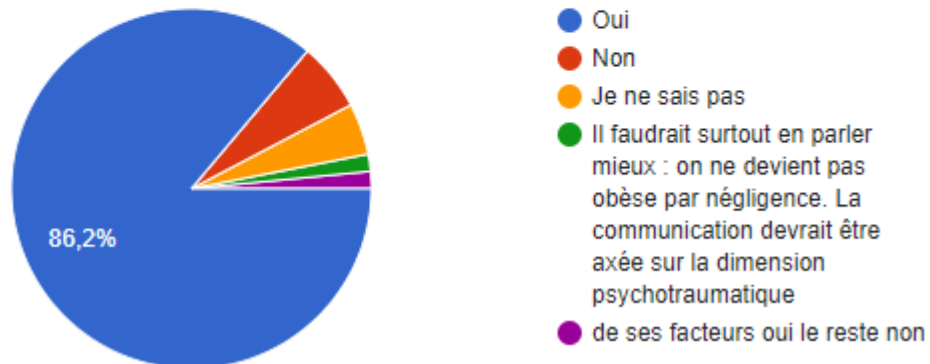
6,2% oui

9,2% je ne sais pas

Réponses libres utilisées dans l'étude : Les moyens sont exclusivement ou presque basés sur des approches mécanistiques (alimentation hypocalorique et activité physique) qui témoigne d'un manque criant de connaissance de la maladie et d'ambition quant à son traitement / Manque d'information, de recul ... Ce n'est pas leur problème.

## D'après vous faudrait-il parler plus souvent de l'obésité, de ses facteurs et conséquences ?

65 réponses



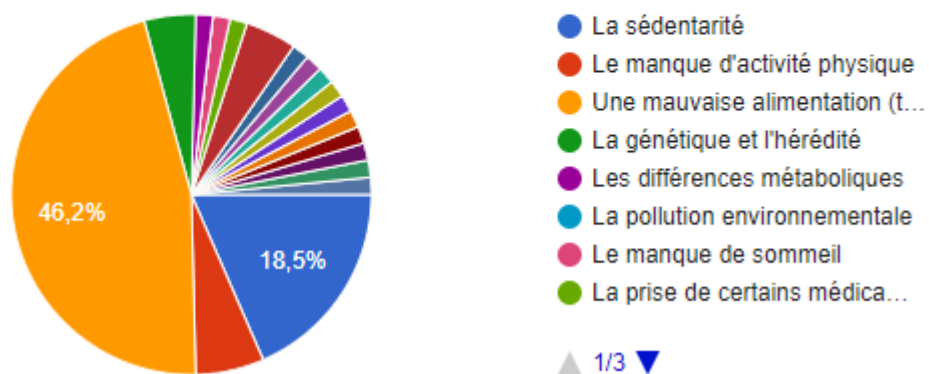
86,2% oui ; 6,2% non ; 4,6% je ne sais pas.

« Il faudrait surtout en parler mieux : on ne devient pas obèse par négligence. La communication devrait être axée sur la dimension psychotraumatique »

« parler de ses facteurs oui le reste non »

## Selon vous quelle est la première cause étiologique de l'obésité en France ?

65 réponses



46,2% une mauvaise alimentation

18,5 % la sédentarité

4,6% la génétique et l'hérédité

4,6 % le stress

1 les différences métaboliques ; le manque de sommeil ; la prise de certains médicaments ; au niveau individuel c'est le régime et au niveau population c'est le supermarché ; Dysrégulation du système de récompense, difficulté à faire face aux émotions, mode de vie sédentaire ; Nos

émotions ; L'éducation ; Manque de repère sensoriels de la régulation alimentaire ; origine génétique.

3 multifactoriel

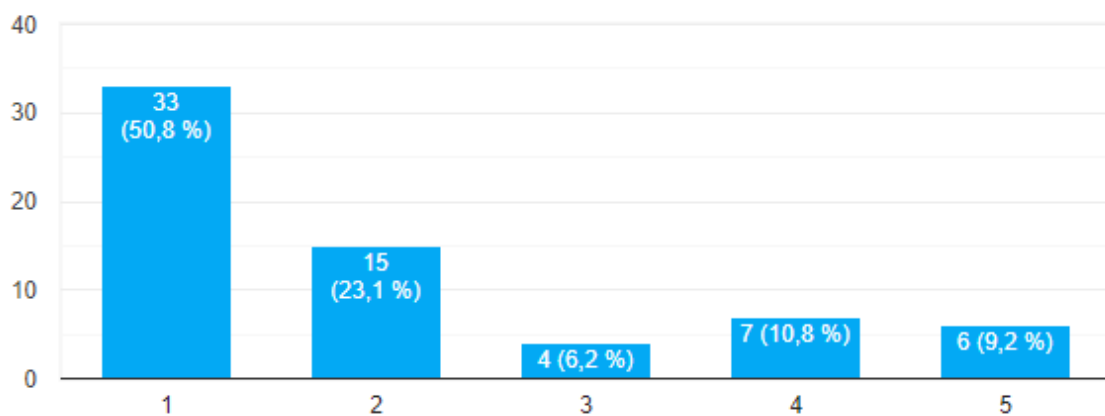
## D'après vous qu'est ce qu'une stigmatisation ?

Préjugé, mise en l'écart, critique d'un comportement, différences, exhortation, insister sur une situation, émettre un jugement et en déduire des conclusion en se basant sur un trait physique par exemple, jugement négatif, anormalité, attitude conditionnée par une méconnaissance d'une situation, volonté de nuire , considérer l'autre comme non méritant, ne pas tenir compte, pensée restrictive, idée reçue, fixé sur quelque chose, mettre une étiquette, catégoriser, jugement de valeur, rendre responsable, rejet, persécution, comportement différents, aller à l'encontre des normes, fixation, caricature, culpabilisation, réduction, se sentir traiter différemment des autres, stéréotype, désigner, rapport à la norme, représentations sociales, amalgame, réduction d'une personne à ses caractéristiques.

Il s'agit d'adopter un comportement ostracisant, dégradant ou maltraitant envers une personne en fonction d'un caractère physique ou psychique, réel ou supposé.

## Pensez-vous qu'un soignant puisse stigmatiser une personne sur son apparence physique ou son poids ?

65 réponses

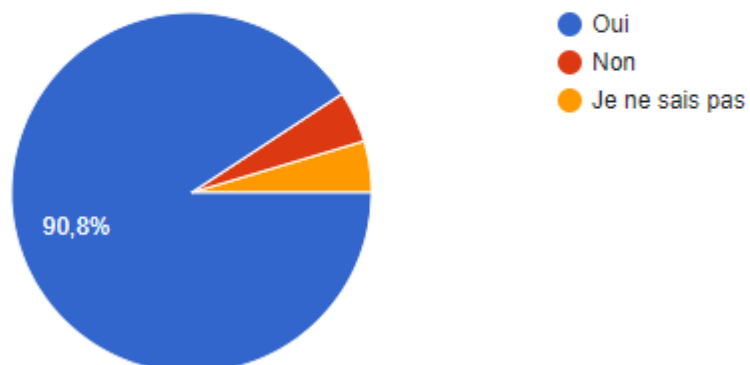


Réponse de « Oui, sûrement » à « Non, jamais »

50,8 % oui, sûrement

## Pensez-vous que des violences médicales existent ?

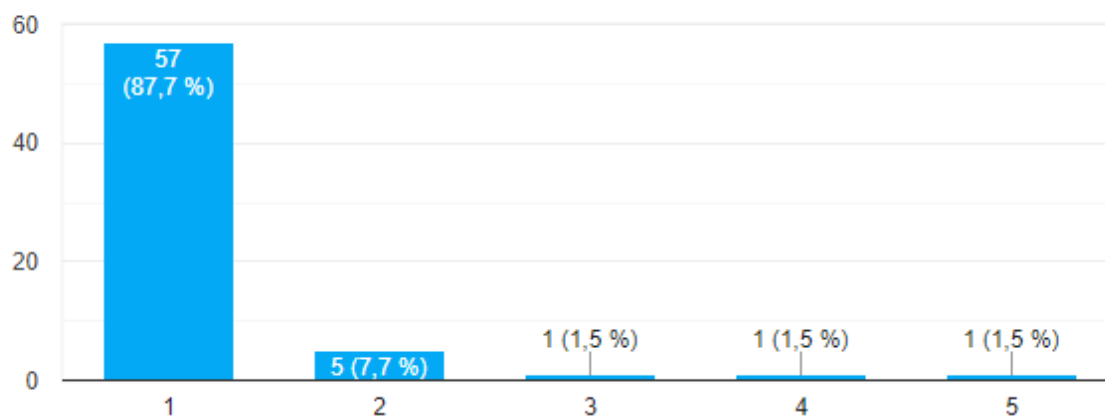
65 réponses



90,8% oui, 4,6% non et 4,6% je ne sais pas

## Pensez vous que le respect de l'intimité soit primordial lors de la consultation médicale ?

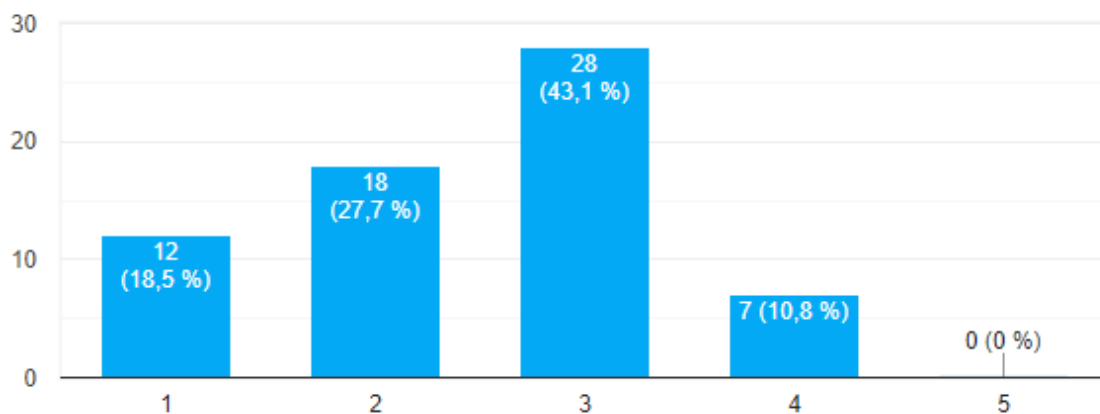
65 réponses



Réponse de « Oui, absolument » à « Non, pas du tout »  
87,7% oui

## Pensez-vous que l'intimité soit respectée lors de la consultation médicale ?

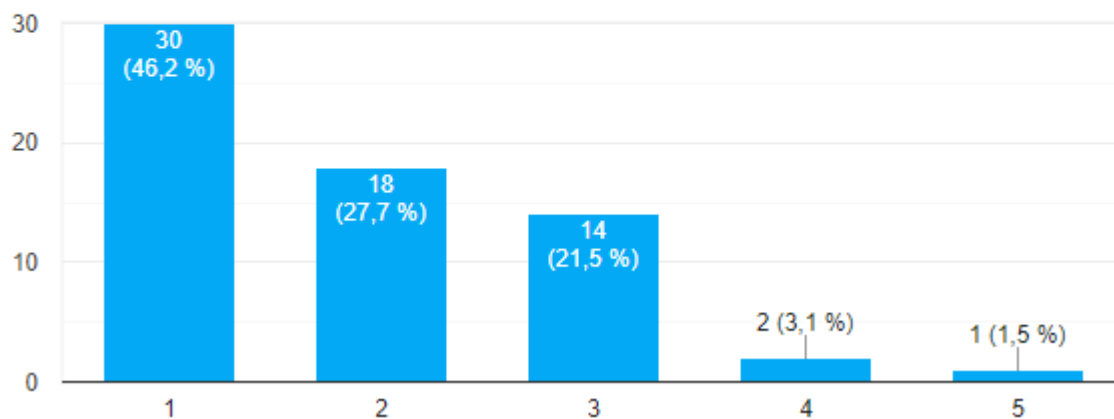
65 réponses



Réponse de « Souvent » à « Jamais »

## Pensez-vous qu'une mauvaise prise en charge ou écoute médicale puisse accentuer la prise de poids ?

65 réponses



Réponse de « Oui, sûrement » à « Non, pas du tout »

46,2% oui, sûrement ; 27,7% ½

## Pensez-vous que la stigmatisation d'une personne sur son corps et/ou poids puisse accentuer la prise de poids ?

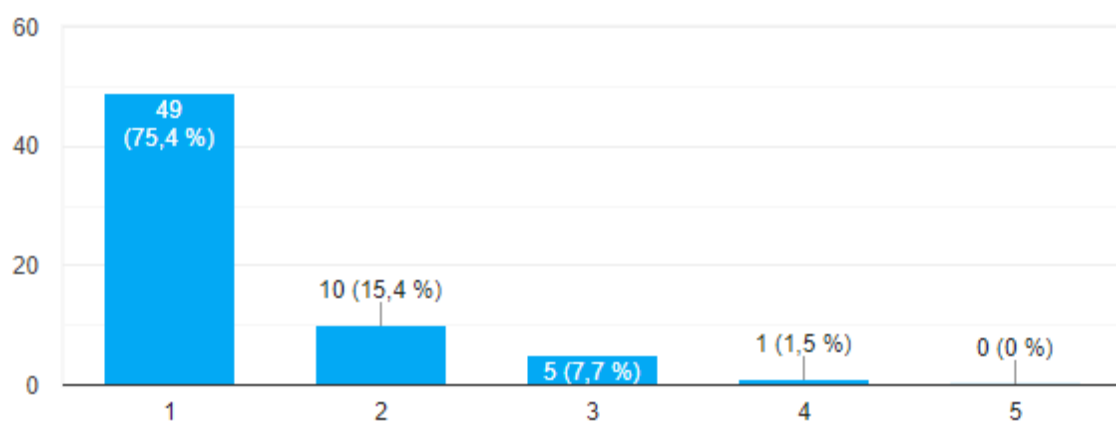
65 réponses



90,8% oui, 1,5% personne non, 4,6% non  
précision : oui par renforcement négatif, « enfermer la personne dans un comportement »

## Pensez-vous que l'empathie puisse être bénéfique dans la relation de soins ?

65 réponses



Réponse de « Oui, absolument » à « Non, pas du tout »  
75,4% oui

Pensez-vous que la création du mot « grossophobie » (qui désigne la stigmatisation et la discrimination des personnes atteintes de surpoids ou d'obésités) soit utile voire nécessaire ?

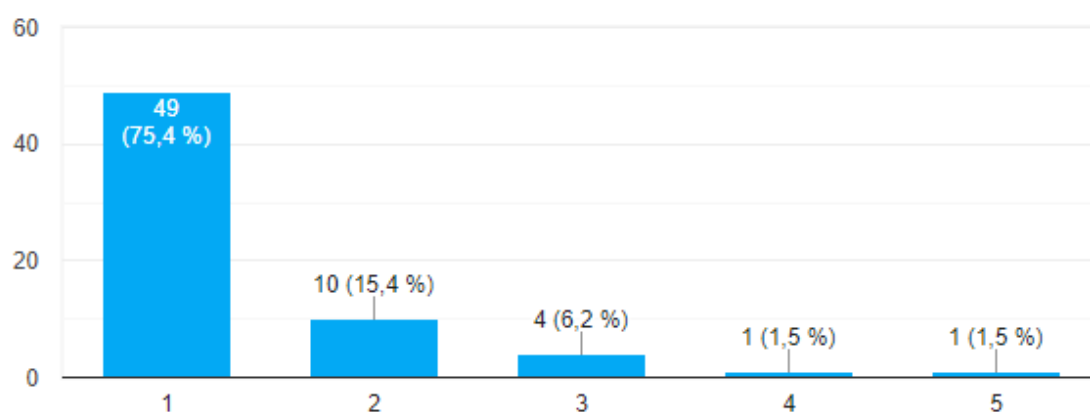
65 réponses



36,9% oui, 33,8% je ne sais pas, 26,2% non,  
Aide à prendre conscience, essentiel de nommer pour les victimes

Selon-vous, est-il important de dénoncer la discrimination des personnes atteintes d'obésité ?

65 réponses

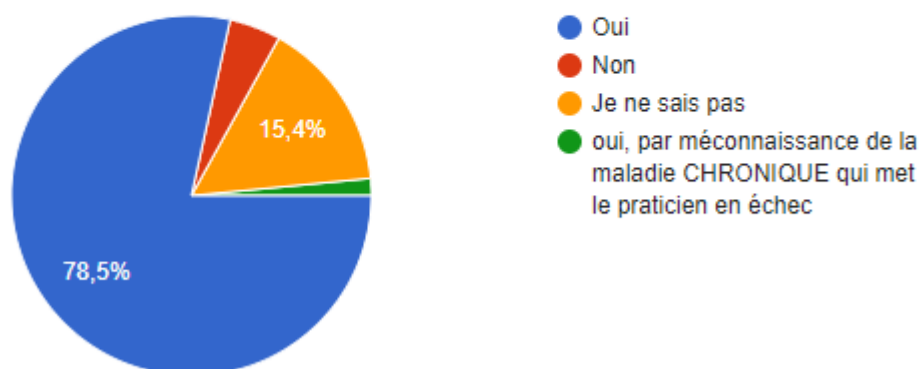


Réponse de « Oui, absolument » à « Non, pas du tout »

75,4% oui, absolument ; 15,4% 2/5

## D'après vous, la situation de « grossophobie médicale » existe-t-elle aujourd'hui en France ?

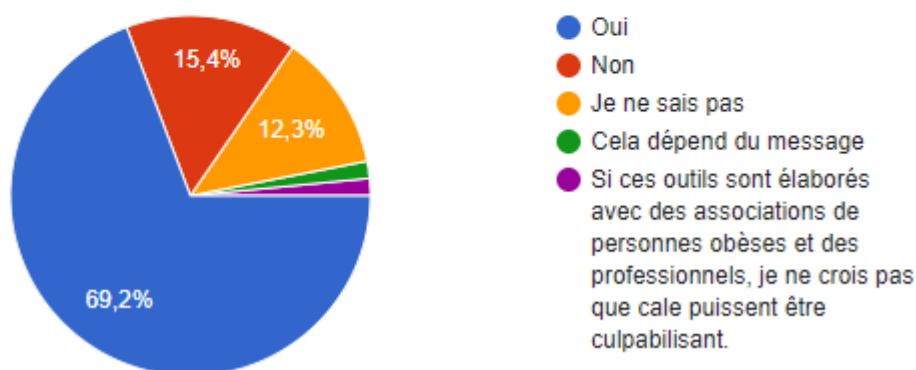
65 réponses



78,5% oui ; 15,4% je ne sais pas ; 4,6% non

## Pensez-vous que la prévention (messages publicitaires, spots, affiches) puisse être culpabilisante pour certaines personnes ?

65 réponses

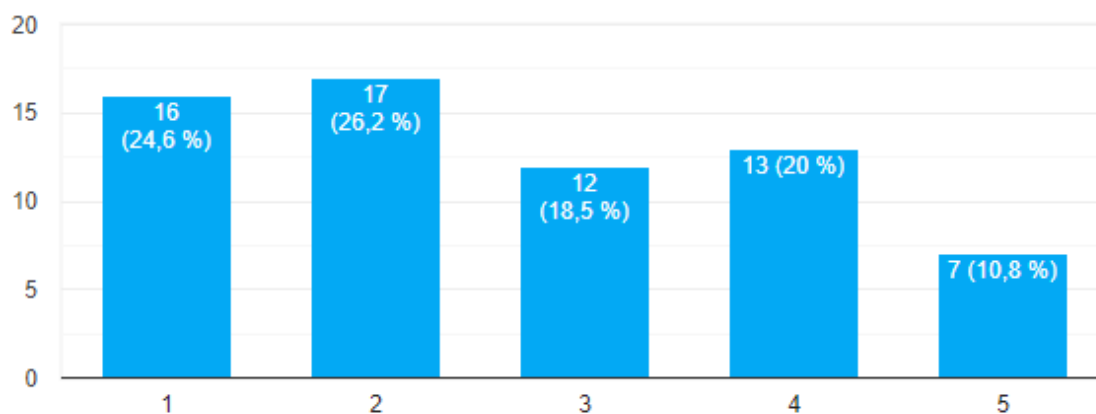


69,2 % oui ; 15,4 % non ; 12,3 % je ne sais pas, 1 ça dépend du message, non si ce sont les personnes concernées qui les élaborent.



## Avez-vous reçu des enseignements sur l'obésité au cours de votre formation ?

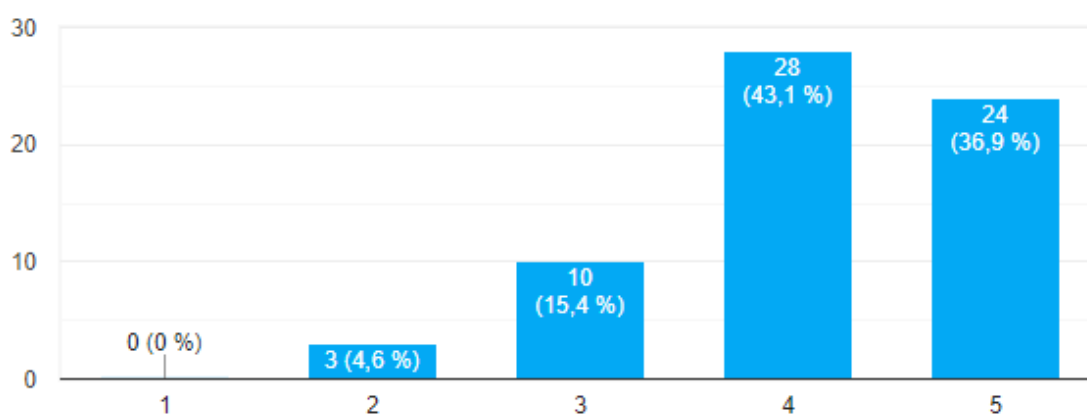
65 réponses



Réponses de « Oui, beaucoup » à « Non, pas du tout »  
24,6% ; 26,2% ; 18,5% ; 20% ; 10,8%

## Pensez-vous que la formation des soignants sur la question de l'obésité et de la prise en charge soit suffisante actuellement en France ?

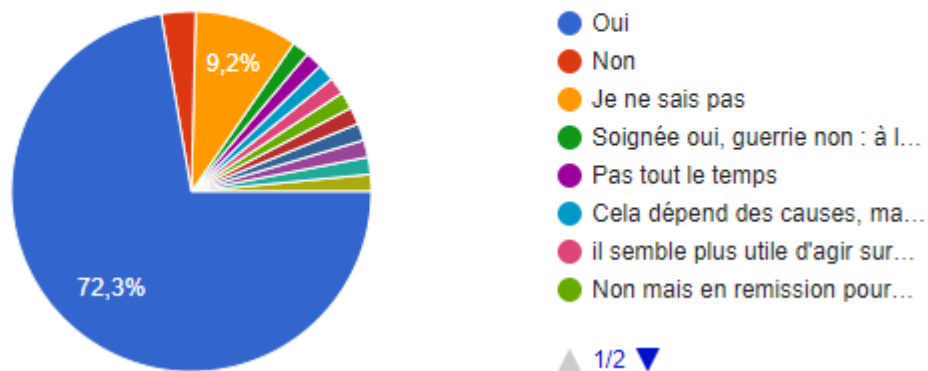
65 réponses



Réponses de « Oui, beaucoup » à « Non, pas du tout »  
0 ; 4,6% ; 15,4% ; 43,1% ; 36,9%

## Pensez-vous que l'obésité puisse être soignée ?

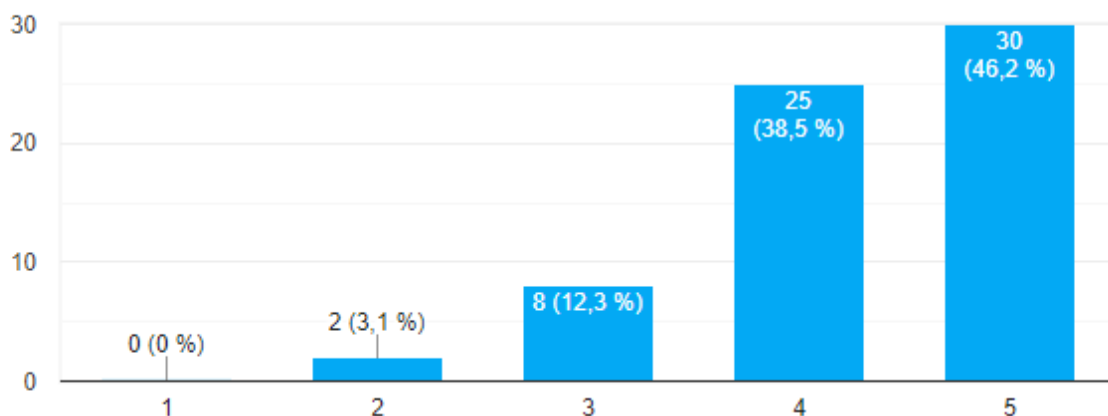
65 réponses



72,3% oui, 9,2% je ne sais pas, 3,1 % non,  
Importance d'agir sur les causes  
Pas sur le long terme  
Réduire les comorbidités  
Rémission  
Soigner = oui. Guérir = non  
Maladie chronique, manque de recul...

## Pensez-vous que l'obésité soit une pathologie facile à prendre en charge pour un.e soignant.e ?

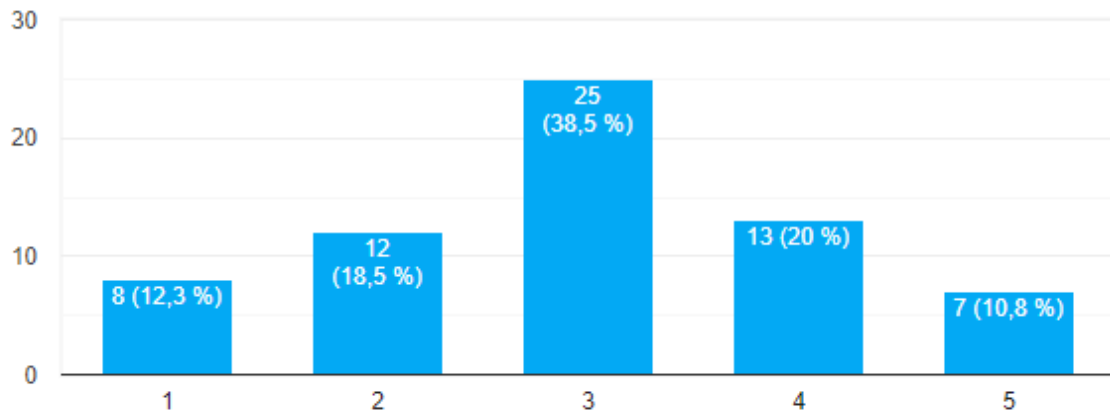
65 réponses



Réponses de « Oui, sûrement » à « Non, pas du tout »  
0 ; 3,1% ; 12,3% ; 38,5% ; 46,2 %

Pensez-vous que le poids/ la corpulence d'un.e patient.e soit un sujet facile à aborder lors d'une consultation ?

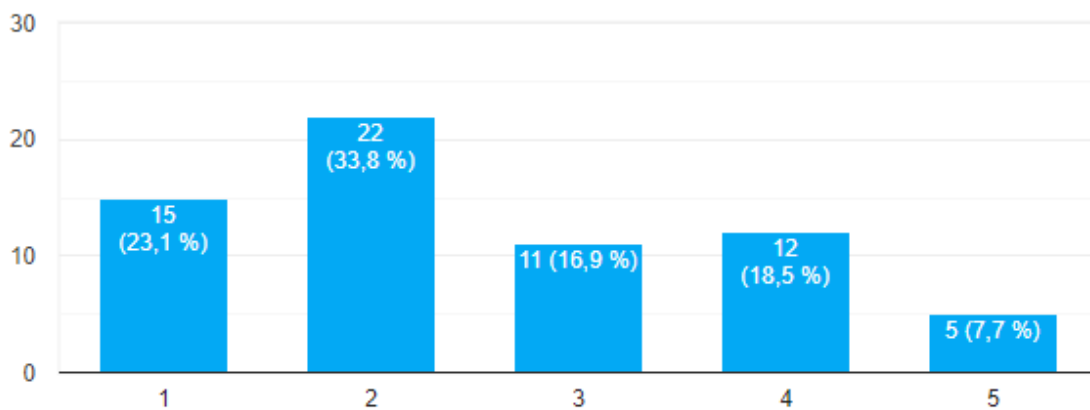
65 réponses



Réponses de « Oui, sûrement » à « Non, pas du tout »  
12,3% ; 18,5% ; 38,5% ; 20% ; 10,8%

Face à un.e patient.e atteint.e d'obésité, vous sentez-vous le devoir de lui parler des risques que son état pourrait engendrer pour sa santé ?

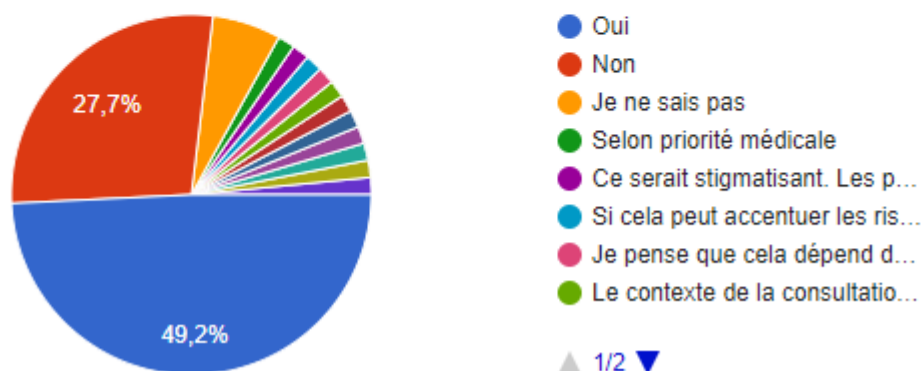
65 réponses



Réponses de « Oui, sûrement » à « Non, pas du tout »  
23,1% ; 33,8% ; 16,9% ; 18,5% ; 7,7%

Pensez-vous qu'il existe un devoir de le.la soignant.e à évoquer l'état de surcharge pondérale de le.la patient.e même si celui-ci ne l'évoque pas ou consulte pour une toute autre raison ?

65 réponses



49,2% oui

27,7% non

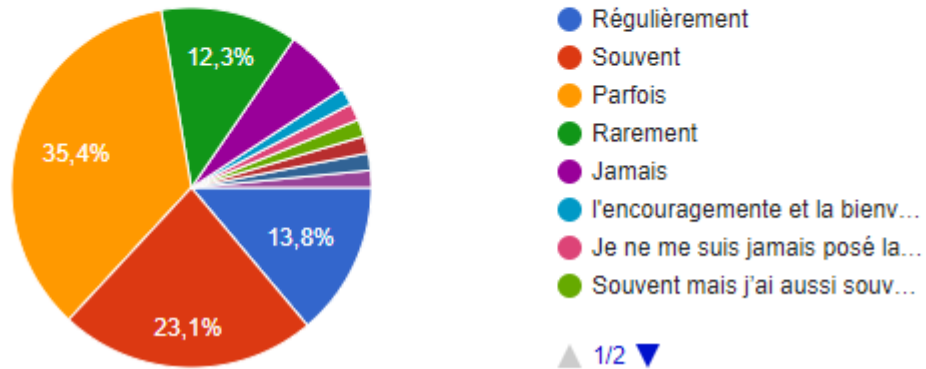
6,2% je ne sais pas

Réponses libres : Selon priorité médicale, risque d'être stigmatisant car la personne le sait déjà, cela peut accentuer les risques, dépend du contexte/ de la situation x3, Oui si l'on a des solutions concrètes à proposer, s'il y a une réaction à la pesée

Réponses libres utilisées dans l'étude : Je pense que cela dépend du soignant. En tant que rééducation, je pense que c'est de mon devoir lorsque l'obésité peut être un frein à la rééducation. Dans le cas contraire, cela ne me regarde pas et je n'ai pas à l'évoquer si la personne ne le fait pas. / Le mot "devoir" est gênant, Oui, il faut évoquer la situation, mais il faut y mettre la manière. Peut-être un peu comme une annonce de pathologie grave. Pas entre deux portes à la fin de la consultation, vite fait, mal fait

## Au vu de l'inexistence de traitements médicaux pour lutter contre l'obésité, avez-vous déjà ressenti une frustration professionnelle face à la question de l'obésité ?

65 réponses

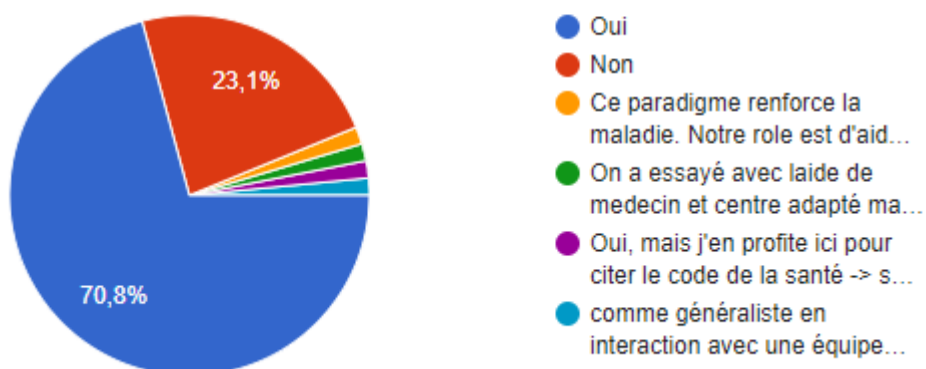


35,4% Parfois  
 23,1 % Souvent  
 13,8% Régulièrement  
 12,3% Rarement  
 6,2% Jamais

Réponses libres utilisées dans l'étude : Encouragement et bienveillance envers le patient et soi-même évite la frustration / Souvent mais j'ai aussi souvent eu beaucoup de satisfaction à rassurer et déculpabiliser les gens et à tenter de les réconcilier avec l'image qu'ils ont d'eux / Utilisation de thérapies comportementales et cognitives encore peu connues / Frustration et de l'incompréhension parfois face à tout ce que l'obésité implique / L'obésité est une médecine de la patience, riche par les relations humaines trop souvent envolées dans notre monde à grande vitesse.mais il est parfois compliqué d'avancer, d'où l'intérêt d'un travail d'équipe.

## Vous sentez-vous apte à accompagner un patient dans sa perte de poids ?

65 réponses



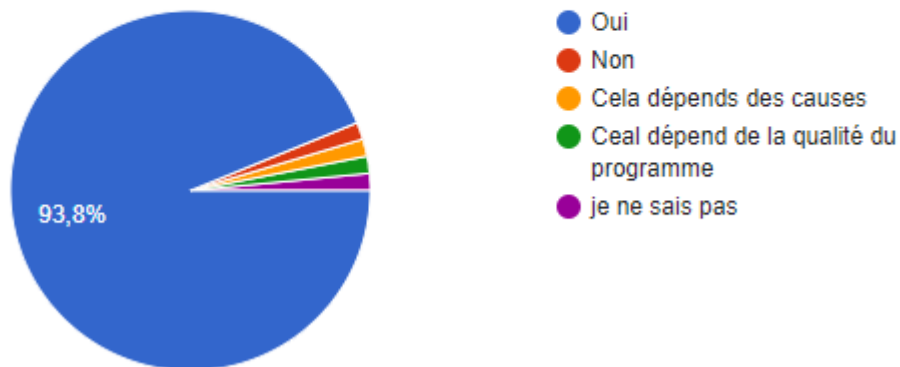
70,8% Oui

23,1% Non

Réponses libre utilisées dans l'étude : Ce paradigme renforce la maladie. Notre rôle est d'aider ces personnes à prendre davantage soin d'elle. La perte de poids étant impossible dans 90% des cas, il est urgent de changer de paradigme. Vouloir faire perdre du poids à tout prix à une personne obèse reviendrait à ne s'intéresser qu'à vouloir stopper une diarrhée chez une personne ayant une TIA : cela reviendrait à vouloir traiter uniquement un symptôme et non le syndrome / Oui, mais j'en profite ici pour citer le code de la santé -> seuls les médecins et les diététiciens sont habilités à cela normalement / Importance de l'équipe pluridisciplinaire

## Pensez-vous que l'éducation thérapeutique puisse être bénéfique dans la prise en charge de l'obésité ?

65 réponses



93,8% Oui

1,5% Non

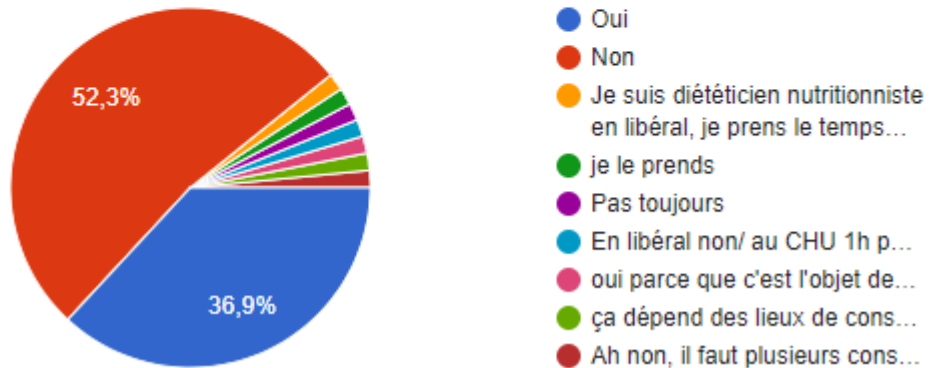
1,5% Cela dépend des causes

1,5% Cela dépend de la qualité du programme

1,5% je ne sais pas

## Selon vous, le temps qui vous est alloué pour chaque consultation est-il suffisant pour instaurer un dialogue sur l'obésité et une prise en charge adéquate du patient ?

65 réponses



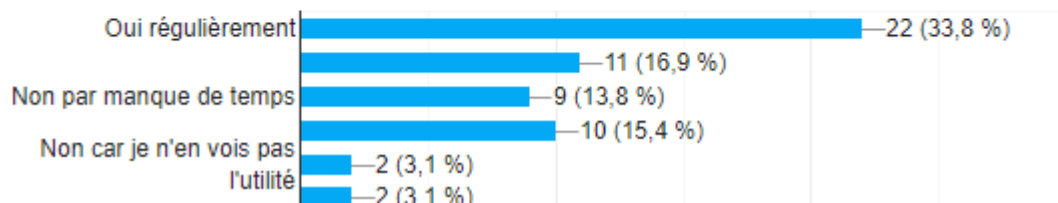
52,3% Non

36,9% Oui

En libéral possibilité de prendre le temps qu'il faut. Pb de temps à l'hôpital.

## Proposez-vous des consultations dédiées à la prise en charge de l'obésité à vos patients ?

65 réponses



33,8 % Oui régulièrement

16,9 % Oui, pour certains patients uniquement

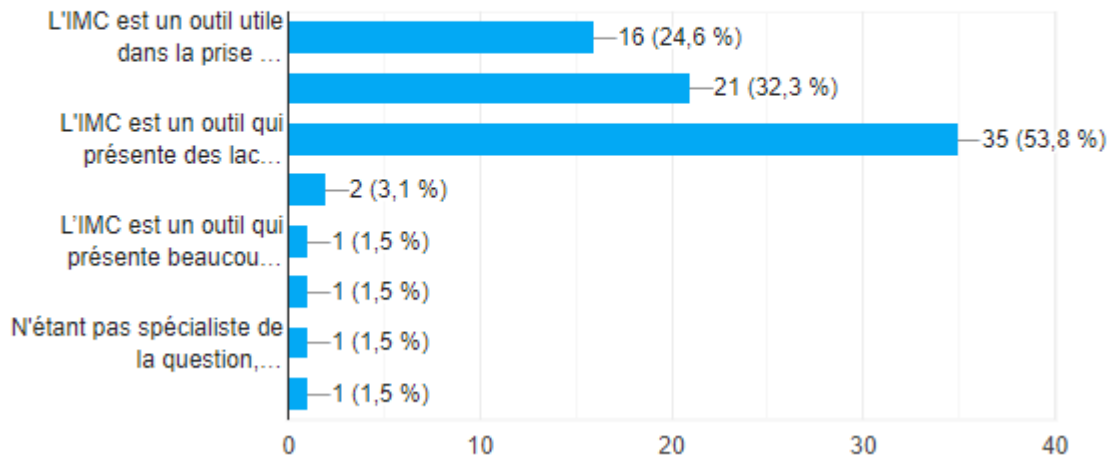
13,8% non par manque de temps

15,4% Non par manque de moyens

3 sur demande des patients

## Que pensez-vous de l'IMC (indice de masse corporelle) ?

65 réponses



53,8% c'est un outil qui présente des lacunes

32,3% l'IMC n'est qu'un simple indice influencé par certaines variables

24,6% l'IMC est un outil utile dans la prise en charge de l'obésité

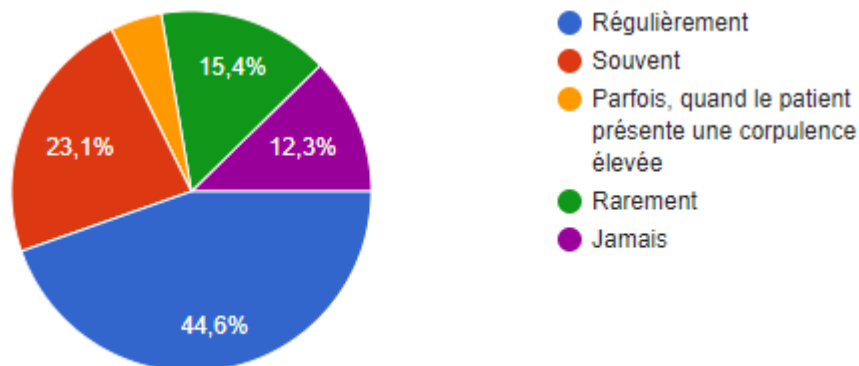
3,1% c'est un premier indicateur, 1 ne dit rien en terme de "qualité"

Plutôt échelle d'Edmonton ??

1 réponse : l'IMC présente beaucoup de lacunes et stigmatise énormément

## Lors de vos consultations, effectuez-vous systématiquement la pesée de tous vos patients comme le recommande la Haute Autorité de Santé ?

65 réponses



44,6% Régulièrement

23,1% Souvent

15,4% Rarement

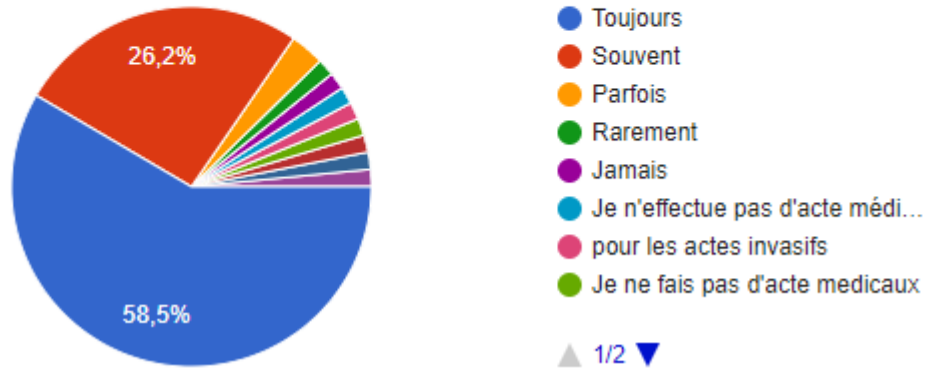
12,3% Jamais

4,6% Parfois, quand le patient présente une corpulence élevé.



## Demandez-vous le consentement de vos patients avant d'effectuer tout acte médical ?

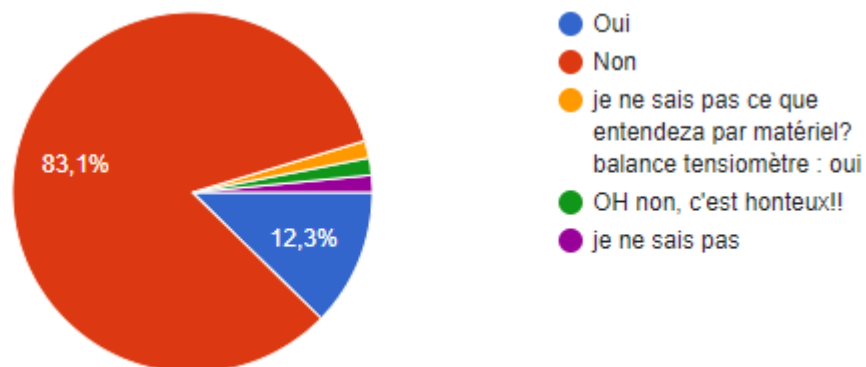
65 réponses



58,5% Toujours  
26,2% Souvent  
3,1% Parfois  
1,5% pour les actes invasifs  
3 expliquent avant

## Pensez-vous qu'il ait suffisamment de matériels de soins adaptés à la prise en charge de l'obésité dans les milieux médicaux français ?

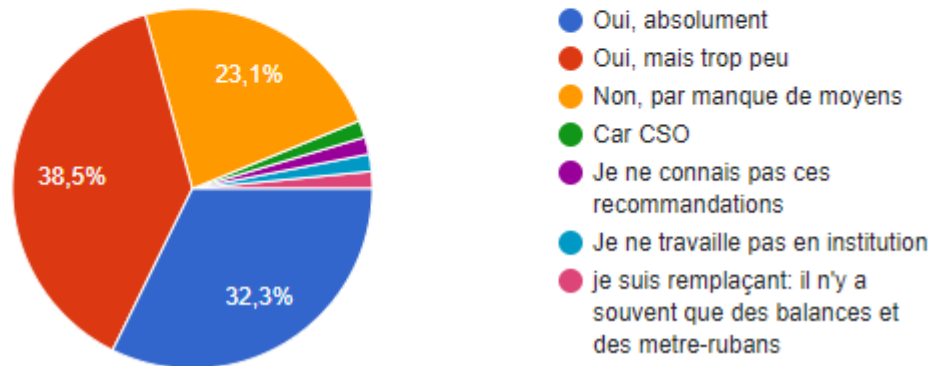
65 réponses



83,1% Non  
12,3% Oui

## Votre lieu d'exercice est-il équipé de matériel adapté aux personnes obèses comme le recommande la Haute Autorité de Santé ?

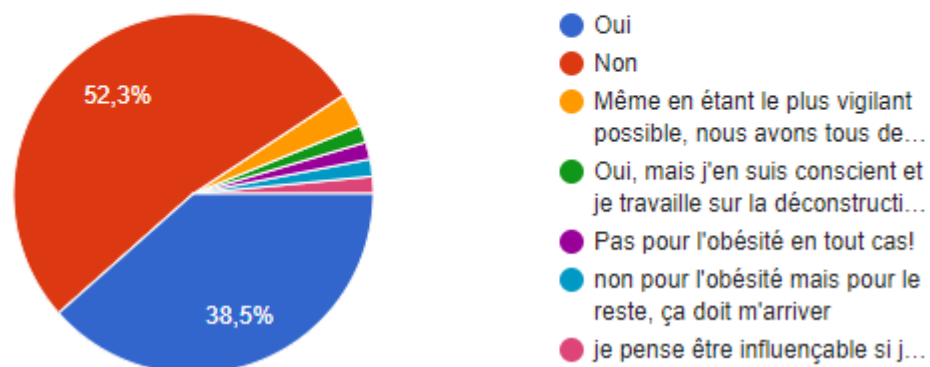
65 réponses



38,5% Oui, mais trop peu  
32,3% Oui, absolument  
23,1% Non, par manque de moyens

## Pensez-vous que votre jugement professionnel puisse être affecté par les normes sociales ?

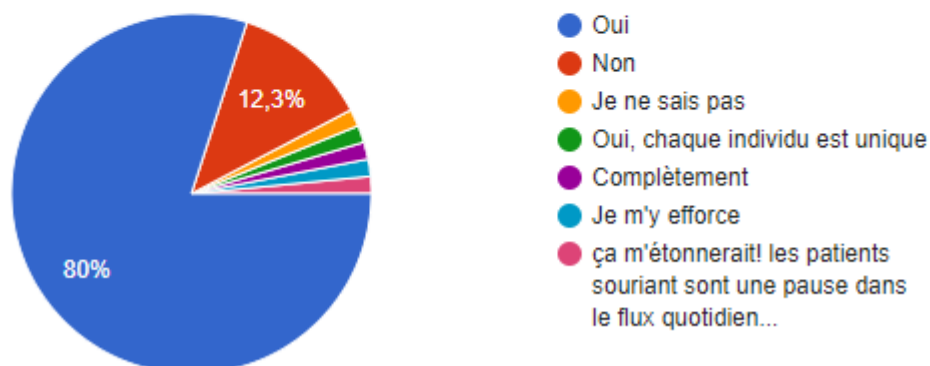
65 réponses



52,3% Non  
38,5% Oui  
4,5% ne pensent pas mais essaient d'y faire attention quand même

## Pensez-vous parvenir à considérer chaque patient de manière égale malgré des différences physiques apparentes ?

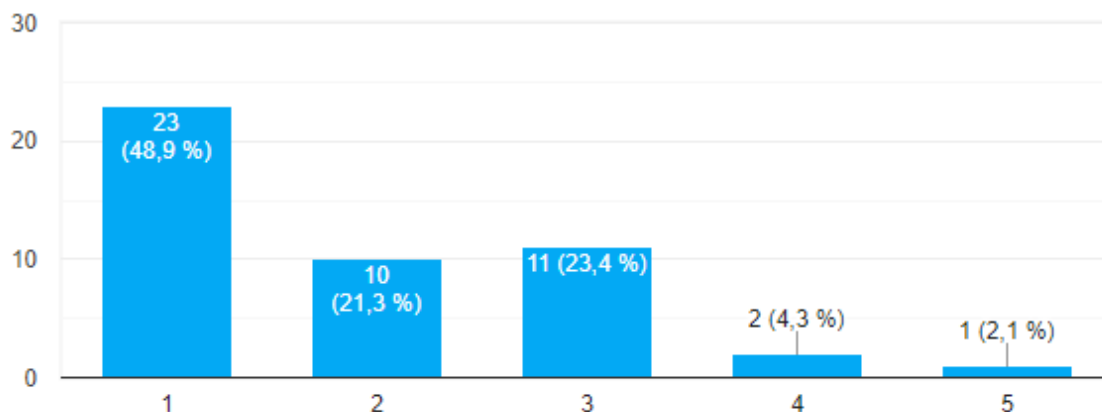
65 réponses



80% Oui  
 12,3% Non  
 4,5% s'y efforcent

## Pensez-vous prendre le temps d'informer correctement le patient sur l'opération et ses risques ?

47 réponses



Réponse de « Oui, absolument » à « Non pas du tout »  
 48,9% ; 21,3% ; 23,4% ; 4,3% ; 2,1 % (SEULEMENT 47 RÉPONSES)

Quelles sont les questions que les patients vous posent le plus souvent ? (SEULEMENT 36 RÉPONSES)

Les différentes stratégies, le temps attendre pour chirurgie x3, éligibilité à la chirurgie, réversibilité x3, l'impact des transformations physiques, comment et combien perte poids x6, les risques x5, douleur x4,

## Quelles questions êtes-vous surpris de voir être peu posées par les patients ? (36 RÉPONSES)

modifications et impact sur le long terme/ suivi post-op x12(malabsorption médicament, nécessité du suivi

Que les conséquences psychologiques ne soient pas au premier plan.

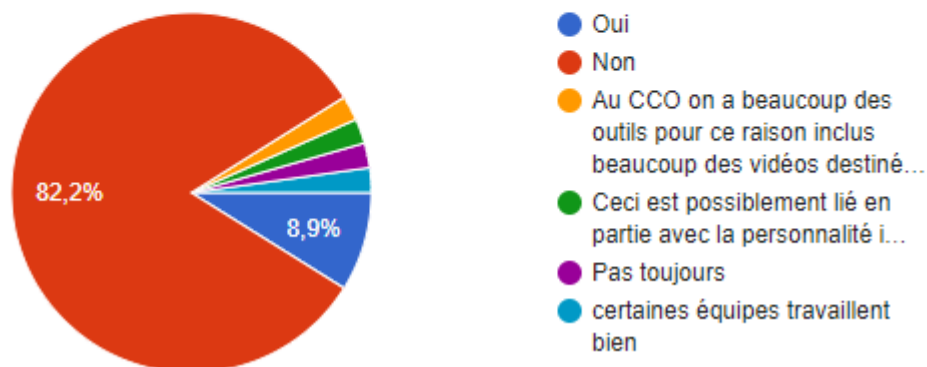
Quelles sont les risques de l'obésité

Conséquences opération.

Le peu de prise en compte de l'entourage et de l'environnement

## Pensez-vous que tous les patients qui subissent cette opération soient conscients des conséquences ainsi que des risques opératoires et post-opératoires ?

45 réponses



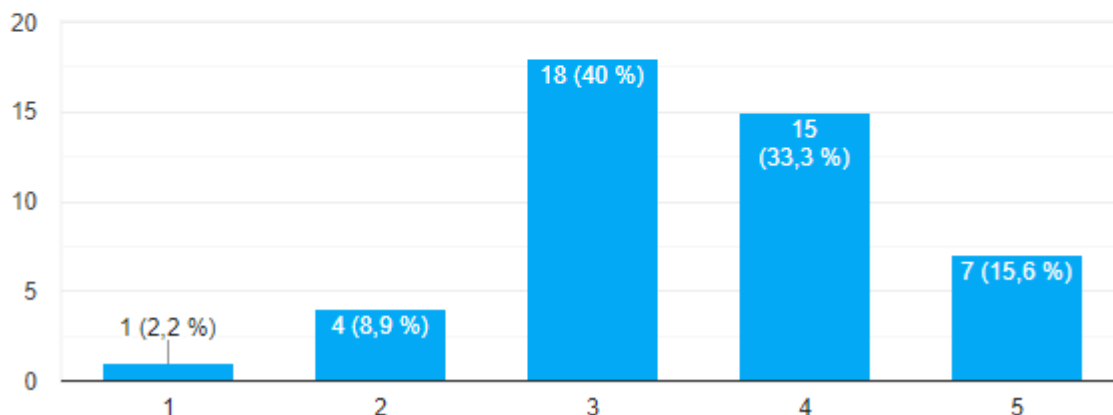
82,2% Non

8,9% Oui

Réponse libre utilisé dans l'étude : Ceci est possiblement lié en partie avec la personnalité impulsive retrouvée chez les obèses plus qu'en population non obèse

## Pensez-vous que tous les patients qui subissent cette opération soient conscients des conséquences ainsi que des risques opératoires et post-opératoires ?

45 réponses

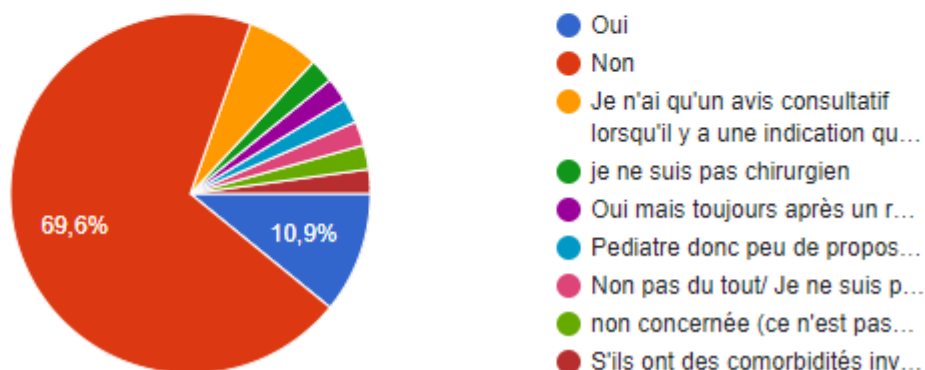


Réponses de « Oui, absolument » à « Non, pas du tout »

2,2% oui, absolument ; 40% moyennement ; 33,3% plutôt non ; 15,6% non pas du tout

## Proposez-vous systématiquement la chirurgie bariatrique aux patients qui remplissent les critères d'accès à l'opération ?

46 réponses



69,6% Non

10,9% Oui

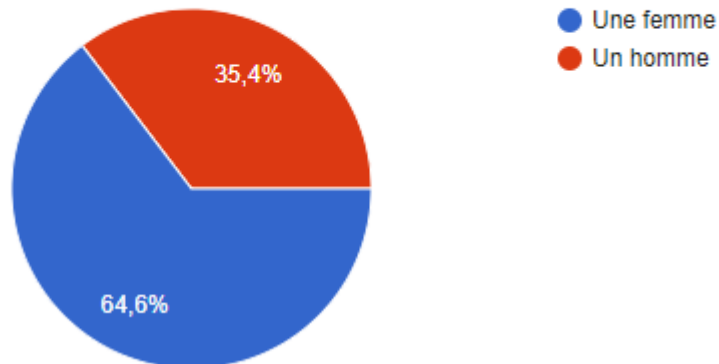
2 attentions à la situation du patient.

Réponses libres utilisées dans l'étude : S'ils ont des comorbidités invalidantes ou une obésité sévère / Non pas du tout/ Je ne suis pas tout a fait en phase avec l'idée du seul traitement efficace, certains sujets sont "fragiles" malgré les apparences et même si les critères sont remplis, l'expérience prouve parfois et malheureusement que l'opération était une erreur au moment ou elle a été faite

## PARTICIPANTS :

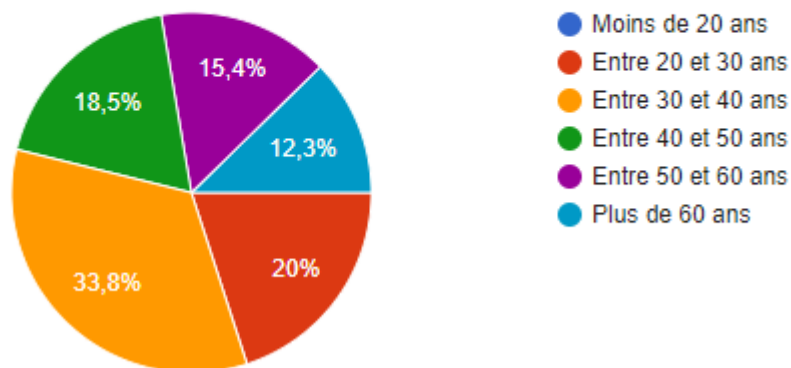
### Vous êtes :

65 réponses



### Quel âge avez-vous ?

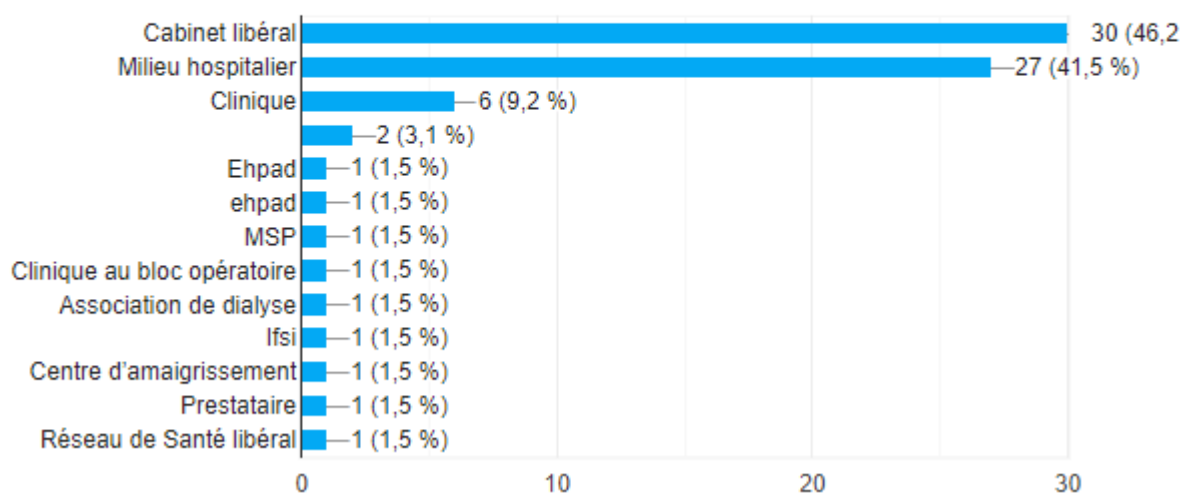
65 réponses



Profession : 18 diététiciens.nes ; 15 médecins généralistes ; 8 infirmiers.es ; 4 chirurgiens.nes, 3 étudiants.es, 2 médecins gynécologues ; 1 médecin endocrinologue ; 2 aides soignants.es ; 1 psychiatre ; 1 DESC nutrition, 1 pédiatre endocrinologue , 1 médecin psychiatre, 1 pneumologue somnologue , 1 sage-femme, 1 ergothérapeute, 1 psychologue, 1 Psychanalyste, 1 psychiatre addictologue

## Dans quel milieu exercez-vous ?

65 réponses



46,2% en cabinet libéral, 41,5% en milieu hospitalier, 9,2% clinique, 3% EHPAD, 1,5% association de dialyse, 1,5% Ifsi, 1,5% centre amaigrissement.

## Témoignages

Même dans la seconde moitié des années 2010, même dans un pays figurant parmi les dix plus riches nations du monde et dont le système d'assurance maladie est généralement considéré comme enviable (la France), même dans une zone qui n'a rien d'un désert médical (Toulouse), si on est obèse, on peut mourir de grossophobie médicale. Ici et maintenant. Ce texte explique comment cela a bien failli m'arriver, et comment, aujourd'hui encore, c'est moi, la victime, qui en paye les pots cassés. Parce que malgré une condition physique dont on sait qu'elle réduit considérablement l'espérance de vie, la discrimination et les maltraitances d'une partie du personnel médical peuvent, parfois, tuer encore plus vite.

Je tiens également à préciser que même si je n'ai aucune intention de cacher la colère que je ressens vis-à-vis d'une partie de la profession médicale, je n'ai pas davantage celle de la condamner dans son ensemble. Je pourrais évoquer les raisons suivantes : j'ai des amis médecins, j'ai grandi dans un milieu qui en comptait beaucoup et j'ai pu, il y a quelques années, travailler dans le milieu médical. Cependant, c'est surtout parce j'ai pu constater l'abnégation et les efforts de quelques-uns dès qu'il s'agit de sauver des vies ou d'apaiser les souffrances et que j'ai une sincère admiration pour certains soignants. C'est aussi parce que je comprends qu'il est de plus en plus difficile de soigner dans un système hospitalier où les moyens se font rares. En fait, je comprends même, pour en avoir parlé avec des professionnels de santé, les difficultés accrues par la manipulation d'un corps obèse. Mais ce n'est pas ce dont il est question ici. Ce n'est pas l'histoire d'un manque de compétences ni d'un manque de moyens dans un hôpital public au bord de l'asphyxie. C'est, dans mon expérience en tout cas, dans des cliniques appartenant à des groupes internationaux extrêmement rentables comme il en existe un certain nombre en France (Capio, Ramsay, etc.). Ce n'est pas non plus l'histoire d'un corps qu'il n'a pas été possible de déplacer. C'est certes mon histoire, c'est-à-dire celle d'un homme que certains n'ont pas su respecter et traiter humainement, mais si on veut pouvoir changer les choses, c'est surtout l'histoire de soignants qui ont oublié ce à quoi ils s'étaient engagés en devenant médecins. Leur serment comprend le passage suivant : « Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. » Il se termine également par les mots suivants : « Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. » Dont acte ! Parce que quand on parle de grossophobie médicale, comme lorsque l'on parle de nombreuses autres discriminations, on ne



parle pas juste de quelque chose d'abstrait et de désincarné. On ne parle pas forcément d'erreurs médicales non plus. On parle surtout de maltraitances faites par du personnel qualifié et assermenté sur des personnes en état de vulnérabilité. Selon la conclusion du serment du Conseil de l'Ordre des médecins, on parle de soignants sans honneur et méprisables, et du système qui les couvre et les récompense pour cela.

Pour essayer de ne pas trop me disperser, je vais essayer de traiter tout ce que nous avons évoqué au téléphone (ainsi que quelques événements arrivés depuis), en trois temps successifs. Il s'agira d'abord d'évoquer les problèmes de grossophobie médicale ordinaire les plus courants, puis de parler d'un incroyable dérapage qui aurait pu me coûter la vie, et enfin des séquelles que cela a provoquées et qui me l'ont bien compliquée.

### **Grossophobie médicale ordinaire**

Commençons, donc, par la grossophobie médicale ordinaire. C'est de loin ce dont on parle le plus quand on évoque ces questions et j'imagine que tu as déjà pas mal de témoignages à ce sujet. Dans mon expérience aussi, ce sont sans doute les problèmes les plus courants, mais, s'ils sont réellement très pénibles pour les personnes concernées, ils ont du mal à frapper l'imagination. Il faut bien reconnaître qu'ils ne sont pas évidents à mettre en avant, et que si l'on n'a pas pris le temps d'y réfléchir, ou que l'on n'y a pas été directement confronté, on peut facilement être tenté de les justifier. Le plus souvent, cela fait par une logique économique spéieuse ou par une culpabilisation des victimes. Ainsi, presque à chaque fois que j'ai vu des témoignages partagés sur le sujet, à l'exception sans doute de ceux des représentantes de l'association Gras politique, il s'agissait d'interventions télévisées sur des émissions de faible audience où une femme obèse tentait tant bien que mal d'expliquer les problèmes qu'elle rencontrait, le plus souvent avec son généraliste. Et les réactions, du moins pour celles qui n'étaient pas des insultes pures et simples, étaient presque toutes les mêmes : des railleries face à ce qui était perçu uniquement comme de la coquetterie, voire de l'hubris, d'une femme moche qui n'acceptait pas qu'on la considère comme telle. Parfois, il arrivait aussi que ce soit perçu comme un « problème de riche », principalement par des personnes se revendiquant de valeurs de gauche, mais n'ayant apparemment aucune notion de la façon dont l'obésité est répartie entre les différentes catégories sociales.

Pour toutes ces raisons, il me semble effectivement intéressant d'en parler, et de ne pas se limiter à ce qui pourrait être abusivement perçu comme des questions de fierté mal placée.

## **Diagnostic et priorités des médecins lors des consultations ou examens**

Pour moi, le premier problème est celui du diagnostic et des priorités des médecins lors des consultations ou examens. Dans mon expérience, c'est un problème qui se produit sans cesse. Ce retour semble également partagé parmi les autres obèses dont j'ai pu accéder aux témoignages. Pour faire simple, ce sont tous les cas où le soignant ne voit plus que l'obésité et ne cherche qu'à traiter ce mal-là. Je ne fais vraiment pas partie des gens qui pensent que l'obésité n'est pas quelque chose de grave, et je peux comprendre qu'une telle condition soit difficile à ignorer par quelqu'un qui a fait sienne la mission de lutter contre la maladie ou par un chirurgien qui sait à quel point cela va compliquer une opération. Toutefois, si on excepte le médecin de famille qui s'occupait de moi enfant et celui que je consulte actuellement, je n'ai connu que des généralistes qui passaient plus de temps à me parler de mon poids que de la raison pour laquelle je venais les voir. Je me souviens par exemple de l'une d'entre elles, qui lors d'une consultation n'avait même pas pris la peine de regarder les résultats des examens qu'elle m'avait fait faire (j'ai dû lui rappeler à la fin de la consultation) tant elle était occupée à me vanter les mérites de la chirurgie bariatrique. Pire encore, il est arrivé que j'aie droit à ce traitement alors que je n'étais pas le patient de la consultation, mais que j'accompagnais uniquement ma femme, qui n'est pas en surpoids, et que ce soit donc son propre problème qui soit ainsi ignoré pendant l'essentiel de la consultation !

Là encore, il me semble évident que même si ces répétitions constantes agacent les personnes obèses, le médecin est dans son rôle : il essaie de s'assurer que les patients comprennent bien qu'ils se mettent en danger et de les aider. Évidemment, on peut revenir sur la façon dont c'est fait. Souvent, on a en effet l'impression que le soignant prend le patient pour un idiot ou qu'il croit que la personne qui l'a en face de lui ignore quelque chose que la société lui rabâche tous les jours, en permanence. On peut même évoquer certains effets contre-productifs, mais cela ne change pas forcément que le fait que le soignant est dans son rôle. Par contre, c'est un problème quand il perd de vue sa mission de soignant et ne la mène pas à bien. C'est notamment le cas quand l'examen n'est pas fait avec soin, ou s'il se concentre sur une seule et unique piste, ce qui accroît largement les erreurs de diagnostic. À une époque, je disais sur le ton de la plaisanterie que si mon généraliste passait les trois quarts de la séance à me parler de mon poids et pas de la raison pour laquelle je venais le voir, il ne devrait être payé qu'un quart du tarif de la consultation. Mais, c'est se tromper de problème. Le risque n'est pas celui de perdre du temps ou de payer plus. Le risque est de repartir sans avoir été soigné, ou en n'étant pas soigné pour la bonne raison, et tout ce que cette erreur peut entraîner. Dans la seconde partie de ce

témoignage, je donnerai un exemple récent et personnel d'une telle erreur et ce qu'elle a failli générer.

De la même façon, et c'est sans doute un corollaire du point précédent, le soignant n'est plus dans son rôle quand, par exemple, il ne prend même pas la peine de cacher sa déception lorsque certaines comorbidités n'apparaissent pas. D'expérience, la première fois que l'on voit un médecin exprimer sa déception que vous ne soyez pas diabétique, on part du principe que l'on a dû mal interpréter. Quand ce phénomène se reproduit plusieurs fois auprès de plusieurs professionnels, on commence à sérieusement se demander quelle est la priorité : la santé du patient, que les errances alimentaires soient « punies », ou simplement d'avoir raison.

### **Problèmes de matériel**

Le second problème le plus courant de mon point de vue est celui du manque de matériel. Là encore, je n'ai pas de doute sur le fait que celui-ci a dû être évoqué dans de multiples témoignages, mais c'est critique. Je laisse chacun décider de s'il trouve ces manques acceptables ou pas, mais il y a de quoi rester perplexe quand, même chez des spécialistes du surpoids, on se retrouve à ne pas pouvoir utiliser de tensiomètre à sa taille, à devoir s'asseoir sur des chaises fragiles et dont les accoudoirs vous empêchent de le faire autrement que du bout des fesses ou, plus ridicule encore, pas de balance qui pèse les patients au-delà de 130 kg. Comment peut-on espérer obtenir un diagnostic fiable quand on ne dispose pas de ces simples outils de mesure indispensables pour faire un examen clinique général, même chez des spécialistes ? Pourquoi, chez ces professionnels de l'obésité, nous, les obèses, n'avons pas accès au même niveau de soins que quelqu'un qui n'en souffre pas ? Est-ce que ce ne devrait pas être justement l'endroit même où devrait être traité (au moins) aussi bien ? Je ne sais pas à quel point cette situation est répandue. Le manque de tensiomètres et de balances adaptés semble être la norme chez les généralistes, et je l'ai rencontré aussi chez la plupart des nutritionnistes que j'ai consultés, y compris dans des cliniques réputées. J'ai par contre eu récemment le plaisir de visiter une clinique de l'obésité et de constater qu'elle était bien équipée. A priori ce devrait être le minimum, mais, encore une fois, il en va exactement de même des cas précédents. Après tout, même un garagiste prévient quand il n'a pas le matériel pour s'occuper d'un modèle ou faire tel type de réparation.

Plus important, de mon point de vue, ces balances et ces tensiomètres ne sont que l'arbre qui cache la forêt. Les choses se gâtent vraiment dès que l'on aborde la question de l'hospitalisation. Il m'est arrivé plusieurs fois de devoir être hospitalisé dans des établissements

n'ayant pas de linge à ma taille (je n'avais bien sûr pas la possibilité d'utiliser mes vêtements) ni de fauteuil roulant adaptés. Concrètement, cela veut dire qu'en 2008 par exemple, pour une échographie, j'ai déjà dû traverser un bâtiment entier sur deux étages, pieds nus, le corps quasiment nu lui aussi, sous morphine et seul, avant de tomber sur le personnel du service hilare en me voyant arriver. Mon amour-propre s'en est remis assez vite, mais il est difficile de trouver ce genre de choses normales. Il aurait été facile de me donner au moins un drap pour me couvrir. Je me souviens également m'être fait sermonner dans cette même clinique par un médecin me fustigeant pour mon poids, m'expliquant que je ne pouvais pas ne pas être au courant étant donné la proportion de personnes en surpoids en France. À ce moment-là, je n'étais clairement pas en capacité de lui opposer la moindre résistance et lui ai juste servi à passer ses nerfs, mais il est assez incompréhensible de voir un médecin s'en prendre à un patient avec les arguments mêmes qui expliquent pourquoi leur sous-équipement ne peut pas et ne doit pas être excusé.

### **Problèmes de posologie**

La question des dosages est un autre problème qui peut rapidement poser des difficultés. En effet, en étant obèse, certains médicaments doivent être surdosés. Par contre, même s'il en a très probablement les compétences techniques, l'ensemble du personnel médical n'est pas toujours habitué à gérer ce type de cas. Ainsi, durant l'été 2018, on m'a prescrit des antibiotiques qui correspondaient au double de la dose maximale conseillée. Ces médicaments étaient importants pour moi parce qu'ils pouvaient me permettre d'éviter une intervention chirurgicale compliquée. En voyant les doses prescrites, la pharmacienne les a simplement divisées par deux et n'a donc donné que la moitié des quantités prévues, sans vérifier auprès du médecin ce qu'il convenait de faire. Fort heureusement je m'en suis aperçu, mais il y a encore peu, j'aurais tout simplement considéré que la pharmacienne était une professionnelle et que s'il y avait une erreur, elle venait de moi. D'après le chirurgien qui s'est occupé de moi, il est probable que si j'avais suivi ces indications, je n'aurais eu d'autre choix que de me faire opérer, ce qui avait des chances non négligeables d'entraîner des complications.

### **Problèmes de considération**

Même si je précisais précédemment vouloir limiter à ce qui pourrait être abusivement perçu comme des questions de fierté mal placée, il n'en reste pas moins que les problèmes de considération sont bien réels et que leurs conséquences le sont tout autant. Même si cela ressemble à une lapalissade, il existe une différence entre ménager les susceptibilités et

s'autoriser à humilier des personnes déjà en difficulté. Il se trouve que c'est la même qu'entre respecter son serment et le fouler au pied, ou entre aider une population qui en a spécialement besoin ou l'encourager à se démedicaliser. Or, si le médecin n'est pas responsable des réactions de ses patients, la proportion d'obèses qui se démedicalisent et évoquent de tels problèmes est si importante qu'il convient sans doute de questionner l'attitude des soignants vis-à-vis de ce public.

On ne va pas se mentir, j'ai été insulté pour mon poids toute ma vie. On m'a déjà suggéré de me suicider pour coûter moins cher à la sécurité sociale. On m'a déjà proposé de me mettre dans un camp de concentration pour me faire maigrir. Ce sont des choses qui arrivent et, pour ce que je m'en souviens, je n'ai pas connu de telles injures dans le cadre du milieu médical. Par contre, j'ai été très régulièrement confronté à du dénigrement de la part du personnel soignant. Pour ne prendre qu'un cas, je peux par exemple parler d'un pneumologue qui me comparait à une femme enceinte parce que je lui expliquais avoir peur d'une procédure spécifique. Le même spécialiste, le 1<sup>er</sup> février dernier, se moquait de moi parce que j'avais des apnées du sommeil très prononcées, alors même que l'essentiel de son activité consiste à traiter cette pathologie et qu'il m'avait expliqué un an et demi plus tôt qu'il ne comprenait pas que je sois encore en vie. Comme si cela ne suffisait pas, il m'a également montré à quel point il était surpris que je sois marié avec mon poids et que j'aie un emploi, avant de se montrer rassuré pour une raison que j'ignore parce que je travaillais à mon compte. La consultation a été assez effroyable, mais je ne peux pas dire que ce spécialiste était malveillant. Il était juste persuadé que je n'avais aucune valeur et essayait « charitablement » de me reconforter, sans doute persuadé qu'il agissait par grandeur d'âme. Mais ces tentatives cachent bien mal qu'il ne s'agit là que d'essayer de réparer un mal qu'il a fait, en général en l'empirant, et que ce mal n'aurait pas lieu d'être s'il avait tout simplement montré du respect, ou une indifférence professionnelle en premier lieu.

Je ne détaillerai pas davantage le festival qu'a été cette consultation, mais je voudrais insister sur deux points. Le premier, c'est qu'il ne s'agit malheureusement pas d'un cas isolé. J'ai juste pris un exemple précis pour illustrer mon propos. Le deuxième, c'est qu'il n'y a pour le patient aucune stratégie qui permette de rendre les choses plus faciles, à part de se taire et d'endurer. C'est le pot de fer contre le pot de terre. J'ai essayé de lui expliquer qu'il allait un peu loin, mais il a pris cette remarque pour une blessure et a redoublé d'efforts pour me « reconforter », enchaînant les insinuations sur les « gens qui font des efforts », sur le fait que je n'avais pas de raisons de me plaindre, etc. Lui intimer l'ordre d'arrêter, quitte à me montrer menaçant, n'aurait fait qu'empirer les choses et m'aurait empêché de mener à bien la démarche que je souhaitais

faire (j'avais essayé d'avoir un rendez-vous chez un autre spécialiste, mais on m'a annoncé six mois d'attente). Partir aurait provoqué le même résultat. Envoyer une lettre à l'Ordre... on sait tous qu'il ne se serait rien passé. Bref, ces situations sont courantes, et elles donnent tellement l'impression d'être pris au piège, que je peux comprendre les gens qui se démedicalisent pour cette raison. Surtout quand on a l'impression que les actes prescrits ne sont pas réellement nécessaires et ont pour principale fonction d'être enchaînés pour générer des bénéfices.

J'ai essayé de faire un premier tour de ce que l'on pourrait qualifier de grossophobie médicale ordinaire. C'est déjà très long, mais j'ai volontairement tenté de me limiter à quelques cas ou exemples, sans chercher à ressortir les pires anecdotes ou les plus anciennes. Il serait sans doute facile de continuer et de noircir le tableau, et je mentirais si je prétendais ne pas avoir d'autres histoires à raconter (annonces d'espérances de vie fantaisistes, conflits d'intérêts, prestations très différentes de celles annoncées, etc.). Je vais essayer plutôt d'évoquer maintenant le dérapage dont nous avons parlé au téléphone et dont je subis encore les conséquences aujourd'hui. En effet, celui-ci a le mérite de montrer un ensemble de dysfonctionnements assez importants.

#### **-Témoignage anonyme reçu en Avril 2019-**

N'ayant jamais vu de gynécologue et ayant toujours été suivie par un médecin généraliste, j'en ai cherché un/une parmi mes proches.

Cette médecin m'a été recommandée par plusieurs personnes (il est important de noter que toutes ces personnes sont minces et ne se sont donc jamais posé la question du niveau de sa prise en charge des patients obèses).

Le jour du RDV, dans une clinique réputée, je me retrouve assise en face d'elle et son bureau, pour la pose de mon stérilet. Après les questions d'usage, vérification de mon nom etc, elle me demande mon poids, que je lui donne sans problème. Nous sommes donc 3 minutes dans ce tout premier entretien, elle ne connaît rien de mes antécédents ni de ma situation psy et me demande "On vous a déjà parlé de la chirurgie bariatrique ?" Je reste sans voix et finis par répondre que je connais cette procédure, que c'est un sujet déjà évoqué avec mon MG mais que je ne suis pas intéressée. Elle insiste fortement sur les risques de l'obésité sur ma santé. J'ai 41 ans et suis grosse depuis que j'en ai 12. Je connais ces risques, on me les répète plusieurs fois par an, parfois sans que j'ai rien demandé. Je finis par lui demander si mon poids a une incidence sur le motif de ma consultation, elle me répond "Non" et passe à autre chose.

Ceci est mon témoignage brut.

Ce qui suit est mon analyse de ce qu'il se passe au sein de cette clinique.

Après en avoir parlé autour de moi, toutes les femmes obèses que je connais et qui se sont rendues à une visite gynéco dans cette clinique ont rencontré le même problème. L'une de mes amies a même rencontré un chirurgien dans la foulée de son rdv gynéco (sans l'avoir prévu ni demandé).

Il s'avère que cette clinique a un gros service de traitement de l'obésité, ils en font la promotion régulièrement, organisent des conférences et des animations pour la journée mondiale de lutte contre l'obésité...

J'ai peur que les consultations gynécos soient un moyen de remplir ce service et donc de faire rentrer de l'argent dans les caisses.

C'est une inquiétude alarmiste, certes, mais sincère. Est ce que les obèses ne deviennent pas une sorte "d'or gras" ?

En conclusion : c'est mon MG qui a posé mon stérilet.

#### **- Témoignage anonyme reçu en décembre 2018-**

J'ai eu un problème pour répondre à l'avant-dernière question, car je n'ai pas toujours été obèse, je ne le suis devenue qu'au moment de la ménopause, qui a coïncidé avec l'arrêt du tabac. Donc je ne peux pas vraiment répondre que j'ai été obèse dès l'âge adulte, bien que ce soit la case que je viens de cocher...

Il m'a fallu ça pour remettre en question mes croyances sur le fait que les personnes obèses se nourrissent mal, ou ne font pas assez d'exercice... Jusqu'à l'âge de 45 ans je mangeais ce que je voulais et je pesais toujours 52 kg, quoique je fasse (sauf lors de mes grossesses, mais je perdais le poids gagné sans aucun effort).

Il ne s'agit pas de malbouffe dans mon cas, le reste de la famille est mince...et je déteste me voir jugée comme ça par des soignants qui ne connaissent rien de mon histoire. le « Vous n'avez qu'à perdre quelques kilos » lancé dédaigneusement m'a humiliée terriblement.

Comme si je n'avais jamais essayé, comme s'il suffisait de le vouloir !

#### **-Témoignage anonyme reçu en décembre 2018-**

Concernant mon témoignage, il sera assez bref : étant enfant, lors d'un rendez-vous chez le médecin pour une simple gastroentérite, ma mère était déjà dans le cabinet et lorsque que je

suis rentré, les premiers mots du médecin ont été, s'adressant à ma mère "ah mon dieu mais il est super gros ton fils". La maladie pour laquelle j'étais venu consulté est passée au second plan lors de ce rendez-vous. À cette époque, j'étais effectivement en surpoids, mais je n'étais pas encore en obésité ; ce qui a été le cas dans les semaines qui ont suivis où j'ai pris plusieurs kilos suite à ce rendez-vous.

### **-Témoignage anonyme reçu en décembre 2018-**

Tout commence quand mon cycle menstruel se dérègle sérieusement, je décide d'arrêter l'anneau contraceptif et de mettre mon chéri sous contraception hormonale masculine. Avant cela j'avais déjà eu une échographie à cause de mes vives douleurs de règles la gynéco faisant les examens radiographies demandait des examens plus complets en soupçonnant de l'endométriose, mais en voyant ce rapport mon médecin a dit qu'elle "n'y croyait pas". Ca c'était arrêté là.

Nous allons donc voir un spécialiste en fertilité toulousain pour que mon chéri prenne ce contraceptif. Durant le RDV il me recommande une gynéco pour solutionner mes problèmes. Il m'avait averti de son obsession sur le poids en me disant qu'à part ça elle était très bien.

1er RDV: Elle me dit que j'ai de l'adénomiose mais que ça n'est pas de l'endométriose. Que ça ne sert à rien de faire un vrai diagnostic posé de toute façon parce que on ne pourra rien pour moi.

Consultation d'entre deux avec mon médecin traitant : je demande un dosage hormonal estrogène/testostérone/progestérone, elle me prescrit cholestérol et thyroïde. Parce que pour elle seule un dérèglement de la thyroïde ou une prise alimentaire mauvaise peuvent faire grossir. Mais un dérèglement des estrogènes aussi en fait...

2ème RDV: Mes symptômes sont très lourds et signes d'un dérèglement hormonal. Elle ne m'ausculte pas, elle me pèse juste. Elle me dit que :

- Les symptômes ne peuvent pas varier en fonction des médicaments que je prends (contraceptifs hormonaux). Alors que c'est le principe même d'une maladie impliquant les hormones.
- Je mange forcément mal parce que ma prise de poids ne vient pas de nul part (je prépare mes plats de la semaine à l'avance, et je suis loin d'abuser).
- Que je n'ai rien, que tout est dans ma tête parce que je veux me rendre stérile comme mon mari (il ne l'est pas, on a vu un spécialiste de la fertilité parce qu'il est le seul à faire les contraceptifs masculins à Toulouse).



Elle me donne un traitement que je réclame (pour me mettre en ménopause artificielle). Et me dit qu'on va faire l'IRM pour voir les lésions endométriales si j'en ai. Mais elle veut la faire au milieu du traitement. Traitement qui fait justement disparaître ces lésions...

Le mot de la fin de cette 2nd consultation sera "Le traitement va vous faire grossir, mais il faut maigrir!". Voilà comment la prise en charge pour l'endométriose mets autant de temps. On mets ça sur le dos du poids, et de patientes soit disant chochottes (j'ai un gros gros tatouage dans le dos, des piercings, niveau chochette je pense pas trop mal m'en sortir). Autant dire que je ne vais plus chez mon médecin traitant ni chez cette gynéco folle, j'ai pris RDV chez une spécialiste de l'endométriose, en me disant que si j'ai ça elle saura et si je ne l'ai pas, elle saura d'autant mieux trouver sans pour autant me dire que c'est dans ma tête.

Je trouve la grossophobie terrible parce que dans beaucoup de cas le poids est un symptôme, pas une conséquence. Dans mon cas ça l'est, sans changer d'alimentation mon poids varie énormément et ces variations collent avec des variations d'autres symptômes. Mais pour autant je n'ai jamais vu de médecin le considérer comme tel alors que c'est il me semble la base quand on cherche quelque chose dont on sait qu'il influence le poids. Je me suis vraiment sentie humiliée par cette gynéco qui n'a fait que m'insulter dans cette 2nd consultation que ça soit en me disant que c'est dans ma tête pour me rendre stérile comme mon mari, ou en insinuant que je mangeais mcdo tous les jours pour être aussi grosse. Je suis contente d'avoir pris la décision de ne plus y aller, je l'ai aussi signalée au médecin qui me l'a recommandée, mais je ne pense pas aller plus loin. Je sais que les recours contre des médecins, à moins d'avoir perdu un membre ou un organe il y a peu de chances que ça aboutisse, alors "juste pour ça" je ne pense pas qu'il y ait quoi que ça soit de fait contre cette odieuse femme. Mon médecin traitant, elle, n'a été que incompétente, pas trop trop odieuse, même si d'autres détails que cette consultation ont été hallucinants ça ne rejoint pas le sujet de la grossophobie.

#### **-Témoignage anonyme reçu en décembre 2018-**

Alors voilà, oui, je suis obèse, oui je ne marche pas assez, oui je mange entre les repas, oui, oui, oui. Mais venez vous occuper de mon mari qui est en train de mourir à la maison ! Restez près de lui pour lui permettre d'aller pisser ou lui tenir la main pendant qu'il souffre ! Ne sortez pas 5 minutes car c'est toujours à ce moment-là qu'il aura besoin de vomir sa chimio ! Remplacez l'infirmière, l'aide-soignante, le médecin, la secrétaire, l'ambulancier, l'auxiliaire de vie, la femme, la maîtresse... Levez-vous à 2 heures du matin avec le sourire pour changer son lit et faire la lessive ! Souriez et ne ne vous éloignez pas de lui car il a besoin de vous bien plus que j'ai besoin qu'on me rappelle que je ne marche pas assez ! Que je mange trop pour

compenser, que je n'ai pas de vie pour qu'il puisse finir la sienne dans de bonnes conditions !!

>>Oui je suis obèse et je vous EMMERDE messieurs les médecins, ceux qui se débarrassent du problème sur les aidants et qui après les culpabilisent, ceux qui refusent de comprendre que je choisirai toujours d'abord celui qui endure car je m'en fous de moi, si mon mari souffre et part loin de moi vers les poneys arc-enc-ciel. Je m'en fous de moi, car je serais seule loin de lui et ce n'est pas aux médecins que je veux plaire ! >> Voilà, Baptiste, ce que j'ai répondu à un cardiologue, à un néphrologue et ils n'ont pas compris. Il y a un an, mon mari est parti et moi, oui moi, je viens de perdre 10 kilos et mon amour. C'est lourd l'amour. Oh, Patrice, rappelle-toi, il y a 33 ans demain que je t'ai dit : "je t'aime". Il y a 32 ans hier que je t'ai dit "je veux bien être ta femme". Il y a 30 ans et 6 mois que tu m'as dit "C'est une fille". Il y a 15 mois après-demain que je t'ai dit "Au revoir et à bientôt". Patrice je t'aime et je les emmerde ces médecins qui ont essayé de te soigner et de me culpabiliser, sans réussir ni l'un ni l'autre. Je t'aime. . Je n'ai rien oublié mais je vis. J'attends de le rejoindre mais je ris. Je vis sans lui mais je chante. Je ne pleure pas car cela ne sert à rien les larmes. Certaines personnes croient que je m'en fous mais je me fous d'elles. Je ne regrette rien de ce que j'ai écrit mais la seule chose qui me rende triste, c'est que d'autres lecteurs, lectrices pleurent de mon message. J'aime mon mari encore et toujours et cela doit rendre ma vie belle, claire, acceptable. Non ne pleurez pas à la lecture de ma colère "médicale". Je vais dans plus ou moins longtemps le retrouver sous le rosier rouge et c'est cela qu'il faut lire, croire et espérer. Et je pense à lui en faisant des gelées de roses de Damas, des confitures d'oranges (ses recettes préférées) et en les distribuant à tous ses amis, relations et même à des personnes qui ne l'ont pas connu mais qui l'auraient appréciés. Je n'aime pas le sucré mais lui oui. C'est notre seule différence, elle est si petite maintenant que cela ne vaut pas la peine d'en parler. Un gros bisous à tout le monde. Riez, vivez mais n'oubliez pas.

**-Témoignage anonyme reçu en décembre 2018. Egalement publié sur le blog de Baptiste Beaulieu-**

J'ai répondu à votre questionnaire et je reviens vers vous pour vous apporter deux exemples de grossophobie médicale que j'ai subi. Outre la grossophobie médicale routinière, qui décourage à aller consulter mais qui n'est pas volontairement malveillante (comme ne pas avoir de radio prescrite quand on va voir son médecin en se plaignant d'une tendinite au pied depuis des mois, ou me qualifier automatiquement de boulimique alors que je ne me suis jamais faite vomir de toute ma vie...)

Je précise que je suis une femme de 35 ans, avec un IMC actuel de 43, en bonne santé si ce n'est des douleurs articulaires.

Lorsque j'avais 23 ans et que j'ai décroché un emploi on m'en a envoyé faire une visite médicale d'embauche (toujours redoutée à ce jour). Je suis tombée sur un médecin du travail horriblement méchant, qui m'a cassé à cause de mon poids, qui n'a pas arrêté de me dire que j'étais suicidaire. J'allais très bien en entrant, j'étais totalement déprimée (mais toujours pas suicidaire !) et en pleurs en partant. Ma réaction a été de me gaver de pâtisseries comme un anxiolytique...

Ma pire expérience s'est produite lorsque j'avais environ 30 ans. Je pesais alors 127 kilos, je faisais ce poids depuis quelques années. Je suis allée comme d'habitude donner mon sang à la collecte de ma ville. J'ai toujours donné mon sang, c'est quelque chose qui me tient particulièrement à cœur depuis très longtemps. On y rencontre un médecin qui pose juste quelques questions. Cette fois, malheureusement, je suis tombée sur une femme médecin horrible, qui avait l'air de me détester dès la première minute.

Je voyais bien qu'elle ne voulait pas que je donne mon sang, elle cherchait désespérément sur ma fiche une raison pour ne pas me laisser le donner. Elle a trouvé un taux de je-ne-sais-quoi qui était anormalement bas lors de mon dernier don et m'a dit d'aller de toute urgence voir mon généraliste (j'ai appris plus tard par mon généraliste que ce taux était parfaitement normal). Puis elle m'a demandé texto « si je faisais quelque chose pour mon cas ». J'ai répondu « non », du coup elle m'a dit mots pour mots que « les gens comme moi la désespéraient ». Le tout sur un ton d'une incroyable méchanceté...

Puis elle m'a demandé si j'étais célibataire. J'ai dit oui. Du coup elle m'a dit « qu'en plus je n'avais personne pour me booster à la maison. » (c'est bien connu que tous les obèses vivent seuls)

Enfin comble du cauchemar, elle m'a dit que je ne pouvais pas donner mon sang car mon poids était trop important pour leurs lits dépliant, qu'ils ne pouvaient pas supporter la charge. Je donnais pourtant depuis des années, et il n'y a aucun poids limite pour faire un don de sang.

J'avais tellement envie de partir le plus vite possible que je ne me suis pas défendue. Au fond de mois je me disais « Ok, je me barre, je donnerai plus jamais mon sang de ma vie. »

Je pense n'avoir jamais été aussi déprimée et désespérée vis-à-vis de mon poids que suite à cette mésaventure. J'étais au fond du trou, j'ai mis des jours à m'en remettre.

J'avais décidé de ne plus jamais mettre les pieds au don du sang, même si j'ai perdu du poids depuis, mais après plusieurs années, je me suis dit que les gens qui en ont besoin n'avaient pas à pâtir du comportement horrible de cette médecin. J'y suis retourné.

Toutes les personnes (très rares) qui m'ont aidé à perdre du poids dans ma vie, et qui m'aident à présent dans le parcours de chirurgie bariatrique que j'ai engagé, sont des personnes bienveillantes et à l'écoute. Aucune n'est au top et vraiment informé de toutes les facettes de l'obésité, mais ils font de leur mieux, c'est l'important. Mettre les personnes malades qui souffrent d'obésité plus bas que terre, ca n'est absolument pas une aide, juste du rejet et du découragement. Je ne pense pas que l'on fasse de même avec des malades du cancer par exemple (même s'ils ont fumé toute leur vie).

**-Témoignage anonyme reçu en décembre 2018-**

bon courage à vous dans vos études, je me permets d'ajouter qu'il manque un réseau, un lieu d'information pour trouver où se faire soigner lorsqu'on est très obèse et que le matériel est inadapté (tables d'exams, scanners...) mon médecin ne me prend même pas la tension car son brassard est trop petit pour mon bras, j'ai dû m'acheter un tensiomètre de poignet à la pharmacie pour me surveiller moi même! j'insiste aussi sur le fait que les patients méritent d'être écoutés, quand on explique à un généraliste qu'on a déjà eu 2 échographies et qu'on ne voit rien car trop de gras, pourquoi en faire passer une 3ème? (qui bien sûr dit la même chose...); nous sommes souvent infantilisés, car on nous imagine très limités intellectuellement pour nous laisser aller ainsi

**-Témoignage anonyme reçu en janvier 2019-**

Ho ben j y pense beaucoup récemment ma fille as bientôt 3 ans et j ai eu un soucis d ordre médical pendant la grossesse l hôpital c est refiler le cas sans jamais investiguer en disant que se problème juger "dermatologique" venait de mon sur poids et a part me dire de maigrir et me charcuter a repetitoin personnes ne faisait rien! Jusqu'à que je fonde en larme chez mon généraliste et la lui m as pris rdv avec un chirurgien d un autre hôpital et la en 3 opérations (quand même) c était réglée... mais j en tient une rage car maintenant j attend mon 2 ème enfants et en raison de ses multiples opérations et cicatrices ils ne veulent pas me laisser accoucher naturellement et c est de leur faute en 2 ans personne n as eu idée de me faire un IRM

**-Témoignage anonyme reçu en janvier 2019-**

Pour ma part j ai toujours été mince jusqu en 2013. Jamais il n a été question de poids de mon enfance jusqu en 2013 . Malgres tout la vie pour moi n était pas si rose que ça. De 2011 à 2013 , ce fut une période où j ai régulièrement vécu des violences physiques et psychologiques puis des viols réguliers aussi. Je me suis battue pendant ces deux ans pour ma liberté , chose que j

ai obtenu en 2013 ( enfin le 18 novembre 2012 exactement ) . Puis la après 3 mois d arrêts suite au trauma , ou j ai également amené à faire mes démarches judiciaires j essayé tant bien que mal de relevé la tête . Mais peut de temps quelques mois la nécessité de voir un psy m a été indispensable . Je faisais énormément de crise d angoisse j en dormais plus . J ai donc eu un suivi psychologique et également psychiatrique. Et de la , des que la parole s est libéré , les kilos se sont installés.. Je pense que le traitement n a pas aidé les choses ( anti Depresseur , anxiolitique ... ) , mais pas que je me suis littéralement réfugié dans la nourriture . De ce fait 40 kilos ont été pris en un an , sans que je me rende compte de ce qui ce passait dans mon corps, dans ma tête c était tellement sans dessus dessous . D après ma psychologue : le fait d être mince et d être " désirable " comportait un trop grand danger, la prise de poids me permettait de me protéger et de me rendre " non desirable". 6 mois après avoir eu ma liberté j ai obtenu un CDI comme éducatrice spécialisée, mes collègue de boulot m ont donc vu me déformer au fur et à mesure . Moi qui était toujours pomponné , il me voyait avec des habits de plus en plus large ... Ça parlait ... les " tu as grossis , tu es malade " ou encore " fait attention à ton poids la faut pas que tu prennes plus" me détruisait, car je restais incapable de me prendre en charge . Je suis arrivée à 107 kilos , j étais alors en obésité . J ai changé d emploi peut de temps après . Durant les emplois ou j ai eu , mon poids à été source de moquerie par les jeunes que j accompagnais : non je veux pas voir la grosse qui est dans le bureau en entretien . Chaque parole me sciait , et je renfermé cette tristesse dans la nourriture pour oublier .... C était un cercle vicieux, on se moquait de moi , je déprimais je mangeais.... les médecins : " mlle conesa votre poids faites attention c est dangereux ". Leurs paroles étaient bienveillantes et en rien méchante, mais j avais qu une envie c était de leurs dire " mais souciez vous de moi qui suis derrière ce poids. Je suis la J existe .... le poids est qu un symptôme. Dans ma tête J allais mieux mais je me sentais demunis avec mon poids . Je portais le poids du monde et ce poids étaient là conséquence direct de mon passé. C était le poids de mon passé. Pour que la page se tourne je devais m en débarrasser ... Mais seule j étais décourager. Je travaillais en foyer d enfants, et un passant c est montré moqueur à mon égard devant les petits . J en ai pleuré pendant toute une matinée..... Et de la ma décision était prise : je me ferais opérer quoi qu il m en coûte.

Les démarches ont commencé .... on a pris soin de moi et on regarder qui j étais derrière tout ce poids . Ma nutritionniste m a dit : on ne devient pas on est par hasard il y a toujours une douleur ou un trouble psy derrière toujours. J étais surprises et entendu. Je pense qu il y a des cas où l obésité est du à un problème de santé ( thyroïde ) mais que pour la plupart la prise de poids au point d être obèse reste du côté de la psychologie ... on ne devient pas " gros " par

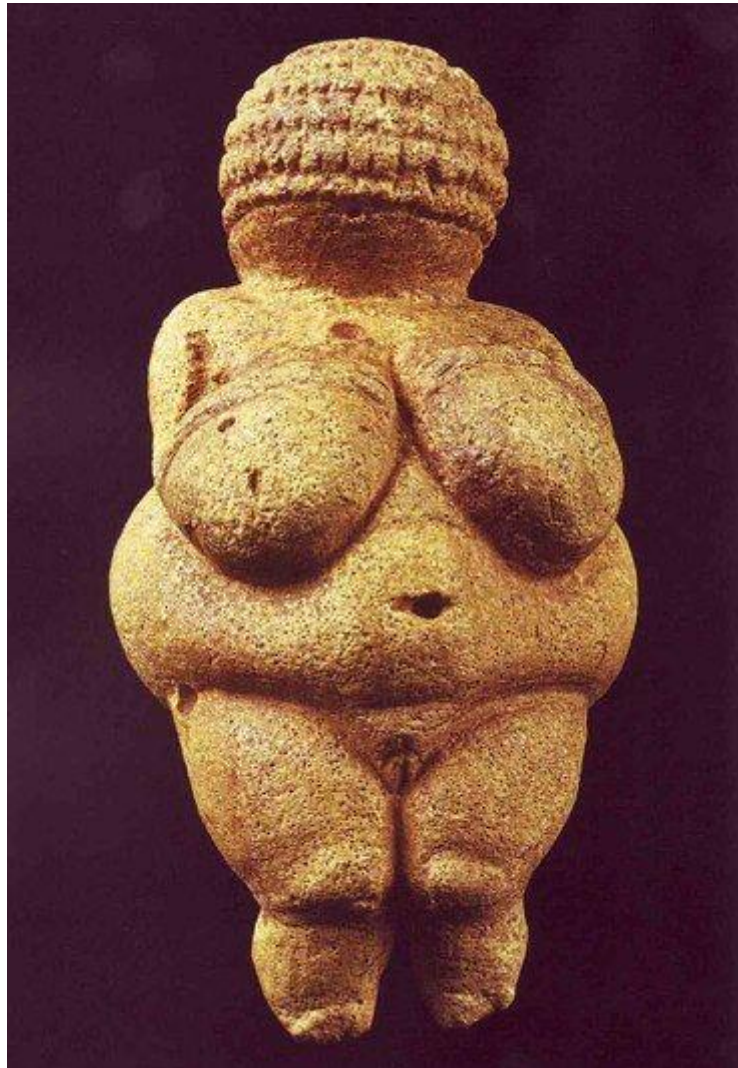
hasard. Je les constaté également par beaucoup de témoignages de personnes obèses opérés ou pas ( profil abandonnique , personne ayant vécu dans l enfance un inceste, ou viol comme moi, dépression, divorce ..... ) . Après il y a aussi la catégories qui je pense devient obèse par de mauvaises habitudes alimentaire transmises de génération en génération.

Je suis allée à Malte ( avant d être obèse ) , il y avait beaucoup de campagne publicitaire en prévention à l obésité . Énormément de parc à tout les coins de rue avec des parcours santé. Il mettait la prévention obésité à la même hauteur que celle pour le tabac . Ce fut la première fois que j avais pris conscience du être obèse était une maladie et un handicap ( et je n étais pas obèse) . Je pense qu en France on aborde pas suffisamment le sujet, ce qui provoque aussi la grossophobie dans notre société . On a peur de ce qu on ne connaît pas et de ce qu on ne comprends pas.

**-Témoignage anonyme reçu en janvier 2019-**

**ANNEXE N°2**

**Image d'une sculpture Vénus paléolithique**





# ANNEXE N°3

## Grille de la Haute Autorité de Santé permettant d'identifier les seuils de corpulences selon la mesure de l'Indice de Masse Corporelle (IMC)

**Table d'indice de masse corporelle (IMC)**

L'indice de masse corporelle (IMC) permet d'estimer l'excès de masse grasse dans le corps et de définir la corpulence. Plus l'IMC augmente et plus les risques liés à l'obésité sont importants. Pour le calculer, il suffit de diviser le poids (en kg) par la taille (en mètres) au carré.  $IMC (kg/m^2) = poids (kg) / taille (m) \times taille (m)$

Taille (en mètres)	2,10	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37		
2,10	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37			
2,08	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38
2,06	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	
2,04	14	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38		
2,02	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39
2,00	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	40
1,98	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	40
1,96	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	40	
1,94	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	40	
1,92	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	40		
1,90	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	40			
1,88	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	40				
1,86	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	40				
1,84	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	40					
1,82	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	40						
1,80	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	40							
1,78	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	40								
1,76	19	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	40									
1,74	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	40									
1,72	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	40										
1,70	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	40											
1,68	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	40												
1,66	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	40													
1,64	22	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	40															
1,62	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	40																
1,60	23	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	40																	
1,58	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	40																	
1,56	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	40																			
1,54	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	40																					
1,52	26	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	40																							
1,50	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	40																									

**Classification de l'IMC<sup>1</sup>**

IMC en kg/m <sup>2</sup>
Poids normal
Surpoids
Obésité classe I
Obésité classe II (sévère)
Obésité classe III (massive)



ANNEXE N°4

Affiche de prévention élaborée en mai 2018 pour la Journée Européenne de Lutte contre l'Obésité

LES RENDEZ-VOUS  
**DU CNAO**  
ET DE SES ASSOCIATIONS

Le 18/19 mai 2018  
**JOURNÉE EUROPÉENNE  
DE L'Obésité**

Contre L'Obésité...

**OSEZ**  
*Changer vos modes*  
**DE VIE**

*Pour être au coeur de votre Santé.*

European  
**Obesity**  
day 2018