

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTE

ANNEE : 2022

N° 278

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Mention Médecine Générale

PAR

BARROIS Ophélie

Née à Strasbourg, le 09/12/1994

Stigmatisation des personnes en situation d'obésité
en consultation médicale :
Vécu, présentations et impacts

Président de thèse : Professeur Gilles BERTSCHY

Directrice de thèse : Docteur Marion MOREAU

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAIEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Édition MARS 2022
Année universitaire 2021-2022



- Président de l'Université
- Doyen de la Faculté
- Premier Doyen de la Faculté
- Doyens honoraires : (1976-1989)
(1993-1998)
(1999-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
- Chargé de Mission auprès du Doyen
- Responsable administratif

M. DENCHOU Michel
M. KESLA Jean
M. DEFFELLES Philippe
M. DORNER Marc
M. MARTZ Jean-Marc
M. VINCENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LUJED Bernard
M. VICENYE Ghazi
M. STEGMANN Guilhem



HOPITALS UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALY Michel

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MAHES Jean-Louis Chaire "Généralist Human" (à compter du 01.11.2022)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

SAHJAM Saïmah Immunologie biologique (01.10.2019 au 31.09.2019)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

Titulaire	NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers de l'Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
	ADAM Philippe 1951	MFPS CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	53.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ALLARDIER Claire 1981	MFPS CS	- Pôle de Gynécologie Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétricale / HP	54.01 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
	ANDRES Emmanuel 1952	MFPS CS	- Pôle de Médecine Interne, Pneumologie, Néphrologie, Endocrinologie, Diabétologie (MINEE) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies Endocrinologiques	52.01 Option : médecine interne
	ANHEIM Antoine 1950	MFPS NCS	- Pôle Tête et Cou-CCTO - Service de Neurologie / Hôpital de Neurologie	49.01 Neurologie
	Mme ARTAL Marie-Cristine 1955 / 1923	MFPS CS	- Pôle de Gériatrie - Service de Pathologie / Neurologie - Institut d'Neurologie / Faculté de Médecine	43.02 Neurologie, Endocrinologie et Gynécologie (option biologique)
	ARNAUD Laurent 1956	MFPS NCS	- Pôle MINEE - Service de Rhumatologie / Hôpital de Neurologie	52.01 Rhumatologie
	BACHELLER Philippe 1958	MFPS CS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, Neurologie et endocrinologie et transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
	BAHJAM Saïmah 1958	MFPS CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Immunologie et d'Oncoimmunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.02 Immunologie (option biologique)
	BALMERT Thomas 1957	MFPS CS	- Pôle Hépatogastro-entéro de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies Hépatiques et Hépatogastro-entéro	53.01 Gastro-entérologie, Hépatologie Option : hépatologie
	Mme BEAU-VALLER Monique 1957 / 1919	MFPS NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.02 Biologie cellulaire (option biologique)
	BEAUCOUR Renaud 1958	MFPS CS	- Pôle d'Imagerie - CEM / Activités innovatrices	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
	BECHEREL François 1952	MFPS NCS	- Unité de Neurochirurgie Neuro-fonctionnelle / Hôpitaliers	54.02 Chirurgie pédiatrique
	BENNA Fabrice 1950	MFPS CS	- Pôle de Psychiatrie, Centre médico-éducatif et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.02 Psychiatrie médicale / Radiologie Option : Psychiatrie d'Adultes
	BERTSCHY Gilles 1915	MFPS CS	- Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.02 Psychiatrie d'Adultes
	BERYAL Guillaume 1976	MFPS NCS	- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie E - Neurochirurgie-imagerie vertébro-lombaire-Pédicure / Hôpital Neurologie	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
	BLAULT Pascal 1914	MFPS CS	- Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP	48.02 Réanimation / Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
	BLANC Frédéric 1913	MFPS NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Pédiatrie	53.01 Médecine interne / gériatrie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
	BOON Frédéric 1948	MFPS NCS	- Pôle de Chirurgie Médicale-faciale, morphologique et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	52.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique / Otorhinologie
	BONHEMANT Laurent 1958 / 1925	MFPS NCS	- Pôle Hépatogastro-entéro de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Neurologie	54.01 Pédiatrie
	BONHOMET François 1911	MFPS CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Member inférieur / HP	53.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BOURCIER Tristan 1978	MFPS NCS	- Pôle de Sémiologie médicale-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Ophtalmologie
	BOURGIN Patrick 1952	MFPS CS	- Pôle Tête et Cou - CCTO	49.01 Neurologie
	Mme BRIGAND Cécile 1953	MFPS NCS	- Service de Neurologie - UMR de Neurologie / IMHM, CHU - Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
	BILANT-RODIER Catherine 1952	MFPS CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	52.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
	Mme CAILLARD-CHENNIER Sophie 1971	MFPS NCS	- Pôle de Sémiologie médicale-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.01 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAN Vincent 1957	NRFs	- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre autonome	48.02 Réanimation
CHIFFE Yann 1970	NCS	- Service de Réanimation médicale / Hôpital Hesperens	
CHARLES Yann-Philippe 1950 / 1970	NRFs	- Pôle d'Anesthésie / Réanimations médicales / Centre autonome	41.04 Chirurgie vasculaire - médecine vasculaire
CHIFFE Yann-Philippe 1950	NCS	- Service de Chirurgie vasculaire / Hôpital Hesperens	41.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLESSE Anne 1958	NRFs	- Pôle de Pathologie Pédiatrique	44.02 Physiologie (autres disciplines)
Mme CHARPOT Anne 1958	NRFs	- Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	
Mme CHÉBARD-NEU Marie-Françoise 1951	NRFs	- Pôle Tête et Cou - CCED	45.01 Oto-rhino-linguistique
CHÉBARD-NEU Marie-Françoise 1951	NCS	- Serv. d'Otologie, Laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	
Mme CHÉBARD-NEU Marie-Françoise 1951	NRFs	- Pôle de Biologie	42.02 Anatomie et cytologie pathologiques - autres disciplines
Mme CHÉBARD-NEU Marie-Françoise 1951	CS	- Service de Pathologie - Hôpital de Hesperens	
CLAVERT Philippe 1954	NRFs	- Pôle de l'Appareil locomoteur	43.01 Anatomie (autres cliniques, orthopédie traumatologique)
CLAVERT Philippe 1954	CS	- Service d'Orthopédie Traumatologie du membre supérieur / HP	
COLLANGE Olivier 1973	NRFs	- Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales (SAMU) SAMU	49.01 Anesthésiologie-Réanimation - Médecine d'urgence (autres Anesthésiologie Réanimation - Tous autres)
COLLANGE Olivier 1973	NCS	- Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	49.01 Neurologie
COLLOQUE Nicolas 1984 / 1987	NRFs	- Pôle Tête et Cou-CCED	
COLLOQUE Nicolas 1984 / 1987	NCS	- Centre d'Investigation Clinique (CIC) / NHC et HP	
COSIER Bernard 1950	NRFs	- Pôle d'Urologie, Néphrologie et Dermatologie	50.02 Dermatologie-Vénérologie
COSIER Bernard 1950	CS	- Service de Dermatologie / Hôpital Civil	
M. BLAY de GAUX Frédéric 1949	RFS	- Pôle de Pathologie Pédiatrique	31.01 Pédiatrie
M. BLAY de GAUX Frédéric 1949	CS	- Service de Pédiatrie (Nouvel Hôpital Civil)	
M. BLAY de GAUX Frédéric 1949	NRFs	- Pôle Tête et Cou - CCED	49.01 Neurologie
M. BLAY de GAUX Frédéric 1949	CS	- Centre d'Investigation Clinique (CIC) - ARE-HP de Hesperens	
DEBY Olivier 1954	NRFs	- Pôle Tête et Cou - CCED	45.01 Oto-rhino-linguistique
DEBY Olivier 1954	CS	- Serv. d'Oto-rhino-linguistique et de Chirurgie cervico-faciale / HP	
DESELLE Philippe 1958	NRFs	- Pôle de Cardiologie-Cardiologie	64.02 Cardiologie-Cardiologie - cardiologie médicale, autres disciplines (autres)
DESELLE Philippe 1958	NCS	- Service de Cardiologie-Cardiologie / Hôpital de Hesperens	47.04 Génétique (tous autres)
Mme DOLLUS WALTSMANN Isabelle 1954	NRFs	- Pôle de Biologie	
Mme DOLLUS WALTSMANN Isabelle 1954	CS	- Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hesperens	
ESLINDER Nicolas 1958	NRFs	- Pôle de l'Appareil Locomoteur	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
ESLINDER Nicolas 1958	NCS	- Service d'Orthopédie Traumatologie du membre inférieur / HP	
Mme ENTZ-WIRLE Nathalie 1954	NRFs	- Pôle médecine-urgences de Pédiatrie	64.01 Pédiatrie
Mme ENTZ-WIRLE Nathalie 1954	NCS	- Service de Pédiatrie (Nouvel Hôpital de Hesperens)	
Mme FOLLA Sabine 1974	NRFs	- Pôle de l'Appareil locomoteur	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FOLLA Sabine 1974	CS	- Service de Chirurgie de la Main - SAMU-Main - Hôp. Hesperens	
Mme FAFENMEIER Sabine 1950	NRFs	- Pôle de Biologie	42.01 Biochimie-Pathologie - physiologie (autres disciplines)
Mme FAFENMEIER Sabine 1950	CS	- Laboratoire d'Institut de Virologie / PTM NHC et Faculté	
FATOT Françoise 1974	NRFs	- Pôle de Pathologie digestive, Hépatologie et de la transplantation	53.02 Chirurgie générale
FATOT Françoise 1974	NCS	- Serv. de chirurgie générale, hépatique et transplantation et Transplantation / HP	
FALLOZ Pierre-Emmanuel 1950	NRFs	- Pôle de Pathologie Pédiatrique	51.02 Chirurgie Pédiatrique et néonatale
FALLOZ Pierre-Emmanuel 1950	NCS	- Service de Chirurgie Pédiatrique / Nouvel Hôpital Civil	
FERNICKER Luc-Mathieu 1954	NRFs	- Pôle d'Onco-Hématologie	47.01 Hématologie - Transfusion - Hématologie
FERNICKER Luc-Mathieu 1954	NCS	- Service d'Hématologie / CHU	47.02 Pathologie et médecine médicale
GALLER Bernard 1974	NCS	- Mé / Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	
GANGI Raphaël 1950	NRFs	- Pôle d'Imagerie	43.02 Radiologie et médecine nucléaire (autres cliniques)
GANGI Raphaël 1950	CS	- Service d'Imagerie à caractère métrique / Nouvel Hôpital Civil	
GARNON Julien 1971	NRFs	- Pôle d'Imagerie	43.02 Radiologie et médecine nucléaire (autres cliniques)
GARNON Julien 1971	NCS	- Service d'Imagerie Azygocéphalique / Nouvel Hôpital Civil	
GAUCHEY David 1950	NRFs	- Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie - SMO	50.02 Ophtalmologie
GAUCHEY David 1950	NCS	- Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	
GENY Bernard 1954	NRFs	- Pôle de Pathologie Pédiatrique	44.02 Physiologie (autres disciplines)
GENY Bernard 1954	CS	- Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	
GEORG Yvonne 1928	NRFs	- Pôle d'Anesthésie-Orthopédie-Centre vasculaire	51.04 Chirurgie vasculaire - médecine vasculaire/ Opton - chirurgie vasculaire
GEORG Yvonne 1928	NCS	- Serv. de Chirurgie Vasculaire et de Transplantation vascul. / NHC	64.02 Chirurgie infantile
GACQUEL Philippe 1950	NRFs	- Pôle médecine-urgences de Pédiatrie	
GACQUEL Philippe 1950	CS	- Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hesperens	
GEORGY Bernard 1958	NRFs	- Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Embryologie, Développement (MRECH)	34.04 Embryologie, génétique et maladies métaboliques
GEORGY Bernard 1958	CS	- Service de Médecine interne et de nutrition / HP	
Mme GENZALEZ Mireia 1957	NRFs	- Pôle de Santé publique et santé au travail	46.02 Médecine et santé au travail Travail
Mme GENZALEZ Mireia 1957	CS	- Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / NHC	
GOTTFREDT Jean-Luc Eric 1958	NRFs	- Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition	50.01 Rhumatologie
GOTTFREDT Jean-Luc Eric 1958	CS	- Embryologie, Développement (MRECH)	
GOTTFREDT Jean-Luc Eric 1958	NRFs	- Service de Rhumatologie / Hôpital Hesperens	
HAASEDOUCHE Thierry 1971	NRFs	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO	50.02 Ophtalmologie
HAASEDOUCHE Thierry 1971	CS	- Service de Neurologie-Diagnostic et Transplantation / NHC	
HARDIENNE Yann 1972	NRFs	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO	49.02 Opton - Médecine infirmière
HARDIENNE Yann 1972	NCS	- Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	
Mme HELING Julie 1974 / 1978	NRFs	- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre autonome	48.02 Médecine Interne-Réanimation
Mme HELING Julie 1974 / 1978	NCS	- Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	
HIRSCH Emmanuel 1973	NRFs	- Pôle Tête et Cou - CCED	45.01 Neurologie
HIRSCH Emmanuel 1973	NCS	- Service de Neurologie / Hôpital de Hesperens	
IMPERIALE Alessio 1974	NRFs	- Pôle d'Imagerie	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
IMPERIALE Alessio 1974	NCS	- Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Nucléaire / CHU	
IGNER-HONORETTI Marie-Eve 1974	NRFs	- Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation	43.01 Médecine Physique et Réadaptation
IGNER-HONORETTI Marie-Eve 1974	CS	- Institut Universitaire de Réadaptation / Chiméris	
JULIANI Bernard 1974	NRFs	- Pôle de Biologie	42.01 Opton - Biochimie-Pathologie - physiologie (autres disciplines)
JULIANI Bernard 1974	CS	- Institut Laboratoire de Neurologie / PTM NHC et Faculté	
Mme JEANSSIEFF Nathalie 1974	NRFs	- Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Embryologie, Développement (MRECH)	34.04 Embryologie, génétique et maladies métaboliques
Mme JEANSSIEFF Nathalie 1974	CS	- Service d'Embryologie, Génétique et nutrition / NHC	
Mme JESSEL-MORÉL Laurence 1971	NRFs	- Pôle d'Anesthésie-Orthopédie-Centre vasculaire	51.02 Cardiologie
Mme JESSEL-MORÉL Laurence 1971	NCS	- Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	
KALTENBACH Georges 1950	NRFs	- Pôle de Génère	52.01 Opton - génère et biologie du développement
KALTENBACH Georges 1950	CS	- Service de Médecine Interne - Génère / Hôpital de la Pédiatrie/ Secteur Enseignement - Génère / Hôpital de la Pédiatrie	

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers au Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSELA Laurence 1981	NPPS NCS	- Pôle de Médecine Interne, Néphrologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MHNCC) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Anthropologie M&D/IC	31.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Nicolas 1981	NPPS NCS	- Pôle de Pathologie Respiratoire - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	31.01 Pneumologie
KONDO Michel 1936	NPPS NCS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire (Nouvel Hôpital Civil)	31.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Jagline 1987	NPPS CS	- Pôle de Spécialités Médicales - Otorhinolaryngologie (BMO) - Service de Médecine Interne et d'Orl (Nouvel Hôpital Civil)	47.03 Otorhinologie (général ORL)
KREMER Stéphane 1988 / 1917	NPPS CS	- Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 5 - Neurologie, Neurochirurgie - Pathologie - HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (général) Océan
KUJAVI Pierre 1973	NPPS CS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Pédiatrie et de Neonatalogie Pédiatrie (Palatine 300P)	34.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-François 1984	RPS NCS	- Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'Hématologie (O&M)	47.02 Océan / Cancérologie (général)
Mme LALUYNE Laurence 1990	NPPS CS	- Pôle de Psychiatrie, Soins mentaux et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	48.03 Psychiatrie d'adultes / Addictologie Océan - Addictologie
LARDY Hervé 1986	NPPS NCS	- Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Neurologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique (Nouvel Hôpital Civil)	32.04 Urologie
LEGREL Vincent 1980	RPS CS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 2 / Hôpital Necker-Mérieux	34.01 Pédiatrie
Mme LEURT Anne 1919 / 1921	NPPS NCS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation (Nouvel Hôpital Civil)	31.04 Océan / Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marc 1936	NPPS NCS	- Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neurochirurgie, d'Imagerie Diagnostique et d'Interventionnel / Hôpital de Necker-Mérieux	42.01 Anatomie
LESSINGET Jean-Marc 19	RPS CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LRGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Necker-Mérieux	32.05 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIGNER Dan 1985	NPPS NCS	- Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique - Chirurgie maxillo-faciale, Neurologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	31.03 Dermato-vasculogéologie
LIVERNAUX Philippe 1984	RPS NCS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOE Main / Hôp. de Necker-Mérieux	33.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel 1980	NPPS NCS	- Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'Onco-Hématologie (IC&M)	47.02 Cancérologie / Radiothérapie Océan / Cancérologie
MAIRI Michel 1984	NPPS NCS	- Pôle de Biologie - Département Biomatériaux Synthétiques et Naturels / O&M	34.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (général) (obstétrique)
MARTIN Thierry 1984	NPPS NCS	- Pôle de Spécialités Médicales - Cancérologie / BMO - Service de Médecine Interne et d'Orl (Nouvel Hôpital Civil)	47.03 Otorhinologie (général ORL)
Mme MARCAUX Céline 1974	NPPS NCS	- Pôle de Pathologie Respiratoire - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	31.01 Pneumologie / Asthme
Mme MATHIEU Carole 1971	NPPS CS	- Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Biologie / IC&M	34.03 Gynécologie-Obstétrique - Gynécologie Ménopausale
MAUVEUR Laurent 1948	NPPS CS	- Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Necker-Mérieux - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie / Transfusion Océan Hématologie Biologique
MEZJUCITELLI Jean-Philippe 1983	NPPS CS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	31.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MÉNARD Didier 1983	NPPS NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (TM HUS)	42.02 Parasitologie et mycologie Océan (général)
MEYER Paul-Michel 1934	RPS CS	- Pôle d'Anesthésiologie / Réanimation chirurgicale / SAMU SAMU	48.01 Océan / Anesthésiologie-Réanimation Nouvel Hôpital
MEYER Yann 1988 / 1992	NPPS NCS	- Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC - Institut de Physiologie / Faculté de Médecine	44.02 Physiologie (général biologique)
MEYER Nicolas 1988	NPPS NCS	- Pôle de Santé publique et Santé au Travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil - Biostatistiques et Informatique / Faculté de Médecine / Hôp. Civil	43.04 Biostatistiques, épidémiologie Médicale et Technologies de Communication Océan (général)
MEZIANI Pierre 1970	NPPS CS	- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipanique - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.00 Réanimation
MORASSER Laurent 1987	NPPS CS	- Pôle de Pharmacopneumologie - Lab. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire - KAT295 / F&C	48.03 Océan / Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier 1988	NPPS NCS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	31.02 Cardiologie
MOURIN Bruno 1988	NPPS CS	- Pôle de Spécialités Médicales - Cancérologie / BMO - Service de Néphrologie Dialyse et Transplantation / NHC	32.05 Néphrologie
MUTTEN Gilles 1971	RPS NCS	- Pôle Hépatogastro-entéro / Hôpital Civil - Service de Chirurgie Hépatobiliaire et Digestive / NHC	32.02 Chirurgie digestive
NAMER Jean-Jacques 1972	NPPS CS	- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / IC&M	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
MEYER Georges 1974	NPPS NCS	- Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / IC&M	47.02 Cancérologie / Radiothérapie Océan Radiothérapie biologique
MILLER 1911 / 1914	NPPS NCS	- Pôle d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale SAMU-SAMU - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Michel 1981	NPPS NCS	- Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie 5 - Imagerie vasculaire et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale Océan (général)
OHLEMAN Pierre 1978	RPS CS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	31.02 Cardiologie
Mme OLLARD Anne 1984	NPPS NCS	- Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	31.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PALLARD Catherine 1974	NPPS CS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 2 / Hôpital de Necker-Mérieux	34.01 Pédiatrie
PILACCIA Thierry 1988	NPPS NCS	- Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicale / SAMU-SAMU - Centre de formation et de recherche en sémiologie des sciences de la santé / Faculté	48.00 Réanimation / Médecine d'urgence Océan / Médecine d'urgence

NOM et Prénoms	CD	Services Hospitaliers ou traitant / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme FERRETTA Ghara P011	NRPS NCS	- Pôle Hépatogastro-entéro / Nouvel Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
MEDSAUX Fatiha P012	NRPS CS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
REYD Maryse P013	CCP	- CANC - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie - Radiothérapie Option - Cancérologie Clinique
RAOUI Samir P014	NRPS NCS	- CANC - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie - Radiothérapie Option - Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P015	NRPS CS	- Pôle d'Investigation / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Neurologique	46.01 Anesthésiologie-réanimation / Médecine d'urgence (option chirurgie)
FRADERNAC Alain P016	NRPS NCS	- Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Néphrologie, Endocrinologie, Diabétologie (MRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUET Françoise P017	NRPS CS	- Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Traitement de l'épilepsie	43.02 Neurochirurgie
Dr BAUL Jean-Christophe P018	NRPS CS	- Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'urgence médico-judiciaire et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et MEG - Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.01 Médecine légale et droit de la santé
REDAUD Jean-Marc P019	NRPS NCS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépatogastro-entérologie et d'assistance nutritionnelle / HP	52.01 Option - Gastro-entérologie
Dr RIZZI Nicolas P020	NRPS NCS	- Pôle de Biologie - Département Biologie du Développement et cellule souches / IGME	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOHÉ Serge P021	NRPS CS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	52.02 Chirurgie générale
ROMAN David M001 / P022	NRPS NCS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	52.02 Chirurgie générale
Mme RODRIGOL BERNARD Sylvie P023	NRPS NCS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUX Gérard P024	NRPS NCS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P025	NRPS CS	- Pôle chirurgie - Serv. d'Urologie B - Imagerie médicale et cardio-vasculaire / SHF	43.02 Radiologie et imagerie médicale (partie chirurgie)
GARNIER Nicolas P026	NRPS NCS	- Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétricale / HP	54.02 Gynécologie-Obstétrique / gynécologie Pédiatrie Option - Gynécologie Obstétricale
SAGEN Amour P027	NRPS NCS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Ophtalmologie
SALLEAU Eric André P028	NRPS NCS	- Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil - Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.01 Biostatistiques, informatique médicale et Technologies de Communication (option Informatique)
SAUSSURE Christine P029	SPS CS	- Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P030	NRPS CS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Ophtalmologie
Mme SCHULTZ-BOLARD Caroline P031	NRPS NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option hépatique)
SCHNEIDER Françoise P032	NRPS CS	- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipain - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	46.02 Réanimation
Mme SCHROEDER Carmen P033	NRPS CS	- Pôle de Psychiatrie et de soins mentaux - Service de Psychiatrie pour Enfants et Adolescents / HC	45.04 Pédiopsychiatrie - Adolescence
SCHULTZ Philippe P034	NRPS NCS	- Pôle Tête et Cou - CETO - Serv. d'Orl rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-maxillo-faciale / HP	52.01 Oto-rhino-laryngologie
DEPFATY Laurence P035	NRPS CS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-entérologie et d'assistance nutritionnelle / HP	52.01 Gastro-entérologie - Hépatologie Anesthésiologie Option - Hépatologie
SELIA Jean P036	NRPS NCS	- Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Néphrologie, Endocrinologie, Diabétologie (MRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	52.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P037	NRPS CS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires HTA-Pharmacologie clinique/HC	51.04 Option - Médecine vasculaire
THAMEAU Fabien P038	NRPS NCS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation hépatique / HC	51.04 Option - Chirurgie vasculaire
Mme THARDYANT Christine P039	NRPS CS	- Pôle Tête et Cou - CETO - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Neurologie
VELLON Francis P040	NRPS CS	- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie X - Imagerie structurale, ORL et Médecine / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (partie structurale)
VELTEN Marie P041	NRPS NCS	- Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Ecologie de la Santé / Hôpital Civil - Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, écologie de la santé et prévention (option épidémiologie)
VETTER David P042	NRPS NCS	- Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Néphrologie, Endocrinologie, Diabétologie (MRNED) - Service de Médecine interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option - Gastro-entérologie
VIALLET Pierre P043	NRPS CS	- Pôle de Psychiatrie et de soins mentaux - Service de Psychiatrie d'Urgence, de jour et de Psychoneurologie / Hôpital Civil	45.02 Psychiatrie d'adultes
VIELLE Stéphane P044	NRPS NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies Infectieuses / Faculté	44.02 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (partie microbiologie)
VOGLÉ Thomas P045	NRPS CS	- Pôle de Génétique - Serv. de soins de suite et réadaptation génétique/Hôpital de Hautepierre	41.01 Option - Génétique et biologie du développement
WEBER Jean-Christophe Pierre P046	NRPS CS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Option - Médecine interne

NOM et Prénoms	CF*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLFF Philippe 1952	NRPS NCS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations hépatiques / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HP	53.02 - Chirurgie générale
Mme WOLFF Estera 1952	NRPS CS	- Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Neurologie	48.01 - Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM : Plateau technique de microbiologie

*) CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Csp : Chef de service par interim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité universitaire

P4 : Pôle RPS (Recrutement de Pôle) ou NRPS (Non Recrutement de Pôle)

Cons. : Consultant hospitalier (présente des fonctions hospitalières sans chef de service) Di : Directeur

(1) En surcroissance universitaire jusqu'au 31.08.2018

(2) (1) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable -> 31.08.2017

(3) En surcroissance universitaire jusqu'au 31.08.2018 (4) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) -> 31.08.2017

(5) En surcroissance universitaire jusqu'au 31.08.2017 (6) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) -> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CF*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Lauree	NRPS CS	- Pôle Spécialités médicales - Cardiologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.01 Médecine palliative
HABIBMETZER François	CS	- Pôle Hépatobiliaire - Service de Gastro-Entérologie - NHC	48.01 Gastro-Entérologie
MINAZAA Yous		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SILVAT Eric	CS	- Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOU	NOU	CE	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
	AGN Arnaud M003		- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Hospices Méthodiques / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine Nucléaire
	Mme ANTONI Delphine M016		- Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie / Radiothérapie
	Mme AYME-GRECH Ezzela M017		- Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie Clinique / Faculté de Médecine	46.03 Pharmacologie Intégrative - pharmacologie clinique / sérologie - Diabète / pharmacologie fondamentale - Génétique (option biologique)
	Mme BIANGLANI Valérie M006		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
	B. ONDET Cyril M041		- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Hospices Méthodiques / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
	BOUSSES Olivier M000		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	Mme BRU Valérie M044		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM HUG) - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	46.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
	Mme BRU Carole M038		- Pôle d'Imagerie - Service de médecine Nucléaire et Hospices Méthodiques / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	CARAFFO Raphaël M010		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
	CAZZATO Roberto M019		- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie à l'intermédiaire / HUG	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
	Mme CEREA Hélène M024		- Pôle de Biologie - Service de Neurobiologie / HP	46.02 Neurobiologie
	CERONNE Jacques M005		- Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Analytique / ISMUC	47.02 Cancérologie / Radiothérapie (option biologique)
	CHEVREY Thomas M018		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologie et)
	CHOUET Philippe M014		- Pôle d'Imagerie - UFR02 - Imagerie Fonctionnelle / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	CLÈRE-JÉRÔ Raphaël M017		- Pôle Urgences - Réanimation médicale / Centre antipain - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	46.02 Réanimation
	Mme CONZANI Elena Maria M026		- Pôle d'adulte médecine interne/Unité Cardi vasculaire - Ser. des Maladies vasculaires/HTA-Pharmacologie d'urgence/IC	47.04 Option / Médecine vasculaire
	DAL FOLICEY Ahmad Nazam M017		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HUG	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	DEJOURS Jean-Baptiste M016		- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
	DEYSS Dany M004		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
	Mme DIMELACKER Vera M021		- Pôle Télé et Ceu / CEU - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	46.01 Neurologie
	DOLLE Pascal M007		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HUG	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	Mme EMACHE Inna M003		- Pôle de Pathologie Immunologique - Service de Pédiatrie et d'Explorations fonctionnelles / ISMUC	46.02 Pédiatrie
	Mme FABIOLA-JACARON Audrey M004		- Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico- -judiciaire et Laboratoire de Toxicologie / Faculté de Médecine - Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
	FELTEN Renaud M020		- Pôle Télé et Ceu - CEU - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AIC / Hôpital de Hautepierre	46.04 Thérapeutique, Médecine de la Santé, Radiothérapie
	FELZETTI Dany M009	CS	- Pôle de Biologie - Lab. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUG et - Faculté	46.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
	FOUCHER Jack M007		- Unité de Physiologie / Faculté de Médecine - Pôle de Psychiatrie et de SAMU mental - Service de Psychiatrie / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
	GASTNER Pierre M012		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie de Vevey / PTM HUG et Faculté	46.01 Bactériologie-Virologie / Hygiène Hospitalière - Option Bactériologie-Prévention Biologique
	GES Vincent M040		- Pôle de Médecine médicale - Cancérologie / SAMU - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / HUG	47.03 Immunologie (option clinique)
	GILLON Anne M015		- Pôle de Biologie - Institut Laboratoire de Bactériologie / PTM HUG et Faculté	46.01 Option - Bactériologie-urologie - Biologique
	GUERIN Eric M000		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
	GUFFROY Aurélien M025		- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SAMU - Service de Médecine interne et d'Immunologie Clinique / HUG	47.05 Immunologie (option clinique)
	Mme HANSEN RASTEL Laura M019		- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Hospices Méthodiques / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	HUBBLE Fabrice M003		- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Hospices Méthodiques / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / HUG	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	JASTNER Philippe M000		- Pôle de Biologie - Département Génétique fondamentale et clinique / ISMUC	47.04 Génétique (option biologique)
	Mme KEMMEL Virginie M006		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	KOCH Guillaume M026		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (option clinique)
	Mme KRASNY-PACHA Agnès M019		- Pôle de Médecine Physique et de Réhabilitation - Institut Universitaire de Réhabilitation / Clinicien	46.05 Médecine Physique et Réhabilitation
	Mme LANDOUX Valérie M004		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	Mme LANNES Béatrice M001		- Unité d'Imagerie / Faculté de Médecine - Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Radiologie, Otorhinolaryngologie et Cytopathologie (option biologique)
	LAVALLE Thomas M000		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CE	Services hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
M. ZENJIRAKOZ Gabor 98103		- Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Orthognathie et Dermatoscopia - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
M. LURMITE Benoît 98110		- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	43.83 Anatomie et cytopathologie
M. LUTZ Jean-Christophe 98106		- Pôle de Chirurgie maxillo-faciale reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	58.93 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. BLOUET Laurent 98101		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Histologie biologique / Hôpital de Hautepierre et HHC	44.33 Biologie cellulaire (type mode - biologique)
Mme MOLYCO Céline Et GUNTHER 98104	CE	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CAMCO Strasbourg	54.83 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (autres biologies)
M. MULLER Jean 98102		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (autres biologies)
Mme NICOLAI Aline 98107		- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.82 Anatomie et Cytopathologie (autres Cliniques)
Mme NOURRY Nathalie 98111		- Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie Infectieuse et de Médecine du Travail	46.02 Médecine et Santé au Travail (autres Cliniques)
M. PENREACH Ewan 98102		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / HHC	44.51 Biochimie et biologie moléculaire
M. PFAFF Alexander 98103		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	43.02 Parasitologie et mycologie
Mme FITON Aude 98104		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / HHC	47.04 Génétique (autres biologies)
Mme PORTER Louise 98106		- Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type génique)
M. PREVOST Gilles 98107		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Culture - Bactériologie-virologie (biologique)
Mme NICODAVLJEVIC Milica 98108		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie histologique / Nouvel Hôpital Civil	47.02 Immunologie (autres biologies)
Mme REIR Nathalie 98108		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / HHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.21 Biochimie et médecine légale
Mme ROU Marianne 98111		- Pôle de Biologie - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / HHC	44.32 Physiologie (autres cliniques)
M. ROQUE Fabrice Et AD 98105		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Clinique et Biochimie / HHC	44.51 Biochimie et biologie moléculaire (autres biologies)
Mme ROLLAND Delphine 98107		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Histologie biologique / Hautepierre	47.81 Hématologie / Transfusion (type mode - Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth 98104		- Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HHC	48.01 Neurologie
Mme RABIN Aline 98108		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	43.02 Parasitologie et mycologie (autres biologies)
Mme SCHEDDECKER Sabine 98102		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
M. SCHRAM Fabrice 98104		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Culture - Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLIS Margaux 98102		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.21 Bactériologie-Virologie, Hygiène hospitalière Culture - Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle 98109		- Pôle de Médecine Interne (Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MHNED)) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	52.51 Rhumatologie
Mme TELGAARD-PEROUL Emile 98102		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Culture - Bactériologie-virologie (biologique)
M. TALHA Samy 98107		- Pôle de Pathologie Fonctionnelle - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / HHC	44.52 Physiologie (autres cliniques)
Mme TALON Isabelle 98109		- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.32 Chirurgie infantile
M. TELETI Marc 98107		- Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CAMCO Strasbourg	54.83 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (autres biologies)
M. VILAT Laurent 98104		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / Hôpital de Hautepierre	47.81 Hématologie / Transfusion Culture Hématologie Biologique
Mme VELAY-BUSCH Aurelie 98102		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.21 Bactériologie-Virologie, Hygiène hospitalière Culture Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odie 98109		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	43.02 Parasitologie et mycologie (autres biologies)
Mme WOLF Mathis 98102		- Charge de mission / Administration générale - Directeur de la Qualité / Hôpital Civil	46.02 Culture - Pharmacie (autres cliniques)
Mme ZALOSZYC Aline Et MARCANTON 98106		- Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Hôpital de Hautepierre	54.51 Pédiatrie
M. ZILL Joffrey 98111		- Pôle de Pathologie Fonctionnelle - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HHC	44.52 Physiologie (autres cliniques)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

M. KESSEL Nils	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	02	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
M. LAUREN Léon	CIIBI CRM 2017 - Equipe M6 / Faculté de Médecine	03	Neurosciences
Mme MIRALLES Cécile	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	07	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Malvina	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	03	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	02	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
M. VASNEFON Frédéric	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	03	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
M. ZIMMER Alexis	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	07	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr. Ass. GRES Jean-Luc	0004	Médecine générale (01.05.2013)
Pr. Ass. GROS-BERTHOU Alexis	0010	Médecine générale (01.08.2010)
Pr. Ass. GULLOU Philippe	M006	Médecine générale (01.11.2013)
Pr. Ass. HEDJ Philippe	M009	Médecine générale (01.11.2013)
Pr. Ass. ROUGERE Fabien	0007	Médecine générale (01.05.2014)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dr. CHAMBE Juliette	0018	01.05 Médecine générale (01.05.2016)
Dr. LORENZINI Mathieu		03.05 Médecine générale

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dr. DIMAS Claire		Médecine générale (01.05.2016 ou 01.08.2016)
Dr. DANIELLE Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr. SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

D1 - PROFESSEUR AGREGÉ, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACOFFI-RESSLER Pia	0005	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDIAS Peggy	M005	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.09)
Mme DEBENDOUR Marie-Noëlle	0001	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JANDER Nicole	M006	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTIN Suzanne	M006	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Marina (Chirurgie digestive) / 01.00.04	KUNTZMANN Fuzsua (Dermatologie) / 01.00.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.00.09	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.00.08
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétricale) / 01.00.21	LANG Gabriel (Orthopédie et Traumatologie) / 01.00.08
BARRESE Pierre (Cardiologie) / 01.00.12	LANSER Bruno (Gynécologie) / 01.00.19
BATZSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.00.06	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.00.03
BALMAÑA René (Néphrologie-gastro-entérologie) / 01.00.10	LORECHIFFER Jean (Physiologie) / 01.00.10
BERGHEAT Jean-Pierre (Cardiologie) / 01.00.10	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.00.10
BERTHEL Marc (Dermatologie) / 01.00.10	MALLOT Claude (Anatomie humaine) / 01.00.05
BERTZ Michel (Physiologie) / 01.00.09	MATTEI Michel (Biochimie et bio-médecine) / 01.00.12
BUCHELT Jean-Frédéric (Médecine interne) / 01.00.10	ODD / 01.00.10a (Généraliste) / 01.00.10
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.00.05	MANNIN Fatma (Médecine Légale) / 01.00.14
BODMANNINGER Kelly (Pathologie) / 01.00.20	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.00.04
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.00.05	MARESCAJU Christian (Neurologie) / 01.00.10
BOSSUET Pascal (Pharmacologie) / 01.00.10	MARESCAJU Jocelyne (Chirurgie digestive) / 01.00.10
BRECHENMAYER Claude (Cardiologie) / 01.00.09	MARX Jean-Jacques (Biochimie et Biologie moléculaire) / 01.00.08
BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétricale) / 01.00.10	NESSER Jean (Pédiatrie) / 01.00.07
BURKHARD Guy (Pharmacologie) / 01.00.08	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.00.10
BUSSETTEIN Claude (Pédiatrie) / 01.00.10	MEYER Pierre (Anatomie, Morphologie, Biologie moléculaire) / 01.00.10
CANTREAU Jean (Médecine et Santé au travail) / 01.00.10	MONTES Hervé (Cardiologie) / 01.00.10
CAZENAIVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.00.10	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.00.08
CHAMPY Hélène (Généraliste) / 01.00.10	OCJET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.00.10
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.00.10	PASQUAL Jean-Louis (Pneumologie-obstétricale) / 01.00.10
CHILLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.00.10	PATRE Michel (Psychiatrie) / 01.00.10
CHOUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.00.10	Mme PAUL Gabriela (Pneumologie) / 01.00.10
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie dentaire) / 01.00.10	PROGET Michel (Endocrinologie) / 01.00.10
COLLARD Nicolas (Neurologie) / 01.00.08	POTTECHER Thierry (Anatomie Pathologique) / 01.00.10
CONSTANTINESCO André (Physiologie et médecine sportive) / 01.00.10	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.00.08
CRICKMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.00.10	RITTEL Jean (Gynécologie-Obstétricale) / 01.00.08
COFFRELL Michel (Gastro-entérologie) / 01.00.10	RUMBLER Yves (Bio- Développement) / 01.00.10
DUCLOU Bernard (Hépatologie-Hépatologie) / 01.00.10	SANDREIN Guy (Pharmacologie) / 01.00.10
DUFRENOIS Jean-Pierre (Anatomie Pathologique) / 01.00.10	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.00.08
EDENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.00.10	SCHVAIGER Paul (Chirurgie dentaire) / 01.00.10
FABRE Michel (Chirurgie et histologie) / 01.00.08	SCHLAEGER Guy (Gynécologie-Obstétricale) / 01.00.10
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.00.10	SCHLENGER Jean-Louis (Médecine interne) / 01.00.10
FLAMANT Jacques (Ophtalmologie) / 01.00.08	SCHWAB Gérard (Radiologie) / 01.00.10
GAY Gérard (Néphrologie-gastro-entérologie) / 01.00.10	SEE Hervé (Anatomie humaine) / 01.00.08
GERLINGER Pierre (Bio de la Reproductive) / 01.00.08	STIEGLER Jean-Luc (DPL) / 01.00.10
GRUCKER Daniel (Institut de Physiologie Biologique) / 01.00.10	STOL Claude (Généraliste) / 01.00.08
GUY Jean-Pierre (Chirurgie) / 01.00.10	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.00.10
HAESELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.00.10	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.00.08
HAUBTMANN Georges (Hématologie) / 01.00.10	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.00.08
HOO Ernest (Dermatologie) / 01.00.08	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.00.08
HELI Marc (Médecine interne) / 01.00.08	TREMMER Alain (Gynécologie-Obstétricale) / 01.00.10
JACQUIN Didier (Chirurgie) / 01.00.10	VALTHERS Philippe (Médecine physique et réadaptative) / 01.00.10
JACK Daniel (Chirurgie générale) / 01.00.10	VEITTE Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.00.10
JESSEL Michel (Médecine physique et réadaptative) / 01.00.08	VINCENDON Guy (Dermatologie) / 01.00.08
KARH Jean-Luc (Anatomie) / 01.00.10	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.00.10
KERH Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.00.08	WATTEL Amaul (Gynécologie-Obstétricale) / 01.00.10
KREMER Michel / 01.00.08	WEGM Jean-Marie (Chirurgie Pédiatrique) / 01.00.10
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.00.10	WELK André (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.00.10
KREUER Jean (Neurologie) / 01.00.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.00.08
KURTZ Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.00.08	WOLFRUM-GRELL Nicole (Anatomie) / 01.00.08

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine - 4, rue Kirchler - F - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.81.30.20 - Fax : 03.88.81.30.18 ou 03.88.81.34.87
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :
 - HEC : Hôpital Civil - 1, Place de l'Hôpital - B.P. 406 - F - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.07.00
 - HC : Hôpital Civil / 1, Place de l'Hôpital - B.P. 406 - F - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.87.88
 - HP : Hôpital de Hautepierre - Avenue Wallace - B.P. 40 - F - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.00.00
 - Hôpital de La Robertsau : 85, rue Robertsau - F - 67010 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.30.11
 - Hôpital de l'Escau : 10, rue Grand - 67081 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.87.88
 CWCO - Centre Médico-Chirurgical et Centralisé : 19, rue Loyer-Pasteur - B.P. 100 - 67081 Strasbourg - F - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.81.30.00
 E.C.D.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumgartner - B.P. 90 - F - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.20.20
 E.F.S. - Établissement Français de Sang - France : 10, rue Spemann - B.P. 90 - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.20.20
 Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" : 5, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.20.20
 IRC - Institut Universitaire de Radiobiologie Chimiothérapie - Cytologie de Strasbourg et IRECAN (Unité pour le Gestion des Établissements des Collèges d'Anatomie Humaine) : 40, Boulevard Derringer - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
 DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
 DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
 QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
 À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	- Pôle Médo-Chirurgie de Pédiatrie - Service de Réanimation néonatale spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MIRIOH Marie	- Pôle Oncologie Médico-Chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Épithélio-Médecine / CAIE
Mme Drs GEMARD Bénédicte	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Drs GOURTELLE Bénédicte	- Pôle de Pharmacologie et Pharmacie - Service de Pharmacie Spécialisée / Nouvel Hôpital Civil
Dr KAPCHER Fabrice	- Pôle de Génétik - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'Échouage gastro-intestinal / CHU/PAI / Hôpital de la Trinité
Mme Drs LALEMAN Lucie	- Pôle Urgences - SAMU/ET - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'Accueil aux soins de nuit / La Biopôle JENHO
Dr LEFEBVRE Nicolas	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SAMU) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Drs LICHYBLAU Isabelle	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie de la reproduction - ONCO de Strasbourg
Mme Drs MARTIN-HUNYADI Catherine	- Pôle de Génétik - Service Endocrin / TDM de la Trinité
Dr NISAND Gabriel	- Pôle de Santé Publique et Santé au Travail - Service de Santé Publique - DM / Hôpital Civil
Mme Drs PETIT Flore	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SAMU) - UCSA
Dr PERRELO Olivier	- Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / ONCO
Dr REY David	- Pôle Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - La nuit d'urgence - Centre de soins de l'enfant par le VNI / Nouvel Hôpital Civil
Mme Drs RONDE OUSTEAU Nicole	- Pôle Luxembourgeois - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre
Mme Drs RONDERES Catherine	- Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre de Soins Biologiques CHU/PAI / SMO
Dr TOCHMAGNY Sébastien	- Pôle Médo-Chirurgie de Pédiatrie - Service des Urgences Médo-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Drs WISSE Anne	- Pôle Urgences - SAMU/ET - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- de 2017 et à vie (membre de l'Institut)
 - CHAMBERN Pierre (Biochimie et Biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et Biologie moléculaire et cellulaire)
- jusqu'à son décès (1er avril 2018 au 31 mars 2020)
 - Mme STREB Sylvia (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- jusqu'à son décès (1er septembre 2018 au 31 août 2020)
 - DUFOUR Francis (Cardiologie clinique)
 - RESARD Aurélien (Endocrinologie-diabète)
 - PRODET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
 - Mme GUYON Elisabeth (Pneumologie)
- jusqu'à son décès (1er septembre 2020 au 31 août 2020)
 - BEUDCO Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANON Jean-Marie (Pédiatrie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - KOPFENSCHMITZ Jacques (Urgences médo-chirurgicales adultes)
- jusqu'à son décès (1er septembre 2021 au 31 août 2024)
 - DANON Anne (Psychiatrie, addictologie)
 - DEMLINGH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HEINRECHT Nadia (Hématologie)
 - STEB Jean-Paul (Chirurgie du rectum)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc - CHU-01 - INCAU 01.09.2008 - 30.09.2012 - renouvelé 01.10.2012-30.09.2013-30.09.2021

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITÉ

Pr CAMPRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LANG Wilke S.	(2019-2020)
Pr MAHE Aïme	(2019-2020)
Pr MASTELLI Aïme	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Mme RONDERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

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. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.”

Liste des abréviations

ALD : Affection Longue Durée

COREQ : Consolated criteria for Reporting Qualitative Research

FIV : Fécondation In Vitro

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

MHO : Metabolically Healthy Obesity

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMA : Procréation Médicalement Assistée

PNNS : Plan National Nutrition-Santé

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

US : United States

Remerciements

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Gilles Bertschy, je vous remercie pour l'honneur que vous me faites de présider cette thèse ainsi que pour l'intérêt accordé à mon travail. Les troubles psychiques étant fréquemment associés à l'obésité, je vous suis reconnaissante d'apporter votre expertise de spécialiste en psychiatrie.

A ma directrice de thèse, le Docteur Marion Moreau, je te remercie de m'avoir épaulée dans la réalisation de ce travail. Tu as été une des premières à soutenir mon intérêt pour ce sujet passionnant et à me donner la confiance nécessaire pour m'y lancer.

Au Professeur Fabien Rougerie, je te remercie pour ta présence et pour l'intérêt porté à mon sujet de thèse, ainsi que pour ton accompagnement en tant que tuteur au cours de mon internat.

Au Docteur Elise Fraih, c'est un plaisir de soutenir ce travail avec toi. Merci pour la formation que tu m'as offerte à tes côtés. Tu es une médecin inspirante tant par ta bienveillance que par ton professionnalisme.

Aux personnes ayant participé à cette thèse :

Merci à tous les volontaires qui m'ont accordé du temps pour la réalisation des entretiens et qui m'ont ouvert une partie de leur intimité. Sans eux, cette thèse n'aurait pas pu exister et je les remercie pour tout ce qu'ils m'ont appris et l'enrichissement que j'ai tiré de cette expérience humaine.

Merci à tous les médecins ayant accepté de mettre l'annonce dans leur salle d'attente et ayant porté de l'intérêt à ce sujet de recherche.

Merci au Docteur Léa Charton pour ses conseils avisés concernant mon guide d'entretien ainsi qu'au cours des formations universitaires de méthodologie du travail de thèse.

Merci au Docteur Laurène Assailly concernant ses conseils sur l'analyse d'entretien ainsi que ses mots m'ayant mise en confiance pour la suite du travail.

Aux personnes ayant participé à ma formation médicale :

Au Docteur Anabelle Sanselme, j'ai découvert la médecine générale à tes côtés et je te remercie pour cette belle expérience qui a probablement été déterminante dans ma vie.

Merci aux médecins du cabinet médical du Poisson, vous m'avez rappelé ma passion pour la médecine générale après de difficiles mois aux urgences. Hubert, je te remercie pour tout ce que tu m'as appris sur le plan médical, mais aussi pour ces instants de culture et d'échanges sur le trajet des visites. Ton organisation et ta rigueur continuent à m'inspirer dans ma pratique quotidienne.

Au Docteur Emilie Wack, tu as été une mentor et une inspiration. J'ai énormément appris à tes côtés et je ne serais pas le médecin que je suis aujourd'hui sans ton enseignement. Merci pour la confiance que tu m'as accordée au cours de ces mois de remplacement.

Aux Docteurs Kathia L'Hôte et Delphine Galiano-Mutschler, merci pour votre bienveillance et l'accueil que vous m'avez réservé dans votre cabinet. Je me réjouis de travailler avec vous au quotidien.

A mes proches :

Merci à ma famille grâce à qui les dimanches étaient une bulle pour récupérer durant ces précieux moments partagés tous ensemble.

A ma mère, qui n'a pas eu le temps de me voir devenir médecin, mais dont je devine la fierté aujourd'hui.

A ma grand-mère, qui me surnommait sa fourmi pendant ces années studieuses à travailler chez eux et qui me changeait les idées en me racontant ses aventures lorsque j'avais besoin d'une coupure.

Merci à Miléna et Danièle pour l'intérêt que vous avez porté à mon sujet de thèse ainsi que pour le travail de relecture que vous avez effectué. Merci pour ces soirées entre filles à rire toutes ensemble.

Merci à Pierre et Marie-Paule pour m'avoir accueillie dans votre famille et pour toutes les attentions que vous nous portez à Lucas et moi.

Alicia, ta rencontre a été de ces coups de cœur fusionnel, une de ses personnes avec lesquelles on se sent instinctivement bien. Ton professionnalisme et ton investissement sont inspirants. Mais c'est tes qualités humaines qui font de toi une amie hors pair que je suis heureuse de compter à mes côtés.

Quentin, toi qui trouve toujours les mots pour me faire rire, bien plus efficace que n'importe quel antidépresseur.

Pauline, Siméon, Natascia et Kévin, merci d'être dans ma vie tout simplement. Vous êtes de ces amis qu'on peut voir en pyjama, avec qui les convenances sont dépassées depuis longtemps, un peu comme en famille. Merci d'être là au quotidien, pour les moments heureux, les moments plus durs, les raquettes et les soirées jeux.

A mes Copinettes, que dire de vous à part que je vous aime et que je n'imagine pas ma vie sans vous. Merci d'être là pour les rires, les coups de gueule, les moments de détresse... Et ce depuis tellement d'années. Qu'on-ce le dise, vous êtes toutes sacrément badass à votre manière. Petite mention spéciale à Emmanuelle pour l'aide au codage des entretiens.

Lucas, merci d'être à mes côtés depuis ces nombreuses années, à écouter mes doutes et mes angoisses, à partager mes joies et mes projets. Tu m'aides à trouver l'équilibre, à donner le meilleur de moi-même. Tu as été mon premier relecteur, et celui dont l'avis comptait plus que tout. Tu incarnes mes petits bonheurs du quotidien, des bisous dentifrice à la cuisine à deux en écoutant Sofiane Pamart. Je t'aime et me réjouis de continuer à partager ma vie avec toi.

« Chers médecins, pas la peine de me sermonner sur mon poids à chaque grippe ou angine pour laquelle je viens vous consulter. Je sais déjà que vous voudriez que je maigrisse « *pour mon bien* », dites-vous.

Merci, mais je suis au courant que je suis grosse, obèse même. Depuis mon enfance, à chaque fois que je fais un pas hors de chez moi, les regards, les discours, de proches ou d'étrangers, ne cessent de me le rappeler.

C'est déjà difficile à vivre. Mais vos mots et vos regards font plus mal que ceux des autres. Quand je viens vous voir vous, je suis malade et donc vulnérable. En plus, vous êtes une « *autorité médicale* », normalement digne de confiance : le médecin est un sachant. Sa parole est d'or. »

Lettre ouverte d'une fille grosse aux toubibs – Anouch ⁽¹⁾

Table des matières

Serment d’Hippocrate	11
Liste des abréviations	12
Remerciements	13
I. Introduction.....	18
II. Matériels et méthodes.....	24
1. Choix de la méthode	24
2. Sélection des participants	24
3. Recueil des données et caractéristiques des participants	25
4. Analyse des données et codage	25
5. Aspects éthiques	26
III. Résultats	26
A. Population étudiée	26
B. Arbre de codage.....	28
C. L’obésité : au-delà des préjugés	29
1. La composante familiale et innée	29
2. L’hygiène de vie	30
3. Le parcours de vie	33
4. Les causes hormonales	35
D. Le jugement des professionnels de santé	36
1. Une pression constante	36
2. L’absence d’accompagnement	37
3. Une intervention jugée injustifiée médicalement	38
4. L’accusation de responsabilité.....	39
5. L’humiliation	44
6. L’infantilisation et l’autorité médicale	45
7. Les infrastructures inadaptées renforçant le sentiment d’exclusion.....	46
8. Cas particulier du parcours de procréation médicalement assistée (PMA).....	47
9. Les retours positifs.....	47
E. Le jugement au sein de la société	49
1. Les préjugés et la stigmatisation.....	50
2. Le jugement de la famille et des proches	51
3. Au travail.....	53
4. Le diktat de la minceur dans la culture occidentale.....	54
F. Les conséquences de la stigmatisation	56
1. Le discours médical légitimise la stigmatisation sociétale	56
2. Culpabilité	57
3. Éviction et méfiance du milieu médical	59
4. Perte de motivation et sentiment de fatalité	61
5. Renforcement des troubles du comportements alimentaires (TCA)	63
6. Répercussions psychologiques et idées suicidaires	65
7. La recherche de perte de poids y compris au prix de sa santé	66
8. Autolimitations	66
G. Construire son identité de personne obèse	67
1. Le rapport au corps et à l’image de soi chez les femmes	67
2. Le rapport au corps et à l’image de soi chez les hommes	73
3. Comment se définir	74
4. L’obésité, une maladie ?	78

H. L'obésité : un combat du quotidien	80
1. Un combat multi-systémique.....	80
2. Faire face aux multiples freins	85
3. La grossophobie en débat.....	87
IV. Discussion	90
A. Résultats principaux.....	90
B. Forces et limites de l'étude	91
C. Comparaison à la littérature et réflexion autour des résultats.....	94
1. Les participants	94
2. Les situations perçues comme stigmatisantes en consultation.....	95
3. Les retours positifs.....	96
4. Les impacts.....	98
5. Stigmatisation sociale et stigmatisation médicale : influences réciproques	99
6. Les questions en débat : obésité maladie et grossophobie	100
V. Conclusion	103
Annexes	106
Annexe 1 : Fiche de recrutement	106
Annexe 2 : Guide d'entretien	107
Annexe 3 : Fiche d'informations générales	108
Bibliographie.....	109

I. Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'obésité comme « une situation d'accumulation anormale ou excessive de masse grasseuse dans le tissu adipeux dans des proportions telles qu'elle altère la santé »⁽²⁾.

L'indice de masse corporelle (IMC) est l'indicateur utilisé en pratique courante et reconnu au niveau international. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m^2 .

L'obésité est définie par un IMC supérieur ou égal à $30\text{kg}/\text{m}^2$ (tableau 1).

Son utilisation est basée sur sa corrélation entre la masse grasse corporelle⁽³⁾ et la relation en U ou en J entre l'IMC et la mortalité⁽⁴⁾. L'IMC reprend donc ainsi l'excès de masse grasseuse et l'altération de la santé présente dans la définition de l'OMS.

Tableau 1: Classification des adultes en fonction de l'IMC

Classification	IMC	Risque de morbidité associée
Insuffisance pondérale	<18,50	Faible (mais risque accru d'autres problèmes cliniques)
Eventail normal	18,50–24,99	Moyen
Surpoids:	≥25,00	
Préobèse	25,00–29,99	Accru
Obèse, classe I	30,00–34,99	Modéré
Obèse, classe II	35,00–39,99	Important
Obèse, Classe III	≥40,00	Très important

Source : d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Rapport d'une consultation de l'OMS.

L'utilisation de l'IMC pour le diagnostic de l'obésité présente cependant des limites⁽⁵⁾. Cet indicateur ne permet pas de différencier la masse maigre de la masse grasse et sera donc par exemple élevé chez les sportifs de haut niveau sans pour autant correspondre à une

accumulation de masse grasse. A l'inverse, une méta-analyse réalisée sur 31 968 patients montrait une sensibilité de seulement 50% de l'IMC à détecter un excès de masse grasse⁽⁶⁾.

A IMC égal, le pourcentage de masse grasse varie selon l'ethnie⁽⁷⁾, le sexe⁽⁸⁾, et l'âge⁽⁹⁾. L'IMC ne rend, par ailleurs, pas compte de la répartition anatomique de la masse grasse, or c'est la répartition abdominale de l'excès d'adiposité qui est particulièrement associée à une augmentation du risque métabolique et cardiovasculaire⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾.

En France, la prévalence de l'obésité chez l'adulte est de 17%⁽¹²⁾ selon l'enquête Esteban réalisée en 2015, soit plus de 8 millions de personnes. Cette prévalence est en augmentation significative dans le monde depuis ces 40 dernières années, notamment chez les enfants⁽²⁾⁽¹³⁾. Elle semble se stabiliser en France en comparaison à l'étude Obépi de 2006⁽¹⁴⁾. Cependant, la prévalence de l'obésité très sévère (IMC > 40 kg/m²) est en augmentation et représente plus de 500 000 personnes adultes en 2015.

Concernant le coût social du surpoids et de l'obésité, l'étude réalisée en France par la Direction Générale du Trésor l'estimait à 20,4 milliards d'euros en 2012⁽¹⁵⁾. Ce coût serait globalement comparable à celui de l'alcool ou du tabac et représenterait au moins 5% des dépenses de santé.

Si l'obésité est reconnue comme une pathologie chronique à part entière, elle est également un facteur de risque de plusieurs maladies.

Dans l'Union Européenne, un décès sur 13 serait en lien avec un excès de poids, avec une origine cardio-vasculaire retenue dans la majorité des cas⁽¹⁶⁾. Dans une méta-analyse de 2009, le risque relatif de développer une cardiopathie ischémique était respectivement de 1,81 et 1,79 pour les hommes et femmes en situation d'obésité⁽¹⁷⁾. Le risque relatif de diabète de type 2 était respectivement de 3,92 chez les femmes et de 2,40 chez les hommes en situation d'obésité. Selon l'enquête ObEpi 2012, le risque d'être traité pour hypertension artérielle est multiplié par

3,6 chez les personnes obèses par rapport aux sujets dont l'IMC est inférieur à 25 kg/m² ⁽¹⁴⁾.

Le lien entre surpoids et obésité et certains cancers est établi de façon certaine. Selon l'Agence Internationale de Recherche sur le cancer, sont associés à l'obésité avec des preuves d'associations suffisantes : les cancers colorectaux, les cancers du sein post-ménopausiques, de l'endomètre, du rein, du pancréas, du foie, du cardia, de l'œsophage, le méningiome et le myélome⁽¹⁸⁾.

Plus récemment, l'obésité a été mise en avant durant la crise sanitaire en tant que facteur de gravité pour la Covid-19, avec une augmentation du recours à la ventilation invasive et de la mortalité⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾.

D'autres affections n'engageant pas le pronostic vital mais pesant lourdement sur la qualité de vie des patients sont également plus fréquentes en cas d'obésité telles que les douleurs liées à l'arthrose⁽²²⁾⁽²³⁾. Un autre impact non négligeable sur la qualité de vie des patients en situation d'obésité est le retentissement psychosocial et la stigmatisation dont peuvent être victimes les personnes en surpoids dès l'enfance.

L'obésité est aujourd'hui perçue comme un facteur de risque et une maladie chronique et ce, bien au-delà de la sphère médicale. Cependant, cela n'a pas toujours été le cas. Bien que depuis des siècles certains ouvrages soulignent le lien entre obésité et problèmes de santé, ce n'est qu'au XX^e siècle que la médicalisation de l'obésité s'est imposée⁽²⁴⁾.

La parution en 1959 par la « Metropolitan Life Insurance Compagny » des tables de morbimortalité en lien avec l'excès de poids va inciter les sociétés savantes à se préoccuper de la question⁽²⁵⁾. C'est avec le rapport de Genève de l'OMS en 1997 que l'obésité est définie comme une maladie chronique et une épidémie mondiale⁽²⁾. Ce rapport fixe les seuils d'IMC

retenus pour la définition de l'obésité et joue ainsi un rôle essentiel dans la construction des normes relatives au poids.

Malgré ses limites précédemment énoncées, l'IMC s'est imposé pour définir l'obésité et non plus comme simple outil d'estimation. Sa simplicité d'utilisation va ainsi permettre sa diffusion au grand public, permettant à chacun de calculer rapidement son IMC et savoir s'il rentre dans la norme actée par l'OMS. Arnaud Basdevant, Professeur en nutrition à Paris, alerte : « l'utilisation de l'IMC comme norme médicale contribue à une normalisation sociale de la corpulence avec des risques de surmédicalisation autant que de sous médicalisation des problèmes de poids »⁽²⁶⁾.

En parallèle de la médicalisation de l'obésité, une véritable culture de l'image et de la minceur va se mettre en place dans les sociétés occidentales à la fin du XX^e siècle. Le corps mince va devenir synonyme de bonne santé, d'athlétisme et de contrôle de soi. L'obésité devient répréhensible. Les jugements moraux vont s'appuyer sur la science pour légitimer leur point de vue. Les discours culturel et médical vont se superposer, participant à la forte stigmatisation des personnes en situation d'obésité⁽²⁷⁾.

Avec la médiatisation autour de l'épidémie d'obésité, le business de l'amaigrissement va devenir fleurissant et l'on assiste à une véritable épidémie de régimes. Bien que souvent justifiées pour des raisons de santé, les motivations premières sont généralement esthétiques et sociétales⁽²⁸⁾.

Comme le décrit le Dr Apfeldorfer dans son ouvrage, la minceur devient un capital⁽²⁹⁾ :

- qui peut s'hériter, si on a la chance d'avoir reçu en héritage les gènes adéquats
- qui peut s'obtenir par le labeur, c'est-à-dire le contrôle mental de ses comportements alimentaires
- qui peut s'acheter et permettre l'émergence d'un fat-business.

Le Professeur Arnaud Basdevant va ainsi mettre en garde : la « lutte contre l'obésité » peut renforcer la pression sociale autour de la minceur et aboutir, en caricaturant les conseils alimentaires, à une véritable stigmatisation du « gros ».

Le phénomène de stigmatisation a été décrit par Goffman comme un processus de discréditation et d'exclusion qui touche un individu considéré comme anormal ou déviant⁽³⁰⁾. Dans un premier temps, l'individu est désigné par son stigmate puis va l'intérioriser se désignant alors lui-même comme le gros, le myope ...

Il faudra attendre 2019 pour que le terme de « grossophobie » fasse son entrée dans le dictionnaire Le Robert comme étant l'attitude de discrimination envers les personnes obèses ou en surpoids⁽³¹⁾. Cette entrée signe la prise de conscience croissante de cette forme de stigmatisation, largement médiatisée par les réseaux sociaux⁽³²⁾.

Comme l'écrit le Dr B. Waysfeld dans l'ouvrage *Les Obésités* : « La stigmatisation des personnes en surpoids ou en situation d'obésité, rebaptisée grossophobie, n'est pas un racisme ordinaire. Elle infère en effet la culpabilité du sujet comme s'il s'agissait de son libre choix, de sa volonté, voire même de l'absence de celle-ci ! »⁽²⁶⁾. En effet, dans le cas particulier de l'obésité, la victime est désignée comme responsable de son état, ajoutant une culpabilité à la stigmatisation.

Cette stigmatisation va être à l'origine d'une série de discriminations sociales, affectant le parcours scolaire avec un moindre accès à l'enseignement supérieur⁽³³⁾, une plus grande difficulté d'accès à l'emploi⁽³⁴⁾ et de promotion professionnelle⁽³⁵⁾. L'obésité, dans les sociétés occidentales, peut être considérée comme un véritable handicap social⁽³⁶⁾⁽³⁷⁾.

La stigmatisation des personnes en situation d'obésité n'épargne pas le milieu médical⁽³⁸⁾⁽³⁹⁾. Selon une étude américaine réalisée auprès de 620 médecins généralistes, 50% d'entre eux catégorisent les patients obèses d'étranges, non attirants et non compliant⁽⁴⁰⁾, ces résultats se retrouvant également dans une étude française plus récente⁽⁴¹⁾. Cette stigmatisation est également présente auprès des étudiants en médecine⁽⁴²⁾, pour qui les obèses seraient le sujet de moqueries de prédilection⁽⁴³⁾.

Malgré cette stigmatisation, la plupart des étudiants en médecine et médecins généralistes se disent préoccupés par l'obésité⁽⁴⁴⁾⁽⁴⁵⁾ mais s'estiment mal à l'aise concernant ce sujet⁽⁴¹⁾⁽⁴⁶⁾⁽⁴⁴⁾. La corpulence mêlant des questions d'apparence physique, de représentations du corps et de santé, l'abord du poids en consultation peut paraître particulièrement délicat. Certains vont l'aborder avec maladresse, ou parfois participer à la stigmatisation subie par les personnes en situation de surpoids ou d'obésité. La HAS recommande pourtant de repérer systématiquement, à la première consultation puis régulièrement, le surpoids et l'obésité chez les patients consultant en médecine générale⁽⁴⁷⁾, tout en soulignant la nécessité de ne pas stigmatiser ni culpabiliser le patient.

Bien que de nombreuses études aient évalué la stigmatisation émanant des professionnels de santé directement auprès de ces derniers, peu d'études se sont interrogées sur le vécu du côté des patients⁽⁴⁸⁾.

L'objectif de cette étude est de comprendre quelles interventions sont vécues comme stigmatisantes ainsi que leur impact sur les personnes en situation d'obésité. Repérer les

situations stigmatisantes permettrait de mieux les éviter mais également de mieux accompagner les patients ayant pu en être victimes.

II. Matériels et méthodes

1. Choix de la méthode

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de volontaires en situation d'obésité. L'objectif de cette étude étant centré sur le vécu d'une expérience, l'approche par analyse interprétative phénoménologique nous a semblé la plus pertinente. Cette méthode a été développée initialement dans le domaine de la psychologie afin d'explorer la manière dont une expérience de vie a été ressentie et comprise par la personne l'ayant vécue⁽⁴⁹⁾. Les étapes de recherche ont tenu compte des critères de qualité selon la grille COREQ⁽⁵⁰⁾ (Consolated Criteria for Reporting Qualitative Research), critères anglo-saxons de validité en recherche qualitative.

2. Sélection des participants

Les participants ont été sélectionnés sur la base du volontariat à partir d'annonces de recrutement affichées dans des salles d'attente médicale, mais aussi des lieux non médicaux tels qu'un magasin de vêtements grandes tailles (modèle disponible en Annexe 1). L'annonce a aussi été partagée sur un groupe Facebook d'entraide à Strasbourg et alentours, précisant aux volontaires de me contacter par message privé ou par e-mail.

Le recrutement a été effectué selon un échantillonnage raisonné homogène, le plus adapté pour l'approche par analyse phénoménologique⁽⁵¹⁾. Les participants ont été recrutés sur l'expérience commune de l'abord du surpoids en consultation médicale, mais variaient sur de multiples

critères tels que l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle... Autant de facteurs pouvant faire varier le vécu du contact avec les professionnels de santé concernant le surpoids.

Nous avons choisi par avance d'exclure les mineurs, les patientes enceintes, les personnes âgées avec troubles cognitifs et les personnes présentant une barrière de langue. Ces situations ne se sont cependant pas présentées.

3. Recueil des données et caractéristiques des participants

Les entretiens ont été réalisés individuellement, de façon semi-dirigée. Le guide d'entretien permettait d'aborder le rapport au corps, les expériences marquantes en consultation vis-à-vis du poids ainsi que le vécu de l'abord. Le guide d'entretien a été modifié après analyse des premiers entretiens, la version finale étant disponible en Annexe 2.

Un lieu calme a été privilégié, laissé au choix du participant. Les séances ont fait l'objet d'un enregistrement audio après autorisation orale de chaque participant. A la fin de l'entretien, il a été demandé aux participants de remplir une fiche d'informations générales anonyme (disponible en Annexe 3).

4. Analyse des données et codage

Immédiatement après chaque entretien, mes premières impressions ont été retranscrites en quelques lignes dans un journal de bord. La retranscription a été réalisée mot pour mot par mes soins, afin de me familiariser au mieux avec les données. Les silences, les rires, les hésitations ont également été retranscrits en italique.

Une relecture des entretiens a été réalisée par la directrice de thèse ainsi qu'un codage de deux entretiens. Deux autres entretiens ont également été codés par la Dr Emmanuelle Albugues.

L'étiquetage des verbatims a été réalisé de façon manuscrite afin de faire émerger des thèmes puis des thèmes super-ordonnés. Des connexions ont ensuite été recherchées entre les différents thèmes des entretiens afin de faire émerger des concepts liant les entretiens entre eux.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à suffisance des données.

5. Aspects éthiques

Lors des entretiens, le consentement éclairé oral a été recueilli auprès de chaque participant, ainsi que la garantie de l'anonymat. Les noms propres, les lieux, ainsi que tout élément permettant l'identification du participant ont été retirés lors de la retranscription. Les données ont été stockées sur mon ordinateur verrouillé par un code, et les enregistrements audio supprimés après anonymisation.

Nous avons utilisé l'outil mis à disposition sur le site du Département de Médecine Générale de Strasbourg afin de connaître les démarches réglementaires à effectuer. L'étude se basant uniquement sur un recueil de données déclaratives, elle est en dehors du champ d'application de la loi Jardé.

III. Résultats

A. Population étudiée

Au total, 12 entretiens ont été réalisés entre octobre 2021 et septembre 2022 dans le Bas-Rhin, comprenant 8 femmes et 4 hommes. Les caractéristiques des participants sont résumées dans le tableau 2.1.

La durée moyenne des entretiens est de 56 minutes, pour un âge moyen de 44 ans. L'IMC actuel moyen est de 35,5 kg/m². 6 participants sur les 12 présentaient des pathologies associées telles qu'une hypertension artérielle, une dyslipidémie, une pathologie cardiovasculaire ou un

diabète. 6 participants sur les 12 rapportaient avoir déjà pris un traitement pour l'anxiété ou le moral.

Tableau 2 : Caractéristiques de la population étudiée

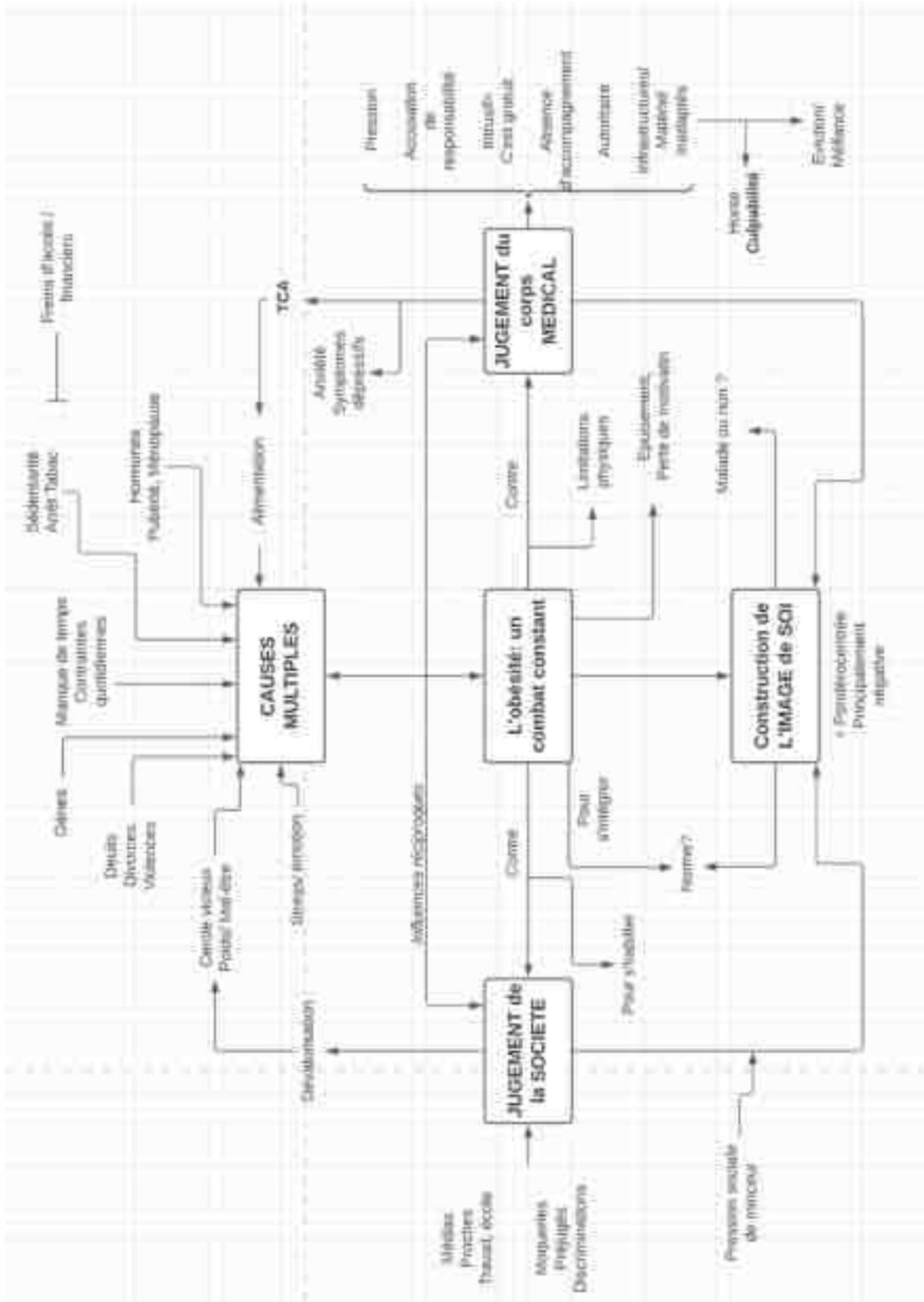
	Date	Sexe	Âge	IMC actuel	IMC maximal	Activité	Lieu de vie	Comorbidités	Lieu de rencontre	Durée
E1	18/10/21	M	22	30	37	Aide soignant	Urbain	Non	Lieu de travail	36 min
E2	06/12/21	F	52	36	45	Educatrice jeunes enfants	Urbain	Oui	Lieu de travail	57 min
E3	16/12/21	F	54	37	39,7	Recherche d'emploi	Semi-Rural	Oui	Domicile	01h08 min
E4	02/03/22	F	37	40,7	40,7	Chef de projet informatique	Urbain	Non	Mon domicile	01h01 min
E5	03/03/22	F	25	28,11	32,1	Etudiante	Urbain	Non	Café	01h07 min
E6	08/03/22	F	26	34,5	36,7	Etudiante	Rural	Non	Domicile	54 min
E7	16/04/22	F	64	41	42,9	Cadre retraitée	Urbain	Oui	Cabinet médical	01h05 min
E8	27/04/22	M	68	31	34	Employé retraité	Urbain	Oui	Cabinet médical	01h02 min
E9	25/05/22	F	40	39,7	39,7	Artiste	Rural	Non	Cabinet médical	01h06 min
E10	10/08/22	M	63	31	36,4	Retraité aéronautique	Rural	Oui	Domicile	47 min
E11	17/08/22	M	22	41	43,8	Etudiant	Urbain	Non	Cabinet médical	37 min
E12	13/09/22	F	57	36,2	39,5	Invalidité	Rural	Oui	Domicile	49 min

Les entretiens ont tous été réalisés en présentiel, l'un s'étant déroulé en compagnie de l'épouse du participant présente au domicile.

Un des premiers entretiens n'a pas été retranscrit suite à un enregistrement audio défectueux.

2 volontaires m'ayant initialement contacté n'ont finalement pas donné de suite au moment de convenir d'une rencontre. Ces derniers ont peut-être été freinés par la durée de la rencontre que j'estimais aux alentours d'une heure lorsque la question m'a été posée.

B. Arbre de codage



C. L'obésité : au-delà des préjugés

Lors des entretiens, c'est naturellement que chaque volontaire a évoqué son parcours de prise de poids, souvent comme point de départ. Derrière, transparait souvent le besoin d'aller au-delà du cliché de l'obèse glouton et inactif. Chacun a son parcours de poids unique, avec de multiples causes évoquées. L'évocation des différentes causes est souvent accompagnée de l'évocation des difficultés à perdre du poids.

Les préjugés sont également souvent évoqués : les gros seraient bêtes, fainéants, manquant de volonté.

E9 : « Faut arrêter de croire qu'une personne est grosse parce qu'elle bouffe toute la journée. C'est pas vrai. C'est pas vrai. C'est faux. Et c'est vrai que c'est l'appréhension que, enfin l'appréhension c'est, c'est pas le mot que je veux dire, c'est l'image reçue que la société nous impose, un gros égal quelqu'un qui bouffe Mcdo ou qui bouffe mal enfin voilà. Et en fait non c'est pas vrai. On peut être gros pour plein de raisons. »

E2 : « Le surpoids c'est aussi un problème un peu, pas dans la tête mais je veux dire, un vécu, qui joue. Parce que y a beaucoup de choses, qui font que on est comme on est »

1. La composante familiale et innée

Le caractère familial du surpoids est souvent cité au cours des entretiens, avec une certaine fatalité puisque non modifiable par les comportements individuels :

E6 : « Alors bon faut savoir que dans ma famille personne n'est mince, voilà on a tous une certaine corpulence bon voilà c'est comme ça. »

E9 : « Au niveau du poids c'est-à-dire je pense que j'ai des gènes quand même de son côté à elle qui sont euh... dans l'obésité tout ça, enfin en surpoids »

E10 : « Elle a accouché forcément de mon papa donc l'hérédité comme on dit euh bon mon père 150 kg, petit trapu, un ours quoi donc forcément en continuité c'est comme ça. »

Le métabolisme propre à chacun est également parfois cité :

E8 : « C'est pas comme une voiture où vous mettez 5 litres d'essence vous faites tant de kilomètres, hein il y a le métabolisme enfin je pense euh... »

2. L'hygiène de vie

a) L'alimentation

L'alimentation est évoquée sous de multiples aspects : parfois synonyme de plaisir, associée au bon vivant :

E3 : « Donc moi je dis même si je n'ai plus les quantités, bon des fois c'est exagéré les quantités mais euh, c'est d'avoir toujours le plaisir de manger. Ça c'est important ... »

E9 : « Après je dis pas qu'il faut manger plus que de raison quoi, je parle vraiment de la gourmandise, la fine gourmandise quoi c'est-à-dire aimer un bon gâteau, aimer un bon plat bien cuisiné *-rire* »

E10 : « Moi je veux pas me retrouver comme un gars du Struthof qui se retrouve comme un bâton non ça c'est pas le style de la maison, et nous on a toujours *-courte pause-*, vécu, pas plus qu'un autre, pas plus ni moins sans trop d'excès »

Parfois, elle est diabolisée de par son industrialisation, les nitrites et autres produits que l'alimentation peut contenir et leurs effets néfastes sur la santé.

E3 : « Tout ce qui est plat préparé, tout ce qui est, c'est pas, c'est pas bon parce que voilà il y a tellement de.. de... entre les conservateurs, lees, les les trucs qu'ils rajoutent il y a des listes on sait même pas ce que c'est t'façon »

E9 : « J'ai eu beaucoup d'introspection par rapport à ce qu'on mange, à ce qu'on nous met sur la nourriture, les pesticides les trucs comme ça donc... bon mon mari et moi on a toujours été élevés avec des choses du terroir on va dire, moi ma maman achetait très peu de choses modifiées, ce qui était déjà injuste parce que justement je trouvais qu'on mangeait sain chez nous du coup son poids euh... »

E10 : « Faut savoir aussi que le surpoids ça vient de l'alimentation, ça faut pas cacher. Quand on me parle de nitrites, le jambon qui est super beau il a plein de cochonneries, ça n'aide pas forcément *-bref silence-*. C'est là la grosse problématique. C'est là qu'on devrait attaquer la chose. Pas moralement et dire *-voix dédaigneuse-* : « ooh tu es trop gros, tu es nul quoi » pfff... »

L'alimentation saine et équilibrée est également souvent associée à la restriction et au manque de plaisir.

E7 : « Je rentre j'ai des amis déjà toute la semaine, qui sont chez moi donc il faut faire à manger donc ils vont manger ce que je mange, ils vont dire beuuuh *-rires-* il y aura pratiquement plus de sel, il y aura plus de sucre *-rires-* mais bon j'ai pas le choix je veux essayer en tout cas je vais essayer cette année de voilà... »

b) L'activité physique

Une des composantes fréquemment citées dans la prise de poids est l'arrêt de l'activité physique ; et pour de nombreux volontaires cet arrêt s'accompagne d'un regret de ne plus pouvoir à cause des limitations physiques.

E12 : « Alors moi je voudrais bien faire du sport si je pouvais faire du sport, avant je faisais de la natation, je faisais du handball, je fais du vélo tous les week-ends, de la marche, je faisais plein de sport ! Je peux plus ! Et simplement faire attention à la nourriture, je mange pas grand-chose je pourrais vous montrer mon menu d'hier »

E3 : « Bon le tapis de marche je peux en faire parce que j'ai la barre qui me maintient, que si je marche dehors, oh yeu... ; samedi je suis allée avec de la famille au marché de Noël, je suis rentrée j'suis allée au marché de Noël à XXX, le temps de monter de la rue, de la redescendre, j'avais mal ... tout le haut des fesses là... J'étais défoncée deux jours hein.»

L'augmentation du télétravail est aussi mise en cause dans la baisse de l'activité physique.

E10 : « C'est aussi ça en fonction du métier de dire voilà maintenant je suis en télétravail je deviens nounours je sors plus, ça fait 2 ans que je suis à la maison devant mon ordinateur. »

c) L'arrêt du tabac

Au cours de trois entretiens, l'arrêt du tabac est cité comme ayant eu un impact sur la prise de poids.

E8 : « là maintenant depuis que je suis en retraite j'ai pris aussi du poids parce que je pense que c'est tout le monde ça hein. En plus de ça j'ai arrêté de fumer aussi alors ça ça joue aussi... »

3. Le parcours de vie

a) Les événements difficiles

Dans de nombreux entretiens, les périodes de prise de poids importante sont concomitantes à des événements de vie difficiles : le deuil, les divorces, parfois des violences subies ...

E3 : « J'ai eu un divorce difficile avec mon deuxième ex mari. Eeet comme il me ressassait tout le temps que j'étais mauvaise, j'étais ... je vous le dis vulgairement que j'étais une merde donc voilà ... j'ai pris aussi pas mal de coups... ça a duré 5 ans, mais le problème c'est que faut vous dire 5 ans, euuh j'ai pas réussi à, physiquement, à remonter euuh la pente quoi. Eeeet là-dessus maman a eu un, elle a eu 3 cancers en 7 ans, elle est décédée ».

E7 : « Là-dessus je pense que tous les kilos sont arrivés avec des problèmes psychologiques parce que j'ai perdu mon fils, j'ai divorcé, j'ai perdu mes meilleurs amis qui sont morts, enfin j'ai eu en l'espace de 10 ans que des morts quoi autour, tous les gens que j'aimais quoi, vraiment. »

E12 : « Et puis bon après j'ai eu un accident de la route, bon déjà j'ai deux enfants là déjà j'ai pris un peu, après j'ai eu un accident grave de la route donc j'ai passé six mois à l'hôpital, interdiction de faire du sport tout ça donc vous pouvez imaginer, plus des problèmes de, de maladies qui se sont rajoutés puisque j'ai une maladie euh génétique rare, et bon voilà avec le temps *-fait un bruit avec la bouche pour imiter un gonflement* ».

b) Les émotions, le stress

Le stress et les émotions négatives vont être intimement liés à la prise de poids pour plusieurs volontaires. Parfois une modification de l'alimentation réactionnelle est clairement identifiée ; mais parfois le lien semble plus complexe à définir pour les participants.

E4 : « Moi j'ai plutôt des problèmes liés au stress, liés à tout ce qui est un peu compulsif. (...) je sais ce qu'il faut manger, mais c'est que je perds le contrôle dès qu'il y a un truc qui est négatif. »

E6 : « Je suis en formation reconversion donc il y a beaucoup de stress et moi mon recours quand il y a beaucoup de stress ben c'est je me distrais en mangeant. »

E9 : « Parce que moi honnêtement, mon mari des fois il vide mon assiette, parce que je suis pas une mangeuse euuuh en quantité quoi c'essst donc ouais je pense qu'il y a effectivement une relation entre les émotions et notre corps. Ça c'est indéniable. »

c) Le rythme de vie : prendre soin de soi au deuxième plan

Dans plusieurs entretiens le thème de prendre soin de soi ressort. Il est souvent associé au manque de temps, et relayé au second plan par rapport aux contraintes du quotidien. Le travail prime souvent sur le temps consacré pour soi, à l'équilibre alimentaire et à la pratique d'une activité physique.

E10 : « J'avais pas vraiment le temps de me poser des questions est-ce que je suis bien ou pas bien dans mon corps tant que la machine elle tournait »

E3 : « Après je veux dire on travaille, on est à fond, j'avais aussi des horaires et je tenais une agence d'interim, alors des fois l'été je faisais bosser 300 personnes, c'était daïe daïe en plus il y avait une réunion un coup-là, un coup-là »

E4 : « J'ai bossé presque jusqu'à 20h tous les jours. Et j'ai mangé de la merde tout le temps *-rire-*, quand je travaille tard après je suis fatiguée, donc après j'ai plus envie de cuisiner et j'ai la fatigue truc... et j'ai eu des événements aussi stressants au travail avec le télétravail finalement j'ai eu le temps de grignoter »

4. Les causes hormonales

Chez les femmes, la notion de dérèglement hormonal ou dysthyroïdie est parfois évoquée.

E9 : « J'ai un dérèglement hormonal donc euh, en fait la solution c'est de reprendre une pilule hein, j'ai encore vu ma gynéco la semaine dernière donc euh, mais comme je voudrais avoir un bébé bah ... »

E7 : « Voilà et puis petit à petit la ménopause est arrivée j'ai dû prendre 15 kg... Dérèglement hormonal avec Hashimoto, j'ai un syndrome de Hashimoto donc ma thyroïde est partie en vrille »

La puberté et la ménopause sont également souvent associées à la prise de poids.

E3 : « Après à 47 ans j'ai été ménopausée. Donc effectivement j'ai eu un moment où ... - *mouvement de largeur avec ses mains-*. »

E5 : « j'étais très fine à l'époque et j'ai commencé à prendre du poids avec la puberté qui a démarré très très tôt chez moi »

Parmi toutes ces causes évoquées, seulement une partie sont du ressort du comportement individuel et donc modifiables. Le parcours de prise de poids est souvent complexe et unique pour chaque participant. Il nécessite un temps d'écoute afin de comprendre le patient et de

l'accompagner au mieux. Ce temps n'est cependant pas toujours pris par les professionnels de santé, pouvant amener le patient à ressentir un sentiment de jugement négatif concernant l'origine de ce surpoids.

D. Le jugement des professionnels de santé

Entre conseils dans un objectif de prévention et stigmatisation, la ligne peut parfois être fine. Cette partie a pour but de catégoriser les différentes interventions des médecins et comment celles-ci étaient vécues.

E4 : « Après je pense qu'il y a des cons entre guillemets partout *–rire–*, soit des cons soit juste effectivement des gens qui sont maladroits parce qu'ils ne savent pas et qu'ils se disent je fais de la prévention et en fait ils le font très mal. »

1. Une pression constante

Dans la plupart des entretiens, les volontaires soulignent la répétition du rappel de leur surpoids. Pour plusieurs, ces interventions sont jugées inutiles puisqu'ils ont bien conscience de leur surpoids. La formule autoritaire « Il faut » est souvent rapportée.

E12 : « J'ai pas besoin qu'on me balance à la figure que je suis grosse, je le sais. »

E8 : « Pff ça sert à rien d'ailleurs de rabâcher toujours la même chose. On le sait. »

E2 : « à un moment donné je me suis dit, je vais y aller pour quoi, il va me peser et basta, après il va me dire bah faut faire attention. JE LE SAIS !! *–rire–*. »

Ces remarques répétées sont à l'origine d'une pression supplémentaire concernant la perte de poids souvent déjà recherchée par la personne elle-même. Elles peuvent aggraver le sentiment d'échec de la personne et surtout l'enfermer dans un sentiment de solitude et d'absence de solution.

E9 : « En fait c'est pas forcément des phrases assassines que j'ai eu de sa part par exemple mais c'est, c'est plus une pression. *-Petit blanc-*. Une pression. Et je pense qu'en fait quand on est en surpoids on le sait, donc on a pas besoin qu'on nous mette encore cette pression euh IL FAUT IL FAUT IL FAUT. Oui d'accord il faut ; mais si j'y arrive pas, *-voix qui se serre-* si, si j'ai de la difficulté en fait ».

2. L'absence d'accompagnement

L'absence d'accompagnement est souvent soulignée par les participants comme problématique. A partir du moment où il n'y a pas d'accompagnement proposé, on peut se poser la question de la légitimité de l'intervention médicale.

E12 : « arrêtez les médecins de... De stigmatiser toujours de dire tout le temps c'est votre poids c'est votre poids, et sans rien proposer à côté. Alors si vous voulez dire aux patients que c'est son poids qui est en cause ouais OK, mais faut proposer quelque chose à ce moment-là, pas juste culpabiliser la personne, vous lui proposez de l'aide voilà, de l'accompagnement. »

E4 : « J'ai l'impression aussi toujours que c'est des remarques négatives sur un constat et qu'il y a jamais de, bah comment vous êtes en fait [...] C'est que finalement on fait du « *fingerpointing* », enfin on pointe du doigt un truc négatif mais on ne vous dit pas comment vous en sortir »

E8 : « Ils me donnaient pas vraiment de conseils hein, c'était juste la réflexion. Pfff ».

Quand on questionne une des participantes sur ce qu'elle ressent lorsque la question du poids est abordée en consultation :

E5 : « Elle est pas abordée. Elle est, elle est survolée, même pas, c'est même pas une question c'est une affirmation jetée là gratuitement sans aucune raison ».

3. Une intervention jugée injustifiée médicalement

Les termes « c'est gratuit » ressortent souvent dans les entretiens. Pour les participants, ils sont synonymes d'intrusif, car ne provenant pas d'une demande de leur part.

Pour certains, ces remarques sont de l'ordre du préjugé sans but médical, comme pour cette participante :

E4 : « Et ce dermato, alors j'avais, j'avais 30 kilos de moins que maintenant, et je faisais de la course, enfin je faisais pleins de choses encore de sport etc à ce moment-là et en fait j'avais déjà eu ma consultation et en fin de consultation, donc il me dit : « vous devriez perdre du poids vous seriez plus dynamique ». Comme ça *-rire nerveux-*. En plus bah c'est gratuit et en plus enfin ça n'avait rien à voir enfin j'ai failli pleurer sur le coup ! »

Une participante rapporte également son expérience lors d'une consultation gynécologique :

E5 : « elle m'a demandé gratuitement comme ça, "est-ce que vous avez toujours été...comme ça?" , j'ai dit comment ça comme ça *-rire-* , et c'est dingue parce que vraiment pour moi je suis pas "comme ça", je suis juste moi enfin [...]. Non mais c'était gratuit et je sais en fait dans ces cas-là on sait que c'est de la grossophobie en fait, quand il y a pas de réelle raison, parce que du coup on se cache derrière des apparences de "non

mais c'est pour ton bien etc" et elle était médecin et elle avait le droit de poser cette question mais ça allait rien changer, je voulais pas reprendre la pilule, je m'étais pas plainte de ça, euh qu'est-ce qu'elle aurait pu faire, rien, elle aurait pas pu quoi enfin..., donc il y avait aucune raison »

La remarque est ici jugée comme intrusive car non justifiée médicalement puisque ne débouchant derrière sur aucun changement de traitement ni prise en charge particulière. Pour la personne témoignant, il s'agit d'un jugement personnel et non médical ; d'une aversion pour les corps gros, pour ce qui dépasse et n'est pas dans la norme : « tu sais très bien que c'est plus profond que ça, que eux ça les dérange, et qu'ils voudraient que tu te reprennes parce que tu rentres pas dans la case là et que ça va pas. Mais il y a beaucoup de ça chez les gens qui ont peur des gros. C'est « ils dépassent quoi, ils dépassent et moi j'aime pas quand ça dépasse ». »

E8 : « C'est, c'est gratuit. Moi je vois ça comme ça. Ben on pourrait leur dire aussi, vous avez ça dans la figure qui va pas à ce moment-là ... »

Pour ce participant, les termes « c'est gratuit » font référence à une critique basée sur l'esthétique et non sur la santé.

4. L'accusation de responsabilité

a) La responsabilité de son poids

Une des composantes renforçant le vécu négatif de l'abord du poids, est le sentiment d'être tenu responsable du surpoids par manque de volonté :

E8 : « C'est-à-dire, on fait comprendre que c'est toujours de notre faute quoi. Euh je sais pas ... Si, si voilà, c'est parce que vous vous surveillez pas ».

E9 : « Donc ils pensent que vous voulez pas faire d'effort, et puis, et puis *-avec une voix condescendante-* : " c'est vous qui voyez hein", bah oui c'est moi qui vois mais en même temps euh... *-bref silence*, c'est pas faute de vouloir, c'est ...

la voix qui se brise, silence-. »

Une des participantes rapporte même un refus de soins d'un médecin généraliste du fait de son obésité :

E7 : « X : il y a eu beaucoup de problèmes et mon médecin généraliste que j'avais avant, qui me faisait des réflexions euh « moi je soigne pas les obèses ». Donc j'ai quitté ce médecin.

Obs : Moi je soigne pas les obèses ... *-dépitée-*

X : C'est-à-dire en clair je ne souhaite pas les gens qui ne font aucun effort pour maigrir. »

b) La responsabilité des symptômes

E8 : « Tout ce qui vous arrive ça vient de votre poids, euh je me rappelle une fois il y avait un médecin qui m'avait dit « Oooh monsieur si, si vous maigrissiez vous régleriez beaucoup de problèmes » alors voilà à quoi euh... pfff ».

Pour beaucoup de participants, le poids est l'excuse toute trouvée pour la plupart de leur problème. La responsabilité de la plainte est alors remise sur le patient puisque venant de son surpoids.

E12 : « Pas bien, pas bien. Parce que j'ai déjà été aussi maltraitée on peut dire ça psychologiquement. Particulièrement par un gastro-entérologue que je suis allée consulter pour des douleurs abdominales, lui tout de suite ça a été « ouais mais vous avez vu il faudrait maigrir, vous êtes grosse » mais enfin ça a été vraiment très agressif j'ai trouvé, je l'ai ressenti très mal, enfin de compte ce médecin il a pas cherché plus loin, pour lui il a dit vous êtes trop grosse, point final. Et j'ai dû consulter ailleurs pour qu'on trouve le problème que j'avais »

« C'est, c'est un peu trop facile quoi vous allez chez un médecin bah vous êtes grosse, paf c'est ça. »

Cette participante s'est ainsi sentie résumée à son poids. Sa plainte n'a pas été entendue ni soulagée, mais en plus elle en a été tenue pour responsable.

Une autre participante rapporte une remarque d'un gastro-entérologue qu'elle voyait dans les suites de douleurs abdominales ainsi qu'une hospitalisation pour pancréatite :

E3 : « Mais vous savez, y a pas de secret Mme XX, il suffit juste que vous perdiez votre foie gras et vous n'aurez plus de problème. Merci, au revoir, on reprend rdv dans un an »
-silence-

Mais la façon dont on vous dit ça –*prend une voix dédaigneuse* – « Mme XXX, il suffit juste que vous perdiez votre LAAARRD, votre foie gras » Voilà. L'autre il a juste vu que j'étais grosse. Voilà. Point. –*claque des doigts*- On arrête, pas de suivi, RIEN. » [...] Quel

intérêt quoi de dire à quelqu'un qu'il faut qu'il perde son foie gras. L'autre il sait même pas ce que c'est, il connaît pas votre vie, il sait pas ce que, ça peut être n'importe quoi ».

Les termes utilisés « y a pas de secret ; il suffit juste ; que vous », semblent souligner une absence d'effort / de volonté individuelle pour améliorer une situation de santé dont elle serait responsable. Les termes « foie gras » peuvent également sembler péjoratifs et méprisants dans ce contexte, à l'origine d'un sentiment de jugement négatif. La participante insiste également sur l'absence d'aide proposée, ainsi que l'absence de prise en compte de son histoire personnelle.

c) La responsabilité des difficultés techniques

Plusieurs participants rapportent des difficultés au cours d'une échographie, avec une agressivité de la part de l'examineur, verbale voir même physique :

E7 : « Je rentre dans le cabinet médical il me fait tout et puis il s'énervait avec son appareil parce qu'il arrivait pas alors il me dit - voix énervée agressive - : « Avec toute la graisse que vous avez, comment voulez-vous que j'y arrive ! » [...] Et puis il était brusque, il me prenait les seins comme j'ai une grosse poitrine, il me prenait les seins il était hyper désagréable... »

E8 : « Une fois à l'hôpital il y en a un qui, qui m'a dit, qu'est-ce qu'il m'avait sorti... -voix fâchée- « Ouais avec toute cette graisse là, je peux rien voir » -rire- il était exaspéré parce que il appuyait comme un bœuf là-dessus et puis il voyait pas. »

Une participante rapporte le refus d'une échographie pelvienne plutôt que par voie vaginale du fait de son poids :

E9 : « Ah oui j'ai aussi eu droit : "Ah mais l'écho normale ça marche pas vous avez trop de ventre parce que je verrai rien". Enfin moi j'ai déjà fait d'autres échographies pour d'autres choses, bah l'été dernier j'étais à xx dans le nouveau cabinet, là j'ai vu une radiologue, qui a été super aussi [...] elle a bougé sur mon ventre et elle voyait tout elle »

Les interventions chirurgicales sont aussi des moments où le surpoids peut entraîner des difficultés techniques. Comme pour les échographies, le reproche peut-être fait au patient tenu pour responsable de la situation :

E8 : « Ah ben pour l'opération de la prostate ah oui justement le le, le praticien là il m'a dit *-voix agacée-* "aaah nah nah, si vous aviez maigri un peu, ce serait ... », ça serait plus facile pour lui. Oui bien sûr »

Dans un des témoignages, une participante rapporte une situation vécue dans les suites du décès de sa mère au cours d'une intervention chirurgicale :

E9 : « la phrase qui tue ça a été "oui mais, *-pause-* de toute façon c'était pas gagné d'avance hein parce que vu son poids » [...] Et euuuh et puis il a continué là-dessus quoi en fait. Que c'était à cause de son poids soi-disant qu'elle y est restée que... que ça a été inattendu, que c'était la première fois que ça lui arrivait euh, limite en fait dans son discours c'était la faute à ma mère quoi. *-Petite pause du fait de l'émotion-*. Et ça ça a été vraiment terrible, à vivre euh, parce que vous venez d'être ; vous êtes sous le choc de, je sais pas ça devait faire 3h qu'on savait qu'elle était décédée on l'avait vu et lui, il, il dit ça quoi et enfin pour moi il se dédouane tout de suite en disant c'est sa faute à elle si elle était moins grosse, on aurait pu la récupérer enfin bref, il a pas dit comme ça mais la phrase il l'a dite quoi, « c'est à cause de son poids aussi euh »... du style « baaah *-pause-*, il fallait qu'elle soit moins grosse hein, on aurait pas eu de difficultés à la récupérer quoi ».

Et ça ça a été terrible en fait [...] Elle s'est déjà battue toute sa vie pour pas être en surpoids et là franchement elle meurt et c'est le premier truc que l'autre il nous sort, enfin franchement c'était, c'était dur quoi. »

5. L'humiliation

L'humiliation est définie comme l'action d'atteindre quelqu'un dans son amour-propre, sa fierté, sa dignité, en cherchant à le déprécier dans l'esprit d'autrui ou à ses propres yeux. Concernant le vécu de ces interventions, l'humiliation ressort dans plusieurs entretiens.

E5 : « Bah c'est assez humiliant parce qu'en fait ça, tu sais pas trop quoi répondre en fait tu te retrouves un peu démunie, bouche bée »

E12 : « C'est une humiliation quoi. Je veux dire il cherche même pas à savoir pourquoi vous êtes en surpoids, à comprendre ... Et c'est, c'est vraiment pfff... comment dire, c'est une forme de racisme quoi anti gros. Donc, donc c'est très difficile à vivre. »

E7 : « Il est HORS de question qu'on m'humilie pour quelque chose que je n'ai pas vraiment choisi voilà. C'est déjà pas facile physiquement pour moi de marcher parce que des fois j'ai mal etc, donc je pense que déjà soi-même il faut gérer son poids, si en plus on vous embête après évidemment qu'il y a une part de soi qui est pas ... mais bon dans l'ensemble l'obésité c'est pas quelque chose qui vous tombe comme ça, on n'a pas choisi d'être obèse. »

Cette dépréciation sur le critère du poids peut prendre plusieurs formes. Elle est également citée par un participant lors d'une visite à la médecine du travail où il est jugé incapable du fait de son poids :

E1 : « il regarde mon poids et me dit « bon de toute façon je vous revois dans deux semaines, vous passerez pas une semaine là-bas ». OK d'accord super ... »

6. L'infantilisation et l'autorité médicale

Les termes « se faire gronder » ou « engueuler » sont fréquemment utilisés :

E10 : « bah on m'a pris quelque part pour un blaireau, pour un enfant et là j'ai moyennement apprécié ... C'est comme si c'était papa maman: toi mon enfant il faut que tu écoutes que tu fasses ça ça ».

E8 : « Moi je viens pas là pour me faire engueuler hein. »

Le médecin (ou professionnel de santé) se sert de sa position pour ordonner et réprimander une action qu'il jugerait mauvaise :

E7 : « C'est pas parce qu'il était un grand professeur qu'il devait se permettre d'avoir des réflexions aussi désagréables comme ça ».

Une participante raconte ainsi à propos des infirmières lors de prélèvement sanguin :

E3 : « On a l'impression qu'on parle à un gamin de 4 ans, allez donne moi ton bras, on va voir on va regarder « Ah » t'es con sauf que toi t'en a 54, tu sais pas qu'ils piquent tous dans les mains, c'est nouveau, c'est nouveau quoi. Ils me tuent ... Mais ils sont au-dessus. »

Les termes « ils sont au-dessus » peuvent traduire un rapport de domination du fait de la position de soignant, voir un certain mépris envers le patient.

Un volontaire apparente cette attitude à un manque de respect :

E8 : « Alors une fois je me rappelle j'avais pris du poids oh là là c'est limite si je me suis pas fait engueuler, à mon âge encore plus. Hein... je sais pas je pense qu'il y a un manque de, c'est presque un manque de respect. »

Ces rapports de force vont parfois se manifester sous la forme de chantage :

E6 : « un endocrinologue, que je consultais parce que j'avais un dérèglement hormonal [...] et en gros il m'a dit « Si tu ne perds pas de poids je t'arrête ton traitement ». –Blanc-. J'avais 16 ans –rire nerveux-. Disons que c'est un peu violent ».

7. Les infrastructures inadaptées renforçant le sentiment d'exclusion

Certains participants relatent également des expériences négatives du fait des locaux hospitaliers ou du matériel inadaptés :

E12 : « à tel point que des fois j'en fais des cauchemars. Des fois je rêve que je suis dans un endroit où il faut à tout prix que je sorte parce qu'il y a danger et je peux pas parce que la porte au truc est trop étroite et que je ne passe pas ça c'est... Et ça oui ça arrive des fois, vous savez pas comment vous mettre ou vous avez juste la place de passer ouais ça c'est..., C'est un truc ça c'est stressant ».

E3 : « Y a pas de douche dans la chambre, euh, il y a juste un lavabo avec le toilette à côté, alors vous êtes avec les perf, alors bon bah moi encore ça va mais celui qui fait euh... qui est un peu plus large euh, j'sais pas comment il fait le pauvre gars hein ».

E9 : « Quand j'accompagnais maman quoi c'était pas adapté à son poids, les chaises ou enfin voilà, et du coup ben, qu'est-ce que vous faites alors vous restez debout ouu ... ? Enfin ça c'est une attention aussi qu'il faudrait avoir, vis-à-vis des gens en surpoids parce

que souvent ça engendre euhh, de la difficulté à être debout, de la difficulté à marcher loin, enfin pff l'essoufflement, *petit silence*, voilà. »

8. Cas particulier du parcours de procréation médicalement assistée (PMA)

Une participante rapporte avec douleur son exclusion de parcours de fécondation in vitro (FIV) du fait de son IMC (actuellement à 39,7) :

E9 : « Alors moi c'est pas une réflexion, à proprement dit que j'ai eu que j'ai comme problème, c'est, c'est euhh - *on sent qu'elle va parler de quelque chose qui la touche beaucoup*- pour le parcours FIV, on me demande de maigrir. Et sans atteindre un certain poids, je n'ai pas le droit d'accéder à la FIV. Moi qui a 41 ans le mois prochain, *rire*, qui est déjà en panique de pas y arriver, ça me fait deux, euhh barrières à franchir si je veux accéder à une aide, ce que je trouve honteux, et discriminatoire. [...] Donc moi je leur dis c'est un cercle vicieux. Moi je fais comment si je peux pas, si j'arrive pas à maigrir ou que je perds 3 kilos difficilement en fait pour avoir un enfant vous me dites que je peux pas être aidé si je perds pas 10 kilos euhh en fait vous me dites que je peux pas en faire quoi »

9. Les retours positifs

Le fait de ne pas aborder la question du poids est considéré comme positif au cours de plusieurs entretiens :

E6 : « Et euh en fait elle m'a pesée etc et en fait mon poids était un non sujet, on en a pas parlé parce que c'était pas le sujet de la consultation et j'avoue que ce moment-là ça m'a fait beaucoup de bien »

E12 : « J'étais déjà au centre antidouleurs, bon ils m'ont pas dit qu'il y avait un problème avec le poids *-rire-* eux ils m'en ont jamais parlé, ça j'ai trouvé ça génial »

Cependant, l'abord du poids n'est pas forcément vécu de manière négative. Les participants soulignent souvent la façon de le dire. Le vécu est positif lorsque l'abord est axé sur le ressenti de la personne, accompagné d'explications, de conseils concrets et de la proposition d'un suivi.

E11 : « Madame X (*son médecin traitant*) a été, me disait une chose c'est : comment vous enfin, en me posant la question comment je me sentais dans ma peau si je me sentais bien ou pas. »

E12 : « L'infirmière je vais la voir toutes les semaines aussi, et donc le fait d'avoir quelqu'un aussi qui vous encourage qui, qui vous épaulé, c'est vachement important, tout seul, pff il y a pas de motivation. Là il y a une vraie motivation, il y a un suivi, c'est vraiment encourageant ».

E10 : « C'était plutôt de l'ordre du conseil mais sans vraiment de médication, et, et parfois aussi un rôle psychologique chez le toubib qui est très important souvent plus important que le médicament. *-bref silence-* Très souvent. Et c'est là où on cherche donc un petit peu d'aide, et si on le reçoit cette aide juste par un simple conseil ou piste qui, qui est dessinée ça peut être relativement bien quoi. Ça peut être intéressant. Je pense que ça pour moi c'est le rôle essentiel d'un médecin généraliste, un vrai médecin. »

L'absence de jugement, la confiance et l'empathie sont des notions importantes dans le vécu positif.

E12 : « J'ai déjà eu une remarque d'une, d'une gynécologue. Mais c'était plus bienveillant, c'était plus... C'était pas dans le jugement voilà, je l'ai pas mal ressenti. »

Une participante rapporte ainsi l'importance du non jugement et de l'écoute en parlant du chirurgien ayant réalisé son by-pass :

E2 : « j'ai repris du poids, et du coup forcément j'avais un peu honte, un peu gênée un peu ... il m'a dit « mais vous croyez que je vais vous gronder parce que .. euhh ; Il dit « non je vais pas vous gronder mais par contre oui si je peux vous aider, expliquez-moi pourquoi qu'est-ce qu'il s'est passé », vous voyez il est à votre écoute, il vous écoute, il vous pose des questions euh c'est une ... comment on dit, une personne qui s'intéresse aux autres quoi [...] J pense qu'effectivement tomber sur des gens compétents, qui ne vous jugent pas, qui font juste leur métier, et bah ça fait du bien. Ouais ... ça compte énormément... »

E. Le jugement au sein de la société

Pour comprendre les préjugés participants à la stigmatisation que peuvent avoir les médecins, il est intéressant de se pencher sur la société dans laquelle nous évoluons. Au cours des entretiens, les participants ont tous rapporté une stigmatisation dépassant la sphère des professionnels de santé.

E7 : « Faut pas rêver, dans un monde où il faut être beau, bronzé et sportif, en bonne santé donc je pense qu'il y a une condition... Ce conditionnement tout le monde l'a, il y a pas que les médecins. Le médecin c'est un être humain avant d'être un médecin. »

1. Les préjugés et la stigmatisation

Plusieurs préjugés au sein de la société sont présentés par les participants : l'obèse glouton, fainéant, bête, manquant de volonté...

E3 : « voyez quelqu'un qui fait 100 kilos, j'dis n'importe quoi hein, une grosse femme, sort de la boulangerie, qui mange une éclair au chocolat, on la regarde « oh la grosse qu'est-ce qu'elle se met encore », non mais c'est ça quoi, j'veux dire après c'est le jugement des autres, j'veux dire c'est facile, alors que ça serait, voilà, une autre ce serait elle se fait plaisir mais l'autre là, la grosse ce qu'elle se met quoi... »

E12 : « Les gros sont encore trop montrés du doigt et assimilés comme étant bêtes. Quelqu'un de gros c'est quelqu'un de bête. Et non, il y a encore beaucoup de chemin à faire... Et les gens vous êtes gros, ça veut dire que vous mangez trop. »

La stigmatisation des personnes obèses peut se manifester de plusieurs façons : les moqueries, les insultes, et parfois jusqu'aux violences physiques ...

E4 : « la phrase du lycée là, les grosses enfin elle est horrible cette phrase *-rires-*, « les grosses c'est comme des chaussons on est bien dedans mais on sort pas avec ». *-rires-*, ah ouais je connais des bonnes phrases moi *-rire franc-* des phrases horribles, en fait j'ai beaucoup de phrases horribles comme ça dans ma tête, qui me restent en tête et du coup moi de moi-même je m'empêche je pense d'aller de l'avant à cause de ça »

E6 : « les autres enfants sont pas forcément tendres avec toi non donc j'avais aussi droit à des remarques même depuis la primaire hein « tu es une baleine, si tu sautes dans une piscine il y a toute l'eau qui va sortir » enfin *-rire-*. »

E2 : « Dans la rue j'ai pris des insultes et tout ça, ça oui mais même quand j'étais jeune j'en ai souffert, on m'a roulé par terre, on m'a sauté dessus, on m'a fait du mal ... »

2. Le jugement de la famille et des proches

L'avis des membres de la famille est souvent présenté comme ayant un impact important du fait du lien affectif :

E2 : « quand ça vient d'un parent c'est pire, quand ça vient d'un médecin je me dis ouais celui là ... mais quand ça vient d'un parent c'est pire, c'est pire... Parce que vous vous dites... Alors mes parents m'aiment pas ... Moi dans ma tête c'était ça, je me disais, si on parle comme ça c'est que on doit pas aimer son enfant, soit on l'aime pas tel qu'il est puisqu'on arrête pas de lui dire de maigrir. Donc voilà donc moi euuh moi j'ai, et à un moment donné on a plus envie de vivre avec ce, ce sentiment de se dire on est pas aimé parce qu'on est comme ça. »

E5 : « mes parents sont vraiment vraiment très grossophobes, du coup voilà ils commençaient à s'inquiéter un peu de ça parce qu'ils me voyaient grandir enfin à l'époque, moi objectivement quand je regarde des photos de moi petite je me demande bien ce qu'ils ont pu trouver »

Certains participants soulignent le fait que ces remarques proviennent initialement d'une inquiétude des proches, cherchant à aider et à prévenir des souffrances / moqueries que pourrait engendrer l'obésité. Cependant, l'impact des remarques peut être négatif du fait du sentiment de jugement :

E11 : « Je sais que si c'est, c'est souvent la famille proche qui s'inquiète le plus, qui vont souvent chercher à critiquer là-dessus, sur le fait d'être en surpoids pour votre propre bien, mais sauf que généralement, c'est pas ça qui va réussir à, c'est, c'est, c'est plutôt mettre

dans un état mental négatif, mais ça va pas aider à, à continuer ou à vouloir continuer à faire plus d'efforts. »

E4 : « Mon père comme il a toujours été, lui il était toujours costaud, et du coup il a toujours bah les gens ils se sont moqués en fait enfin vous êtes au collège les autres se moquent de vous etc et en fait lui il a, il s'est toujours dit qu'il voulait pas que... quand il a vu que je commençais à prendre du poids du coup il a eu peur que bah qu'on se moque de moi qu'on soit... Sauf qu'en fait il m'a mis la pression d'une mauvaise façon.... Ça a eu l'effet inverse complètement en fait ce qui fait que dès qu'il me faisait des remarques sur mon poids ben j'allais me réfugier dans la nourriture donc je prenais encore plus de poids.»

Cette façon de souligner la prise de poids de manière négative va être retrouvée aussi dans le cercle d'amis / de proches. Ces remarques renforcent le sentiment de stigmatisation et parfois de culpabilité :

E4 : « Il s'est arrêté exprès en voiture pour me dire salut et direct après tu as grossi. Donc en fait, les gens ils se rendent pas compte que ça peut blesser en fait. Parce qu'on est déjà très mal avec... ça se voit que j'ai de l'émotion du coup, *-avec la voix serrée-*, en fait on se sent déjà mal soi-même donc on a pas besoin qu'on qu'on nous en rajoute. Et là c'est pareil en fait bah oui tu as grossi bah oui j'ai grossi mais euh ... il y a pas de pourquoi enfin d'essayer de comprendre. »

3. Au travail

Dans le monde du travail, certains rapportent des difficultés d'accès en lien avec leur morphologie. Une patiente rapporte ainsi avoir arrêté de faire de la scène du fait de moqueries et d'une discrimination d'accès :

E9 : « Moi je suis dans le milieu de l'art c'est le pire milieu hein *-rire-* je sais pas je dis ça parce que je le connais bien ce milieu mais je pense que, c'est, c'est dur partout, mais... mais c'est un milieu où bah le physique actuellement compte énormément quoi. Et à l'époque où j'ai arrêté la scène moi c'était ouais j'ai entendu, j'ai entendu « allez la grosse vache, elle chante bien mais elle est grosse quoi » [...] Il faut pas croire que c'est juste à la télé, c'est dans le milieu, le milieu local ici c'est, c'est pareil c'est, la petite bimbo qui chante peut-être moins bien que vous mais parce qu'elle sera mieux foutue elle passera plus en priorité que vous quoi. »

Le refus de poste est parfois fait sur décision d'inaptitude médicale en lien avec le surpoids notamment chez les pompiers :

E1 : « chez les pompiers j'ai été refusé par rapport à mon poids, j'avais 16 ans, alors que je réussissais les activités physiques mieux que n'importe qui ».

E10 : « Maintenant juste pour revenir quand il y a eu la départementalisation des pompiers, là c'était quand même criminel ils ont éliminé beaucoup de mes copains, qui n'étaient pas forcément officiers, parce qu'ils étaient légèrement en surpoids ».

Les personnes obèses ou en surpoids peuvent également être victimes de moqueries et de stigmatisation sur leur lieu de travail :

E7 : « Au travail je rentrais dans l'ascenseur j'entendais mes collègues faire bip bip comme si c'est l'ascenseur qui faisait du bruit parce qu'il y avait une surcharge au niveau des kilos ».

4. Le diktat de la minceur dans la culture occidentale

La pression sociétale pour avoir un corps beau et mince est rapportée uniquement par les femmes au cours des entretiens. Cet idéal du corps féminin est intégré dès le plus jeune âge :

E5 : « le concours de la fille la plus mince en cm1 quand les copains faisaient des concours débiles entre les filles de la classe ».

Cette participante va ainsi critiquer la dictature du beau, du corps fin en bonne santé :

E4 : « En fait, j'ai l'impression qu'avec le corps humain on veut faire comme ce qu'on a fait avec les légumes, du coup il n'y a plus ce qu'on appelle les légumes moches, ceux qui étaient normaux *-rires-*, ceux qui avaient juste une forme pas calibrée quoi, et en fait on veut faire pareil avec l'humain quoi et je trouve ça de plus en plus malsain en fait. Et en fait je me dis que moi j'ai grandi avec, avec ça, avec ces images avec... ».

Une participante souligne la sous-représentation des personnes grosses dans les médias, pouvant participer à leur stigmatisation :

E7 : « Et après il faut, il faut, il faudrait peut-être que on arrive à, à montrer des obèses à la télé, montrer des défilés d'obèses etc, montrer que c'est quelque chose qui est là »

Cette norme de beauté des corps minces passe notamment par les milieux de la mode et du prêt à porter. Plusieurs femmes rapportent se sentir exclues, renforçant le sentiment de ne pas rentrer dans la norme :

E3 : « C'est tellement mal fait, on a l'impression que c'est que pour bah ce qu'on voit à la télé, les, les tailles mannequins quoi ».

E12 : « les magasins de vêtements, -prends une voix condescendante- : « ah désolé Madame ici on ne fait pas... on ne fait pas votre taille » .

Et bien sûr le business de l'amaigrissement, très lucratif, qui ajoute une pression supplémentaire pour perdre du poids en propageant l'idée que maigrir est facile si on le souhaite. Les publicités vont également participer à la fabrication de la norme de corpulence, par l'idéale beauté à atteindre.

E7 : « Quand on voit les pubs à la noix maigrissez pour la plage là, perdez je sais pas combien de kilos avec des conneries de produits qui font strictement rien... »

E10 : « Quand on voit slim fast ou comme j'aime et tout c'est quand même de l'arnaque. Pour le dire comme c'est, ça coûte beaucoup d'argent et ça sert pas à grand-chose »

Ainsi pour beaucoup la beauté a été intégrée comme incompatible avec le corps gros. Pour être belle il faut être mince :

E7 : « tout le monde disait oh elle est jolie dommage qu'elle soit grosse. –Blanc-. Sans arrêt j'entendais ça. »

Plusieurs participantes soulignent que ce modèle de beauté des corps maigres n'est pas universel. Une participante compare notre culture occidentale à celles d'autres pays tels que l'Inde où le surpoids ne semble pas être perçu négativement :

E7 : « Donc je me dis c'est vraiment quand même la culture française où il y a ce côté [...] Chez nous c'est la culture du beau, c'est tellement factice c'est quelque chose moi qui me, ça m'énerve un peu quoi. »

E9 : « Je suis marocaine à moitié, et dans cette partie-là euh, là-bas ça les gêne pas au contraire une femme ronde c'est une femme en santé qui va donner de beaux enfants qui, qui fait à manger correctement enfin voilà eux ils voient ça comme ça, c'est dans notre société à nous que ça, que ça coince. »

Une participante s'interroge même sur la stigmatisation provenant des médecins :

E5 : « Et dans une autre société où ça a été pas normal enfin je sais pas je pense qu'il faudrait voir à la réunion ... dans des sociétés où ils ont des normes de beauté différentes est-ce que, qu'est-ce que les médecins font ça et dis ça comme ça en fait et je pense pas non vraiment pas non. »

F. Les conséquences de la stigmatisation

Cette stigmatisation systémique va avoir de multiples impacts sur l'individu en situation d'obésité.

1. Le discours médical légitimise la stigmatisation sociétale

E1 : « faut pas qu'il y ait une sensation qu'on juge en face parce que ... c'est pas censé arriver par la fonction, le problème c'est que quand ça arrive il y en a souvent qui finissent par euh... par, ils fatalisent un peu la chose, même les médecins ils pensent comme ça ... »

E5 : « Bah ça m'a influencé dans le sens où ils ont légitimé un truc qui était terrible en fait [...] ça a donné à mes parents la légitimité de faire ce qu'ils faisaient, savoir un harcèlement vraiment dur [...] et du coup là en plus oh mon dieu le médecin l'a dit, alors si le médecin l'a dit bon... terrible terrible, et voilà cette espèce d'aveuglement du médecin il a raison le médecin. »

La position du médecin donne du poids à sa parole et influence ainsi l'opinion publique et parfois les comportements familiaux comme cette participante racontant avoir subi des restrictions alimentaires importantes dès l'adolescence suite aux interventions médicales mettant en garde contre le surpoids.

2. Culpabilité

La multiplication des remarques sur le surpoids et sur la responsabilité de la personne dans son installation est à l'origine d'une forte culpabilité. La personne est désignée comme responsable de quelque chose de mal, de répréhensible. L'absence d'aide concrète proposée renforce l'impression de devoir s'en sortir seul : si tu n'arrives pas à perdre du poids c'est de ta faute, tu n'as pas assez de volonté.

E9 : « Ben moi ça m'a miné en fait... et... ça a créé de la culpabilité. Parce qu'on se dit "punaise mais c'est vrai tu es grosse quoi fais quelque chose" [...] Et la culpabilité c'est... enfin je sais pas mais, je pense que personne a envie d'être gros en fait. Personne. Parce qu'on sait très bien que ça engendre des problèmes de santé, et de... enfin ça maintenant c'est légion quoi *-rire-*. »

E4 : « Je pense que du coup d'avoir cette stigmatisation des professionnels des santé qui vous disent juste vous êtes gros, et en fait il y a pas... l'aide derrière quoi... Parce que finalement ça va même apporter de la culpabilité... »

E12 : « J'étais pas bien un moment, je me disais ouais c'est de ma faute, je me remettait en question, je sais pas, j'étais vraiment mal, je me disais si c'est lui qui a raison si c'est moi qui, à cause de mon surpoids tout ça, enfin... Ça, ça cogite beaucoup quoi »

Pour ce participant, la culpabilité est accompagnée d'un sentiment de ressentiment.

E8 : « on culpabilise les gens euh ... [...] Moi je pense que voilà quand il y a quelqu'un qui vient consulter euh, il est comme il est et puis c'est tout euh on peut aller à la limite comme je vous ai dit glisser un petit commentaire mais euh avec euh en y mettant les formes quoi. -*Silence*- Voilà le, le ressenti, et euh du coup on a du ressentiment.»

La honte est également citée par deux participantes. L'une d'entre elle insiste sur le fait que l'autorité médicale ancre le jugement négatif en lien avec son poids :

E5 : « ça devient honteux vraiment, ça devient honteux là où tu vivais ça comme une injustice, là ça devient, ça devient en fait il faut le cacher, enfin c'est vrai il y a ce truc-là dans ta tête ou tu sais pas trop pourquoi répliquer toute façon le médecin il a dit que, il a dit que c'était vrai et à partir de là tu peux pas dire grand-chose d'autre vu que c'est le médecin en fait. »

3. Éviction et méfiance du milieu médical

Le vécu négatif de certaines consultations médicales ainsi que l'absence d'aide proposée sont à l'origine d'une appréhension de ces moments. Plusieurs participantes rapportent se renseigner avant d'aller voir un nouveau professionnel de santé.

E4 : « ça devient des rencontres qu'on redoute un petit peu parce qu'on sait qu'on va se prendre des remarques négatives sur quelque chose qui est déjà négatif. Donc effectivement on va toujours redouter la pesée de chez ces praticiens. »

E5: «Je me suis renseignée en fait avant d'aller chez les docteurs. En fait c'est-à-dire que je regarde les commentaires et tout, j'y vais pas au petit bonheur la chance, mais dès qu'il y en a un nouveau c'est vrai que il y a une petite appréhension »

E6 : « Maintenant je les sélectionne plus justement pour me sentir en confiance et que j'ose leur dire si j'ai un souci ou euh voilà sans être jugée par rapport à ma corpulence. Euh après c'est vrai que quand je vais en consulter un nouveau là il y a toujours le petit stress »

Cette appréhension est même qualifiée d'angoisse par une des participantes :

E5 : « c'est deux trucs là ça a permis que moi du coup je sois ultra angoissée à chaque fois que j'allais chez le médecin »

La plupart ont arrêté de voir le professionnel de santé à l'origine de la mauvaise expérience :

E7 : « Je l'ai rayé de ma liste, et j'ai fait du... tous mes amis n'iront plus jamais chez ce monsieur. On a tous changé de cardiologue ».

E10 : « Bah j'y allais plus c'est aussi simple que ça. *Rire.* »

Ces expériences sont à l'origine d'une perte de confiance dans les professionnels de santé :

E12 : « je me suis sentie jugée, enfin je me suis sentie... Et puis un manque de confiance après dans les médecins quoi, on a moins envie de se confier, afin d'expliquer, de discuter avec eux, parce que pour l'ensemble de la profession des médecins comme ça c'est pas bon », je vous dis je mettrais plus jamais les pieds là-bas c'est clair. »

Cette perte de confiance crée également une méfiance du discours médical de façon générale, et pas uniquement vis-à-vis du poids. L'utilisation du poids comme excuse toute trouvée amène une certaine remise en question des connaissances du médecin.

E5 : « je me souviens des médecins généralistes qui m'ont donné des médicaments parce qu'ils savaient juste pas quoi me donner ».

E8 : « Mais j'ai l'impression que justement, euh des fois ils disent ça parce que, parce qu'ils savent pas. Par exemple ils savent pas alors bah c'est l'excuse toute trouvée ».

Parfois, l'éviction de certaines consultations ou examens du fait de la stigmatisation peut altérer la qualité des soins et du suivi comme chez cette patiente ne réalisant plus de mammographies de dépistages :

E7 : « C'est comme pour les mammographies je n'en fais plus. Je fais des échographies mammaires mais je ne fais plus de mammographie parce qu'elles me font super mal et elles me disent, comment j'ai entendu ça la dernière fois, « avec des obus pareils comment voulez-vous qu'on fasse une mammographie correcte ». C'était il y a 4 ans et j'ai dit depuis j'en ai pas fait. »

4. Perte de motivation et sentiment de fatalité

Pour certains, le fait d'être jugés incapables les pousse à abandonner l'idée de perdre du poids ou de réaliser certains projets :

E1 : « en fin de compte vous me descendez bah alors je m'en fous je passe à côté, je passe ... Je me laissais aller parce que y avait plus vraiment d'intérêt, t'façon on croit pas en moi c'est au revoir ».

Le recherche d'aide laissée sans réponse et les paroles stigmatisantes créent un mal-être et découragent certains participants dans leur démarche de perte de poids.

E1 : « J'pense pour des gens qui ont envie de s'en sortir et se retrouver face à un personnel de santé, vers lequel on vient, on vient le voir avec un espoir de compréhension, pas forcément mais au moins qu'il y ait ... on vient pas le voir comme si c'était notre chef voilà, on vient le voir comme notre médecin on attend quand même à voir un ... une recherche, de tien, certes vous avez un souci, vous cherchez peut être à l'améliorer, est ce que, qu'est-ce qu'il se passe quoi, et ... ça ça pousse un peu à dire laisse tomber, à dire bon bah j'abandonne d'façon quoi que je fasse voilà ça s'arrête là. »

E9 : « mais c'est des choses qui reviennent en fait c'est toujours les mêmes trucs, c'est les réflexions, c'est la façon d'aborder les gens, mais les réflexions ça peut tuer quoi. Je pense que vous pouvez braquer quelqu'un qui sera de bonne volonté, qui aura envie de maigrir et même de faire tout ce qu'il faut pour y arriver, vous lui sortez la mauvaise phrase et c'est foutu quoi. »

Outre les professionnels de santé, les proches peuvent également avoir un rôle sur cette perte de motivation. Ce jeune participant prend en exemple les moqueries de son frère lors des activités sportives :

E11 : « J'allais faire du basket avec mon frère quand j'étais plus jeune, et que bon ben, il aime bien me taquiner sur mon surpoids sauf que en réalité j'ai, à force qu'il me taquine ça me donnait envie, j'avais, d'ailleurs j'avais arrêté de faire du basket avec lui pour une de ces raisons, ça me donnait plus envie et au final pourquoi je ferais ces efforts si quand j'en fais, il y a pas assez d'efficacité. »

Le renforcement du mal-être par les comportements/paroles stigmatisants entretient souvent le cercle vicieux de prise de poids :

E4 : « Après bah il y a le fait qu'on se rend compte qu'on a pris du poids donc on se sent mal et finalement on continue à prendre du poids au lieu de... Parce que c'est le cercle vicieux c'est pas le cercle vertueux en se disant bah j'ai pris du poids il faut que je fasse quelque chose, ça devient un cercle vicieux de ben je me sens pas bien donc finalement je continue à manger parce que ça me reconforte même si ça me fait mal en même temps. »

E12 : « Alors c'est paradoxal parce qu'on dirait qu'il y en a que ça pourrait motiver, non au contraire ça va déprimer. Le fait d'être gros et puis d'être jugé, de pas pouvoir s'habiller ou vivre comme on veut, bah ça va vous déprimer et quand on est déprimé on a pas envie de maigrir. Pour avoir envie de maigrir il faut se sentir mieux déjà. »

Devant l'absence de propositions des médecins, une certaine fatalité sur l'irréversibilité du surpoids s'installe parfois comme chez ce participant :

E8 : *(en parlant des médecins)* « ils savent pas, pour moi ils savent pas, si on savait faire maigrir les gens ça se saurait. »

5. Renforcement des troubles du comportements alimentaires (TCA)

Les remarques de l'entourage et des médecins axées sur la perte de poids et le rôle de l'alimentation vont parfois déconstruire le rapport à l'alimentation comme en témoignent plusieurs participantes :

E5 : « j'avais pas du tout d'alimentation perturbée, jusqu'à ce qu'on m'inquiète, qu'on m'inculque cette identité-là, toi tu manges beaucoup toi nanana en fait quand on commence à te traiter comme ça, le carré de chocolat que tu prends en même temps que les autres il devient significatif parce que c'est toi qui le prends. Enfin alors que tout le monde le prend enfin vraiment. Et tu le vois à table tu vois que tu as pas beaucoup plus mangé que les autres, mais on va te dire bah si parce que... et tu vas finir par le croire et ça donne des trucs complètement fous où en fait tu ne juges plus de ce que tu fais de manière objective ».

Les restrictions alimentaires sont également citées dans cet objectif de perdre du poids à tout prix :

E6 : « au bout d'un moment, au bout d'un moment quand j'ai arrêté de noter ce que je mangeais et ben il me restait, me restait ce truc de faut pas que je mange trop faut pas que je mange gras, ce qui faisait que bah au final quand je suis arrivée au lycée, je mangeais que des plats sans sauce je mangeais pas le matin, euuh s'il y avait des plats en sauce et qu'il y avait que ça je mangeais juste du pain, enfin c'était un peu –rire- la catastrophe. »

E4 : « il faut pas manger moins qu'un certain seuil parce que c'est contre-productif, le corps il arrête enfin il baisse aussi ses dépenses caloriques, ça je savais pas et en fait je pense que pendant des années j'ai mangé moins que ce qu'il fallait... parce que j'ai toujours voulu perdre du poids en fait »

E7 : « Ah bah j'ai plus rien mangé. Je pense qu'à force qu'on me dise que j'étais grosse parce que je mangeais, euuh j'ai commencé à manger mal et à ne plus manger et à ne plus aimer manger. »

Plusieurs participantes rapportent des compulsions alimentaires réactionnelles aux remarques stigmatisantes :

E2 : « Mais c'est vrai que moi, à cette époque-là, c'était bah quand on m'avait dit faut maigrir, t'es grosse, t'es machin bah forcément vous rentrez ça vous fait tout un truc et vous vous jetez sur la nourriture quoi ; en plus y a le mal être puisqu'on vous le dit, donc en plus déjà vous êtes pas bien, donc voilà, le reproche, tout, y a tout qui vous bouscule dans votre tête et alors bah ... *–mime un geste de manger–* et puis alors là rien ne vous arrête ».

E4 : « je pense que ça peut me faire des compulsions par exemple, je pense que la fois du dermato là, je me rappelle plus, ouais j'imagine que j'ai dû rentrer chez moi j'ai dû manger des trucs pas bien quoi... »

6. Répercussions psychologiques et idées suicidaires

Au cours des entretiens, plusieurs participantes ont pleuré, témoignant du fort impact émotionnel du sujet :

E12 : « Ça m'a déprimé. Ça m'a déprimé plus qu'autre choses vous voyez, c'est pas le genre de remarque qui vont vous aider, ça... Si vous avez tendance à la dépression ben, bah rien que là vous voyez ça me picote les yeux *–les larmes aux yeux–* ça me fait remonter des trucs... »

E4 : « Parce qu'on est déjà très mal avec... ça se voit que j'ai de l'émotion du coup, *-avec la voix serrée-*, en fait on se sent déjà mal soi-même donc on a pas besoin qu'on qu'on nous en rajoute. »

Une des participantes évoque qu'elle se serait peut-être suicidée si, à son époque, il y avait eu les réseaux sociaux :

E2 : « il faudrait trouver une solution pour qu'on arrête, pourquoi il y a plein d'enfants qui se suicident encore aujourd'hui ? Moi je l'ai pas fait peut-être parce que dans le temps, peut-être que je me serais suicidée si moi j'étais une gamine, si tu veux te moquer de moi bah moque-toi de moi, mais moi ça me fait pleurer je suis triste et voilà... »

E6 : « il y a une période où quand j'étais au lycée j'avais même des idées noires, pour pas dire plus... euuuh où j'avais envie de me scarifier et enfin voilà c'était compliqué et c'était vraiment par rapport euuuh à l'image qu'on me renvoyait en fait ».

7. La recherche de perte de poids y compris au prix de sa santé

L'incitation à maigrir est justifiée par les impacts de l'obésité sur la santé. Cependant, pour plusieurs participantes, maigrir était devenu une fin en soi, indépendamment de la santé. Au contraire, plusieurs étaient prêtes à sacrifier leur santé pour y arriver.

E4 : « En fait c'est 14 jours où tu bouffes rien en fait c'est tout, c'est super mauvais pour ton corps en fait *-rires-*. »

E5 : « Je suis arrivée au stade où j'ai perdu 30 kilos mais du coup euh pas de manière saine quoi donc en fait je mangeais plus, euh ou très peu j'ai même fait un malaise »

Un participant souligne que l'introduction d'un traitement pour perdre du poids aurait pu gravement endommager sa santé :

E8 : « Il m'avait prescrit ça comme coupe faim, [...] c'était dans la famille ils m'ont dit « ouais tu vas pas prendre ça, euh tous ces trucs là » et heureusement parce que maintenant on sait ce que ça a donné hein le scandale du Mediator... Alors il m'aurait fait prendre ses trucs là, et et me fusiller des valves cardiaques et toutes ces conneries-là. Non c'est vrai... Alors vous voyez c'est pas toujours de bons conseils non plus hein ! »

On retrouve ici également la perte de confiance et la méfiance envers les médecins.

8. Autolimitations

Plusieurs participants rapportent ne plus faire certaines activités par appréhension de la stigmatisation :

E2 : « vous faisiez un truc, moi j'osais même plus faire de manège parce que pareil vous faites des manèges c'est « regarde la grosse là » ... »

Une participante rapporte ainsi qu'à une époque elle ne s'habillait pas comme elle le souhaitait, de peur du regard des autres :

E12 : « Oui bah de toute façon le regard sur quelqu'un de gros on le ressent partout, dans les magasins, chez les médecins, dans la rue partout ! Partout vous êtes regardée, jugée. Alors avant je m'habillais en sombre, [...] mais alors je m'habillais en sombre parce que ça amincit, maintenant je mets des couleurs j'ai des habits colorés, j'ai des fleurs, ce que j'ai envie, je mets du rose même si on pourrait dire « Eh le gros cochon rose ! », maintenant je m'en fous »

Deux participantes rapportent que leur poids peut être un frein dans leurs rapports personnels :

E4 : « je me mets toujours des barrières aussi parfois de façon personnelle vis-à-vis de ça. Par exemple comme je suis célibataire je me dis que c'est normal parce que je suis grosse... »

E2 : « J'ai jamais été comment, dirais-je, moi-même si un homme me plaît j'ai jamais osé aller vers la personne et lui montrer ou lui dire ou quoi ou qu'est-ce, parce que je me sentais pas forcément à l'aise avec mon corps. »

G. Construire son identité de personne obèse

1. Le rapport au corps et à l'image de soi chez les femmes

Au début de l'entretien il était demandé au participant de nous parler de la façon dont il se sentait dans son corps. Le rapport au corps étant très différent entre les hommes et les femmes interrogés, les résultats ont été traités dans deux parties distinctes.

a) Vision principalement négative

La plupart des femmes évoquent un rapport conflictuel, avec une vision négative de leur image corporelle. Les termes de mal-être sont utilisés à plusieurs reprises.

E3 : « c'est un mal être quoi, je veux dire à un moment donné on est *-souffle-* enfin je veux dire on a envie d'être coquette, on peut être coquette même en étant grosse mais je veux dire [...] rien que le rapport aux fringues moi me gêne ».

E5 : « Donc je pense que c'est vraiment une image de moi-même, pas qui est erronée mais où je me sens pas forcément à l'aise. Et enfin voilà on va dire c'est conflictuel *-rire-*. »

E9 : « Et aujourd'hui bah je me sens pas bien en fait, faut être honnête euuh j'essaie de perdre du poids, c'est très difficile pour moi d'y arriver [...] Donc ouais c'est un mal-être... [...] Mais euuh je crois que c'est assez commun quand même, d'être euuh mal à l'aise avec notre corps quand il est gros quoi, quand il déborde. »

Bien que parfois les limitations physiques soient évoquées dans le rapport au corps, l'image de soi est au premier plan chez les femmes interrogées :

E12 : « Pas bien. Je pense que même s'ils disent le contraire il y a pas beaucoup de gens en surpoids qui se sentent bien dans leur corps. Moi je l'assume pas, j'aime pas me regarder dans le miroir, ça cause aussi des problèmes pour se déplacer... Non, non je le vis pas bien ».

b) Intégration des normes de beauté

La plupart des femmes évoquent l'aspect esthétique de leur corps qui leur déplaît, en partie par les codes de beauté liés à la minceur dans nos sociétés occidentales, intégrés dès l'adolescence :

E4 : « Du coup j'ai cette vision négative des gens gros et du coup je m'inclus dedans quoi [...] je pense que ça vient déjà de l'enfance, des remarques négatives que j'avais, du coup ça a complètement corrompu la belle image que j'avais de moi [...]

Dans ma vie je ne me suis jamais appréciée parce que j'étais toujours ronde. Et en fait c'est vu que la société te dit il faut faire du 38 bah tu fais du 42 tu as déjà 70 kg et tu es une femme ben tu te dis que c'est beaucoup trop alors qu'en fait finalement c'est... Et encore j'avais un IMC à 25 mais c'était finalement normal entre guillemets sauf qu'en fait de ma famille de... l'entourage ça a toujours été vu de façon négative... »

Deux participantes rapportent l'impact des critiques de leur père sur leur confiance en soi et la dévalorisation de leur aspect physique :

E2 : « Après on rentre chez soit on se dit finalement, on se regarde dans le miroir, finalement il a peut-être raison, c'est peut-être pour ça que t'es seule, c'est peut-être pour ça que ci, c'est peut-être pour ça ... Alors oui on se dévalorise on se rabaisse ».

Cette dévalorisation physique passe parfois par la dévalorisation du corps de leur mère :

E4 : « Mon père il disait souvent à ma mère quand je t'ai rencontré tu étais mince maintenant regarde comme tu es devenue [...] je me suis rappelée qu'un jour j'ai entendu mon père dire à ma mère à cause de son poids qu'elle était un monstre, du coup c'est cette phrase qui remonte qui finalement était la voix de mon père qui me faisait la petite voix de tu es un monstre ».

Parfois cette dévalorisation provient de la mère elle-même. Dans tous les cas, la personne intègre que son corps ressemblant au corps maternel, est un corps qu'il faut essayer de changer et d'amincir :

E9 : « Je sais que la beauté c'est quelque chose de, de très propre à chacun en fait. Il y a des gens ils vont trouver des gens très très gros très beaux, et moi je pense que j'ai pas été élevée comme ça parce que j'ai sûrement encore comment dire le, le spectre de ma mère quoi derrière, qui elle elle s'est battue à toujours manger, elle s'est toujours restreint quoi donc... Ouais je pense qu'il y a quelque chose de bloqué chez moi en tout cas de ce point de vue-là. »

c) Rejet de la vision positive des autres

L'intégration de cette vision négative du corps gros pousse parfois certaines participantes à généraliser cette pensée, et ainsi interpréter un regard ou un compliment comme négatif.

Cette participante évoque le regard des hommes sur elle :

E2 : « Voilà 131 kilos on est pas sûr de soi, voilà on se dit quand un homme nous regarde dans la rue celui-là il me regarde parce que je suis obèse alors on baisse la tête et on part... »

Avant de perdre du poids dans les suites d'un bypass, pour elle ces regards étaient forcément liés à son obésité, et de façon négative puisqu'elle réagissait avec honte en baissant la tête. Avec la perte de poids, les regards sont vécus différemment car non en lien avec son statut d'obèse :

« Et un jour, j'ai perdu beaucoup de kilos, j'ai été jusqu'à 85 kilos [...] je me dis « lui il me regarde pas parce que je suis obèse », parce que voilà avec 85 kilos ; je me disais cet

homme me regarde, pas il me trouve belle mais voilà... –sourire- et du coup on se sent un peu plus sure de soi ... »

Deux participantes interrogées expliquent leur rapport délicat aux compliments en lien avec leur morphologie :

E9 : "X : Non mais toi ça te va trop bien", *blanc*. En fait euh peut-être qu'elle a voulu être gentille en disant ça, pour une fois que quelqu'un disait pas euuh non mais t'es grosse là fait quelque chose, pour une fois que quelqu'un vous dit ça te va trop bien, quelque part je l'ai mal pris aussi, je me suis dit comment elle peut dire que ça me va bien en fait. Ça peut pas m'aller bien.

Obs : Mmh.. –*Pause*- Pourquoi pour vous ça pouvait pas.. ?

X : Bah je sais pas sûrement que je suis aussi, sûrement que je suis aussi lobotomisée par, par la société quoi de, de cette norme de dire que les gens minces sont biens en bonne santé et les gros mauvaise santé ».

E5 : « c'est déplacé en fait d'entendre... d'entendre « ah ça te va bien surtout avec tes formes c'est super chouette ». Enfin quand on connaît pas quelqu'un on se tait sur ce genre de truc »

Au cours de l'entretien 5 la personne interrogée souligne le fait qu'un compliment sur « les rondeurs » peut être mal vécu. Pour pouvoir accueillir un compliment, il faut se sentir à l'aise avec l'aspect complimenté. Un compliment comprend toujours une dimension de jugement, même lorsque celui-ci est positif. Or une personne habituée à être jugée négativement, ayant elle-même intégrée cet aspect d'elle-même comme négatif, pourra être mal à l'aise avec le fait de mettre en lumière cet aspect, et ainsi le vivre négativement.

E5 : « Aujourd'hui enfin je trouve ça vraiment très important de, de faire attention aux autres et à la façon dont eux se sentent dans leur corps, en tout cas d'avoir cette délicatesse là et de penser bah que tout le monde n'est pas à l'aise, euh et que tout le monde ne devrait pas l'être [...] »

on ne sait jamais vraiment comment ça se passe à l'intérieur de quelqu'un, et ce qu'il a à l'intérieur de lui à ce moment-là ou d'une manière générale, parce que ça peut aussi être des périodes où peut-être j'ai pris un kilo, deux kilos et que ça me traumatise enfin... »

d) A nuancer : une vision parfois positive

Deux participantes rapportent être à l'aise avec l'aspect esthétique de leur corps. Elles racontent avoir grandi avec une vision positive d'elles-mêmes, notamment durant la période où elles étaient minces.

E5 : « Moi je me sens extrêmement bien, dans mon corps au quotidien euh bah après on a tous des moments où on se trouve moche enfin voilà [...] Petite j'étais extrêmement fine, extrêmement mince, enfin je sais pas et très très très très très jolie, je suis plutôt jolie aujourd'hui mais moins dans les codes ».

Cette participante retraitée parle également d'une certaine indifférence de l'aspect esthétique avec l'âge. Elle rapporte ne pas avoir eu de soucis plus jeune en précisant qu'elle était belle et mince.

E7 : « Je me sens bien. J'ai pas de problème d'image, j'ai pas de problème d'estime de soi, non je l'ai très bien vécu. [...] L'image quand on est senior, c'est pas qu'on s'en fiche mais voilà, moi j'ai comme on dit j'ai été, j'étais très belle et très mince donc j'ai pas eu de souci

quand j'étais jeune. Euh maintenant je pense que le rapport à l'image quand on a 30 ans n'est pas le même que quand on a 60 quoi. »

2. Le rapport au corps et à l'image de soi chez les hommes

Lorsque je demandais aux participants hommes de me parler de comment ils se sentaient dans leur corps, la réponse était généralement axée sur les limitations physiques. L'esthétique était rarement évoquée ou vécue avec indifférence pour les hommes. Les termes de mal-être n'apparaissent pas. L'image du corps n'était pas une préoccupation exprimée par les participants hommes.

E11 : « Avant je savais que j'étais gros mais j'étais tout de même sportif [...] mais plus le temps passe et plus là je sens que je manque de capacité que j'avais avant de l'endurance, même de la force, parce que j'ai du poids mais j'ai perdu du muscle que j'avais avant et que.... ça ces temps-ci ça devient gênant. [...] Ça ne me fait ni chaud ni froid par rapport à l'image du corps »

E10 : « Alors comment je me sens dans ma peau, je me sens super, très bien [...] c'est vrai que, quand on a un petit peu de surpoids c'est sûr que les lombaires et les cervicales souffrent quand même un peu plus donc bien dans ma peau ok mais faut quand même y aller doucement quoi.»

Le participant ajoutera plus tard dans l'entretien : « Et je crois que de toute façon on dirait voilà toi tu es gros tu es machin tu es moche alors là pttt *-rire-* ça glisse totalement sur mon indifférence »

E8 : « Bah bien. [...] Bon c'est vrai que quand j'avais un peu trop grossi avant là c'est vrai que ça commençait un peu à me gêner là. Mais là maintenant ça me gêne pas moi, enfin je sais pas comment qu'on me voit aussi, pas non plus comme un hippopotame ou quoi – *rire-*. »

Un des participants âgé de 22 ans souligne l'absence d'impact des réseaux sociaux sur le vécu de son image comparativement à ses sœurs plus jeunes :

E1 : « être gros, maigre, fin... ça m'a jamais impacté trop. Mais quand je pense par exemple mes sœurs, dès qu'il y avait ... Ah j'suis trop ci, j'suis trop ça, t'as vu regarde... »

Pour deux des participants, la maigreur au contraire est dénigrée :

E8 : « Tous ces médecins-là qui sont secs là tellement comme tout, ils ont plutôt l'air desséchés que le reste quoi. Enfin c'est l'impression qu'ils me donnent –*rire-*. À partir d'un certain âge ils font vraiment euh ... rabougris, voyez ce que je veux dire, qui se ratatinent quoi ! Tandis que quand on est un peu, un peu costaud on se ratatine moins – *rire-*. »

3. Comment se définir

a) Hésitations sur les termes employés

Que ce soit pour les hommes ou les femmes, la plupart des participants hésitent sur les termes à employer pour se définir ou définir les autres personnes en surpoids. Les termes sont parfois accompagnés d'un rire bref pouvant traduire une certaine gêne :

E8 : « Bah j'ai toujours été, tendance à être un petit peu, un petit peu... un petit peu comme ça, un petit peu enveloppé quoi on va dire –*petit rire-*. »

E9 : « J'ai pas toujours été euh ronde et enfin, en surpoids en fait, j'ai une maman qui était très très euh ... enfin c'était de l'obésité »

Les femmes ont tendance à utiliser les termes « rondes », « rondelette » :

E4 : « j'ai toujours été rondelette » , E5 : « un peu rondouillette » , E6 : « j'ai toujours été un peu rondelette »

Un participant utilise les termes d'ours et nounours :

E10 : « je deviens nounours » ; « un ours comme moi »

Le mot gros est régulièrement utilisé. L'aspect péjoratif du terme gros n'est pas consensuel mais dépend du contexte.

E11 : « petit j'étais toujours quand même un peu enfin j'avais toujours du, du gras sur la peau *-petite pause-*, euh je n'ai pas d'image, ça me fait pas de choc, je sais que je suis gros ».

E3 : « enfin je dis gros, euh ouais et euh c'est pas péjoratif ».

E5 : « oui je suis grosse bah oui c'est ma corpulence ».

Certains participants n'hésitent pas à utiliser le terme plus médical « obèse ». Ces mêmes participants (comme nous le verrons plus bas), reconnaissent l'obésité comme une maladie et non comme une simple corpulence.

E5 : « Je suis obèse, depuis que j'ai 5 ans j'suis en surpoids obésité ».

E7 : « Je suis devenue obèse très tardivement ».

b) Se définir selon la norme

La prise de poids est souvent définie selon la norme, l'acceptable :

E4 : « je suis passée d'un statut ronde acceptable à la bah je suis dans l'obésité morbide ce qui fait un peu bizarre parce qu'en fait c'est des mots qui peuvent faire un peu peur ».

E9 : « j'ai pris un peu de poids mais c'est resté normal, enfin c'est resté raisonnable, mais par contre euh, depuis que j'ai arrêté la pilule, donc à mes 30 ans, ça fait 11 ans maintenant, là j'ai pris énormément de poids. Je suis passée dans la catégorie vraiment... -rire-, femme en surpoids quoi ».

E11 : « J'arrivais pas à, à avoir une silhouette de... euh, une silhouette normale ».

Cette norme, ainsi que le statut de personne en surpoids ou obèse, se construisent par le regard des autres :

E5 : « C'est vraiment les autres qui m'ont appris, en fait t'es différente ».

E8 : « Vous vous sentez, vous sentez anormal. C'est vrai vous vous sentez hors norme. - *silence de plusieurs secondes*- Bah oui vous vous sentez pas comme les autres quoi du coup. »

Dans la plupart des entretiens, il ressort un besoin de comparaison fréquent vis-à-vis des autres notamment lorsqu'il s'agit de se définir :

E3 : « J'dis que moi, j'suis obèse, j'suis pas grosse, enfin j'veux dire il y a des gens qui font 130 kilos, 160, mais je comprends ces gens-là, pour eux c'est vraiment vital ».

E8 : « Mais bon j'ai pas l'impression non plus d'être... euh... comment dire.... J'en vois qui sont nettement plus gros que moi aussi. »

E11 : « De temps en temps je vois des cas extrêmes qui, qui font un peu rire parce que, je me dis je vais quand même pas arriver à ce point-là faut, on va éviter ».

Parfois cette limite entre norme et hors norme est plus floue. Une participante va ainsi expliquer les difficultés à se catégoriser :

E5 : « C'est compliqué parce que moi j'ai mis beaucoup de temps avant de comprendre que chacun avait sa vérité et sa vision et qu'ils avaient tous raison tu vois, plutôt que d'essayer de comprendre mais du coup c'est quoi la vérité c'est que je suis grosse ou que je suis pas grosse? [...] à partir du moment où j'ai commencé à prendre je suis devenue la grosse de quelqu'un, et je suis la maigre de quelqu'un aussi ».

Une participante raconte également son expérience en centre de vaccination, où elle fût surprise de ne pas être perçue comme obèse :

E4 : « là pour une fois le mec il m'a pas dit ah oui c'est vrai vous êtes obèse *–rire–*, il m'a demandé plutôt pourquoi j'étais là, donc je me suis dit bon c'est que *–rire–*, parce que c'est vrai que je pense de façon générale quand on a l'image d'une personne obèse c'est pas un IMC de 30 en fait on imagine plutôt toujours des gens comme en Amérique ils bougent plus quoi enfin, là c'est un petit peu le cliché, mais en fait on peut vite être obèse en vrai. »

c) La norme remise en question

Plusieurs participants se questionnent, au cours des entretiens, sur ce qui peut être défini comme normal ou anormal. L'IMC est notamment beaucoup remis en question dans cette définition de norme :

E5 : « c'est pas une vérité en soi l'IMC même pas, ça a été réévalué plein de fois apparemment donc enfin... euuh quand il y a des mesures etc il y a des gens qui te sortent ça « non mais tu as des mesures, non c'est pas dans ta tête nanana »,

E6 : « Enfin voilà l'IMC, je veux pas dire que c'est de la daube mais *–rire–*»

E8 : « Je sais pas combien qu'on doit faire à peu près parce que c'est pareil, ça ça dépend aussi, il y a des, il y a des gens qui ont des squelettes plus minces plus fins, et d'autres plus comme moi, plus trapus alors on sait pas combien qu'on a de kilos en trop non plus... à mon avis c'est pas standard tout ça. »

E2 : « Après on se dit est ce que ça va être des personnes entre guillemets pas normales mais lambda quoi, parce que où est la norme – *rire* – donc euh après on sait tous que si on fait 1m70 il faut pas faire 90 ni 40 kilos ... »

4. L'obésité, une maladie ?

Un point très débattu lors des entretiens est le statut de malade des personnes obèses. En effet, si pour certains l'obésité est indéniablement une maladie, d'autres revendiquent la dissociation de la morphologie, du poids et de la santé.

E1 : « Parce que pour moi l'obésité je considère ça comme une maladie, donc pour moi une personne obèse c'est une personne à traiter c'est un patient [...] euh les genoux ils ramassent, le dos ramasse, le corps ramasse en général, le cœur il ramasse, tout ramasse ».

E7 : « Je pense que le milieu médical c'est euh voilà c'est pas vraiment considéré comme une maladie encore. Alors que ça en est une pour moi. Et pour beaucoup de monde c'est une maladie. »

Pour cette participante, l'obésité n'est pas reconnue à juste titre comme maladie chronique. L'absence d'ALD spécifique à l'obésité empêche une prise en charge optimale. Le non

remboursement des consultations psychologiques lui semble également être une carence importante.

E7 : « je pense que le milieu médical il a encore beaucoup à faire en France, ENORMEMENT. Et je trouve que ça devrait devenir une cause nationale et devenir une ALD. Parce qu'on éviterait ; parce que les cardiologues c'est pas toujours, c'est toujours des suppléments etc et je pense qu'on devrait proposer une aide psychologique ».

Comme la plupart des maladies chroniques, les personnes concernées ne se sentent pas malades. Certains s'étonnent même, face aux mises en garde constantes de l'impact de l'obésité, d'être en bonne santé :

E4 : « j'ai de la chance au niveau au niveau santé j'ai de la chance, j'ai jamais eu de truc grave, j'ai une bonne santé globalement, ce qui se cache j'en sais rien mais en tout cas je suis rarement malade » .

E8 : « Mais moi je me sens bien hein, moi je me sens pas –*silence*- À la limite qu'on me laisse tranquille ! –*rire*- »

Certains nuancent avec l'effet protecteur que peut avoir le surpoids sur certaines pathologies :

E10 : « Juste une image, dans les perspectives, mon père m'a toujours dit vaut mieux quand tu tombes malade avoir quelques réserves, et je pense qu'au fond lui il avait raison parce qu'il est passé par là. »

Ou par exemple en citant l'importance d'autres facteurs protecteurs comme le sport :

E11 : « Je remarque quand même que j'étais en bonne santé puisque malgré ce poids j'avais du muscle, j'avais des capacités physiques j'avais de l'endurance... »

Une participante souligne que bien qu'il s'agisse d'un facteur de risque, la vie est pleine d'autres risques. Ainsi certaines personnes minces vont développer un cancer et mourir jeune ou subir un accident :

E9 : « Mais quelque part après je me dis voilà c'est la vie elle est courte elle peut être courte, elle peut être longue, c'est pas le poids qui... qui va forcément faire la différence. »

Au cours de l'entretien 6, la participante met en avant la nécessité pour elle de dissocier morphologie et santé. Pour elle, la santé devrait s'axer sur la promotion de l'hygiène de vie, de l'équilibre alimentaire et de l'activité physique indifféremment du chiffre sur le balance.

E6 : « En fait j'aimerais juste que la corpulence devienne un non sujet, parce que ça n'a pas de rapport avec la santé en fait, ou avec le fait que tu sois beau belle parce que ça c'est très subjectif [...] bah oui on peut être gros, grosse et être en bonne santé ».

H. L'obésité : un combat du quotidien

Durant les entretiens, les termes tels que « l'aide », « s'en sortir », « souffrance », appartenant aux champs lexicaux de la lutte et du combat sont souvent utilisés dans différents domaines de la vie quotidienne vis-à-vis du poids.

1. Un combat multi-systémique

Les difficultés à combattre pour les personnes en situation d'obésité sont multiples : un combat pour perdre du poids, pour faire face à la stigmatisation, pour s'habiller...

a) Un combat face aux difficultés physiques du quotidien

Plusieurs participants racontent comment certains gestes sont devenus très difficiles à réaliser. Les douleurs lombaires et aux genoux sont également souvent citées.

E3 : « Ouais alors je dis si là, déjà là j'suis comme ça qu'est-ce que ça va être dans dix ans, j'suis fracassée en ce moment quoi, j'ai l'impression d'avoir un poids tout le temps comme ça là, ça j'en veux plus du tout [...] J'en ai marre d'être limitée en tout quoi. Euh dans mes gestes, dans mes déplacements, ma fille, elle a deux chiens, j'peux pas les promener avec elle. »

E11 : « En fait à chaque fois que je faisais un aller d'escalier je sentais que je pouvais plus rien faire presque après », raconte un jeune participant à propos d'un déménagement.

E9 : « Par contre maintenant ouais effectivement j'ai dû, je commence à avoir du mal à respirer euuh, je suis essoufflée».

Une participante rapporte, après une cure de 3 semaines avec du sport régulier, le plaisir de pouvoir refaire des activités simples sans difficultés :

E7: « Maintenant je suis contente parce que j'ai vu que ce matin je pouvais monter les escaliers sans problème, redescendre les escaliers, le plaisir de porter mon sac et celui de mon père parce qu'on est allé faire des courses. »

b) Un combat pour perdre du poids

Pour parler de la perte de poids, les termes « difficiles », « compliqués », « pas évident » sont souvent employés, soulignant le besoin d'efforts constants. Une façon également de contraster avec le manque de volonté souvent assimilé aux personnes en surpoids :

E9 : « Et aujourd'hui bah je me sens pas bien en fait, faut être honnête euh j'essaie de perdre du poids, c'est très difficile pour moi d'y arriver, des fois je perds 5 kg et puis - *petit bruit de bouche*-, après bah je reprends quoi... donc euh c'est compliqué. »

La dimension alimentaire de la lutte pour perdre du poids est également citée. La notion de résistance est soulignée par plusieurs participantes, pouvant être à l'origine d'un conflit interne ou d'une culpabilité :

E7 : « Donc ça il faut que je me soigne contre l'envie de sucre mais c'est la chose la plus difficile, j'y arrive plus ou moins mais je pense que je devrais peut-être faire des séances d'hypnose en rentrant. Parce que ça c'est vraiment dur, de résister au sucre c'est vraiment dur dur dur. »

E9 : « Et c'est là que vous, quand vous avez vraiment envie d'un bout de chocolat, il y a ce truc quoi, la petite voix qui vous dit : « NON NON NON il faut pas, il faut que tu maigrisses », et puis il y a l'autre côté, EMotionnel en fait, parce que c'est souvent émotionnel la nourriture donc euh.. Mais on est tiraillé entre les deux, enfin en tout cas moi je suis tiraillée entre les deux et j'ai beaucoup de culpabilité en ce moment ».

E3 : « Des fois on essaye un peu de se réfugier et en même temps on se dit non, -*en chuchotant*- t'as pas à faire ça, faut pas faire ça, faut pas faire ça Ou vous le faites pas et vous vous dites bah j'fais attention -*rire*-. Mais des fois ... c'est pas évident. »

c) Un combat pour l'acceptation de soi

Parmi les femmes interrogées, les difficultés pour être à l'aise avec l'image de leur corps sont fréquentes. Dans leur discours transperce une volonté d'y parvenir pour ne pas poursuivre un idéal inatteignable qui les rendrait malheureuses :

E4 : « Je pense qu'il y a aussi cette acceptation que je dois faire, parce que si je reprends en arrière, je retrouve parfois des archives de toutes mes discussions de trucs, bah j'ai toujours voulu perdre du poids, et je me disais toujours que ce serait mieux quand je le serais moins, en fait c'était perpétuel, à tel poids ça allait pas à tel poids ça allait pas, et en fait j'ai fait que l'inverse finalement, prendre du poids, et finalement je me dis chaque fois je me suis toujours dit que ça n'allait pas, en fait il y a un moment donné il faut aussi réussir à s'accepter et ne pas dire bah je serais mieux quand je serais à tel poids. »

E9 : « J'apprends à m'accepter avec ces rondeurs, je me dis que si j'ai le chemin de ma maman par exemple, elle elle était encore plus grosse, donc euh, donc euh va falloir accepter que le corps change en fait, donc euh j'essaie d'accepter mais c'est compliqué. – *silence*-. C'est compliqué. »

E12 : « Bon je m'assume, mais ça veut pas dire que je m'accepte. Ça c'est différent aussi. Je m'accepte pas, je me suis jamais acceptée dans ce corps-là, j'ai l'impression que c'est pas moi, c'est pas mon corps voilà »

Ces difficultés à accepter sa morphologie passent notamment par l'habillement. En effet, plusieurs participantes soulignent les problématiques dans ce domaine et l'impact sur l'image de soi :

E12 : « Y a des très beaux vêtements mais pas pour quand on est gros. Et là il faut chercher, c'est c'est difficile et quand vous en trouvez après vous essayez de les garder le plus longtemps possible *-rire-* [...] Je veux dire c'est, c'est bien de penser à l'accompagnement tout ça mais déjà il faut que la personne se sente bien dans sa tête aussi et pour se sentir bien dans sa tête ça passe aussi par l'habillement »

E9 : « Je trouvais pas d'habits quoi enfin pas facilement pas aussi facilement qu'avant, donc ça c'est vraiment aussi un facteur, qui... qui est pénible, dans notre société. »

Dans cette lutte pour l'acceptation de soi, les mouvements « body-positive » et l'évolution récente de la société sont souvent cités comme des facteurs favorisant :

E4 : « Je trouve ça bien qu'il y ait de plus en plus de body positive chez les femmes avec des mannequins de différentes morphologies qui passent à la télé quoi. Et ça je pense que si ça avait existé quand j'avais l'âge de l'adolescence je pense que je m'en serais peut-être mieux sortie avec mon image »

E6 : « Je pense ouais que ça a débuté avec les comptes Instagram et aussi par les échanges avec mes sœurs, avec des amis, ou qui ont un peu vécu les mêmes choses [...] voilà et c'est vrai que de voir des représentations de personnes grosses comme ça en photo etc bah moi ça me fait aussi du bien. »

E12 : « Parce qu'on vous montre des femmes, des, des des mannequins et tout qui sont maigres, on commence à voir des mannequins, des femmes rondes, je trouve que ça c'est bien [...] quand on voit maintenant des femmes rondes et qui sont belles, on se dit bah ouais pourquoi pas moi. »

2. Faire face aux multiples freins

a) Les freins physiques

Plusieurs freins devant la volonté de perdre du poids sont rapportés par les participants. Les freins physiques notamment lors de la reprise d'une activité :

E7 : « Par exemple j'ai refait du sport et tout, je me suis fait un problème, j'ai eu des calcifications dans le tendon d'Achille, parce que je faisais beaucoup de marche. C'était hyper douloureux donc ça ne vous donne pas envie de continuer [...] Mes sciatiques dès que je faisais quelque chose paf ! Mon dos était cassé hop je faisais plus rien, donc à un moment j'ai dit pff allez j'abandonne. »

E3 : « En fait je ne peux plus faire de sport sur un tapis. J'ai un rameur, j'ai un super rameur à côté, j'ai un super tapis de marche aussi, euh voilà mais ... Je peux plus, j'ai trop ... Bon le tapis de marche je peux en faire parce que j'ai la barre qui me maintient, que si je marche dehors, oh yeeeu ... »

b) Les freins financiers et difficultés d'accès

Les freins financiers ainsi que l'accessibilité aux salles de sports ou à certains professionnels de santé sont également discutés :

E6 : « Enfin pour moi c'est un tout faut pouvoir être suivi psychologiquement euh, effectivement si tu manges pas enfin disons que si tu manges pas ce qu'il faut, éventuellement voir une nutritionniste ou que sais-je, et pouvoir faire du sport mais il faut aussi avoir accès à tout ça en fait et c'est ça et c'est là que ça devient compliqué parce que c'est pas gratuit, parce que tout le monde n'a pas les moyens d'aller voir toutes les semaines un psy, ou il faut trouver de la place, c'est plus ce parcours-là qui est compliqué aujourd'hui pour moi. »

E7 : « les clubs c'est très cher, ouais c'est vraiment très cher et il y a énormément de monde... »

Cet homme retraité parle ainsi d'une diététicienne qui lui a été conseillée :

E10 : « Baaaah pfffff personne ne m'a proposé, juste cette dame voilà elle m'a dit XXX mais XXX ça fait 200 bornes aller-retour... c'est simplement pas possible »

E9 : « Bah du coup elle m'a dit de prendre rendez-vous avec une endocrinologue, que j'ai, j'ai rendez-vous en août, donc là c'est pareil il faut attendre, ça fait 6 mois que j'ai pris rendez-vous [...] mais c'est pareil ça c'est l'accès, l'accès aux soins c'est terrible. »

c) Le découragement

Je ne reviendrai pas sur le sentiment de fatalité pouvant être développé par le fait d'être jugé incapable et l'absence de solutions proposées (développé dans la partie E).

Un autre élément participant au découragement est l'échec de la perte de poids :

E3 : « Mais je peux être, dès que je commence à maigrir, je peux être à fond, et puis et puis ça revient quoi. C'est toujours un yoyo. Constamment, constamment, constamment un yoyo. »

Le sentiment de solitude dans le combat est également rapporté :

E12 : « Ne pas se sentir seule. Parce que c'est un combat, il faut pas se sentir seul dans ce combat quoi [...] Moi ça fait des années que j'appelle au secours quoi. Et voilà... »

E2 : « Vous savez quand on est jeune, on est un peu *-geste de main et sourire-* un peu voilà, on se dit, ouais c'est bon ce qu'elle raconte on s'en fiche un peu. Et c'est vrai que c'est après quand on rentre dans l'âge adulte, euuuh qu'on a envie d'être aidé et que là on se dit bah y a personne pour m'aider »

3. La grossophobie en débat

La lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes en surpoids peut se résumer en lutte contre la grossophobie. Ce terme, amplement relayé par les réseaux sociaux, est un sujet d'actualité. En 2022, plus de 16 000 publications sont retrouvées sur Instagram sous le hashtag grossophobie, et plus de 69 000 pour l'équivalence anglaise « fatshaming ».

Le mot grossophobie est utilisé dans 5 entretiens sur 12. Parmi les 7 n'utilisant pas ce terme, 4 utilisent d'autres termes tels que « racisme », « discrimination » ou « stigmatisation ». Ce terme est l'objet de débats au cours des entretiens, certains participants craignant parfois une dérive au détriment des impacts de l'obésité sur la santé. Ces citations font écho au débat actuel auquel sont confrontés les militants contre la grossophobie.

E6 : « Bon j'ai pas le terme exact mais des violences médicales entre guillemets, grossophobie parce que c'est vrai enfin j'ai pas l'impression qu'on en parle, qu'on en parlait forcément beaucoup il y a 10 ans... euh donc c'est vrai que ce genre de compte qui dénonce

un peu tout ça bah ça te fait réfléchir et ça te fait cheminer petit à petit, euh vers quelque chose qui te correspond mieux et tu te dis bah effectivement c'est pas normal »

Pour cette participante, le terme de grossophobie et le militantisme qui en découle lui aurait permis de prendre conscience et de fixer d'autres limites à ce qu'elle considère comme acceptable ou non concernant les remarques et comportements vis-à-vis de son poids.

E12 : « Enfin c'est une forme de racisme, voilà vous avez le racisme anti jaune, anti gros, anti handicapé. C'est du racisme. Et ça il faudrait que ça change à tout prix. Et que les gens se posent plus de questions. Parce qu'ils sont trop dans le jugement. Sans chercher à comprendre »

Sans utiliser le terme de grossophobie, cette participante dénonce les préjugés dont elle a pu être victime.

Deux hommes expriment leur malaise face à ce terme :

E11 : « ça ne devrait pas être un souci d'être gros, mais ça, comment dire, faut pas que ce soit, comment dire, accepté comme si c'était une bonne chose non plus [...] Je comprends qu'il faut défendre le fait que bah attaquer une personne qui est grosse juste parce qu'elle est grosse, c'est débile c'est idiot, c'est, ça ne va pas l'aider à devenir moins, à chercher à se reprendre en main, parce que généralement il y a peu de personnes chez qui ça crée un déclic, ça va juste les renforcer dans leur mentalité je vais pas faire d'effort et je fais ce que je veux quoi [...] C'est bien de, de, c'est bien de pas stigmatiser quelqu'un qui est en surpoids mais lui dire que, que "ah c'est bien que tu sois en surpoids, tu es une belle personne!", alors que on sait que NON en réalité ce n'est pas le cas, enfin après chacun

ses goûts et ses couleurs en matière de, d'attrance mais, mais pour la personne elle-même c'est pas si bien que ça ».

Bien que d'accord avec l'importance de ne pas stigmatiser les personnes grosses, ce participant souligne la peur de la glorification de l'obésité ainsi que de la minimisation de son impact sur la santé. Il exprime la confusion autour de l'esthétique et de la santé, qui pour lui iraient de pair : en valorisant le physique d'une personne grosse, on valoriserait la mauvaise santé.

E1 : « Je vois pas comment on pourrait être raciste contre une maladie, y a un problème à traiter, certes il faut pas, il faut pas entre guillemets pousser la personne à bout parce qu'elle a ce souci là mais faut l'aider quoi, et l'aider c'est pas ... Sauf que maintenant depuis que j'ai vu ce terme je me dis bah en fin de compte aider une personne, essayer de l'aider parce qu'elle est dans ce cas-là, mais si cette personne vient me sortir que je suis grossophobe parce ... c'est pas une question d'aimer ou de pas aimer les gros ».

Une confusion entre lutte contre l'obésité et lutte contre les obèses peut facilement s'installer :

E1 : « J'pense que eux ils pensent que EUX sont les problèmes mais faut pas se prendre pour un problème, il y a un problème mais c'est pas vous, et le problème faut le traiter mais faut pas confondre être le problème et avoir un problème. »

IV. Discussion

A. **Résultats principaux**

Grâce à ce travail, nous avons cerné différentes situations ressenties comme stigmatisantes en consultation médicale. Ces interventions sont perçues comme d'autant plus culpabilisantes que les participants soulignent la multiplicité et la complexité des causes impliquées dans l'obésité.

L'insistance, l'absence d'accompagnement, l'approche autoritaire ainsi qu'une intervention vécue comme injustifiée médicalement sont autant de mécanismes perçus comme stigmatisants pour les personnes en situation d'obésité. Le ressenti d'accusation de responsabilité concernant le poids mais également concernant les plaintes rapportées au médecin, donne le sentiment aux participants de ne pas être écoutés, et majore la culpabilité qu'ils peuvent ressentir.

Les impacts de cette stigmatisation sont multiples, tant sur le plan psychologique et comportemental que sur la construction de l'image de soi.

Par ce travail, les attitudes vécues comme positives ont également été énoncées ; il est tout à fait possible d'aborder le poids en consultation sans stigmatiser la personne.

Cette stigmatisation médicale s'ancre dans une stigmatisation bien plus systémique, dénoncée par les participants. Le médecin vivant au sein de cette société subit l'influence de cette stigmatisation à des niveaux multiples mais va également, par son discours, pouvoir renforcer certains préjugés.

B. Forces et limites de l'étude

Régulièrement, au cours de ce travail, nous nous sommes interrogés sur les potentiels biais qui se présenteraient afin de les minimiser.

L'approche par analyse interprétative phénoménologique développée initialement dans le domaine de la psychologie a pour objectif d'explorer la manière dont une expérience de vie a été ressentie et interprétée par la personne l'ayant vécue⁽⁴⁹⁾. Cette approche méthodologique est donc adaptée à l'objectif de notre étude.

L'échantillonnage en recherche qualitative n'a pas pour but d'être représentatif de la population étudiée. Les participants sélectionnés doivent avoir vécu le phénomène à étudier mais peuvent varier sur des caractéristiques telles que le sexe, l'âge, la catégorie socio-professionnelle...

Un certain nombre de biais de sélection peuvent tout de même apparaître, que nous avons essayé de minimiser par différentes stratégies.

Concernant le recrutement des participants, l'annonce de recrutement était volontairement évasive pour limiter les biais. Les termes stigmatisation et grossophobie n'étaient pas employés, seul le rapport au corps et au monde médical était cité, afin de ne pas recruter uniquement des personnes déjà investies dans la lutte contre la grossophobie. Le statut d'interne en médecine n'était pas cité afin de limiter les à priori des participants. Nous avons volontairement choisi de ne pas mettre d'affiches de recrutement dans des zones d'habitation précaires puisque le groupe FETOMP avait déjà fait un travail remarquable sur l'obésité et la précarité^(52, 53).

En plus des lieux médicaux, nous avons recruté des participants par d'autres biais tels que certains magasins de grandes tailles ainsi que les réseaux sociaux afin d'avoir également des personnes consultant rarement ou ne consultant plus. Ce mode de recrutement permettait

également de ne pas apparaître en lien avec le milieu médical, mais est cependant resté minoritaire. En effet, les participants étaient peut-être plus réticents à rencontrer une inconnue par ce biais, que par le biais de leur médecin traitant ayant accepté d'afficher l'annonce.

Initialement, nous pensions également recruter d'autres participants par effet boule de neige, mais ceci n'a pas fonctionné. Le vécu du surpoids étant un sujet délicat, il est possible que les volontaires aient été réticents à demander à leurs proches de participer.

Il existe également un biais de volontariat, les caractéristiques des personnes m'ayant contactée pour participer à l'étude ont pu être différentes de celles qui décidaient de ne pas répondre à l'annonce.

Concernant le déroulement des entretiens, certains biais sont liés aux caractéristiques de l'enquêteur. Mon inexpérience en recherche qualitative a pu interférer sur la qualité des entretiens. J'ai cependant réalisé une formation théorique à l'aide de plusieurs ouvrages avant de débiter les entretiens⁽⁵⁴⁾⁽⁵¹⁾. Au fil des entretiens et de l'expérience, j'ai pu constater un plus grand respect du temps du silence pour favoriser la réflexion, et des interventions de ma part de plus en plus rares, favorisant ainsi la libre expression des participants.

Le ton utilisé, ainsi que les réactions verbales et non verbales aux propos des participants ont également pu favoriser ou au contraire inhiber certaines réponses. Le statut d'étudiante en médecine voir de remplaçante était parfois connu, pouvant être à l'origine d'une atténuation des critiques émises à l'encontre des médecins.

Tous les entretiens ont été réalisés par le même interviewer en suivant le guide, permettant une certaine reproductibilité et standardisation. Le guide d'entretien ne comprenait pas de questions fermées afin de ne pas influencer le participant. Cependant, la répétition de questions

trop ouvertes peut entraîner une lassitude du participant ainsi qu'un comportement d'évitement à l'abord de certains sujets.

Un biais lié à l'actualité et la mise en avant de la grossophobie a pu apparaître. Cependant, les participants étaient invités à partager leurs expériences personnelles et le souvenir d'évènements particuliers, afin d'éviter des généralités sur la grossophobie ayant pu être transmises par les médias. Par ailleurs, les évènements relatés par les participants sont soumis à un biais de mémorisation. Cependant, le but étant principalement d'explorer le vécu, il peut être intéressant de se pencher sur le souvenir laissé par une consultation plutôt que son déroulement objectif.

Les biais liés au recueil d'information ont été limités par l'enregistrement sonore des entretiens. La retranscription des entretiens a été réalisée mot pour mot. La communication non verbale n'a cependant pas été prise en compte car délicate à interpréter et à rapporter. Toutefois, mes premières impressions étaient retranscrites directement après les entretiens et comprenaient parfois des éléments sur la gêne de l'enquêté ou au contraire sur son aisance apparente.

Concernant l'analyse des données, la subjectivité du chercheur est nécessairement impliquée en recherche qualitative afin d'éviter un simple indexage des verbatims, mais bien d'interpréter ce que le participant exprime concernant son vécu. Cependant, il ne faut pas tomber dans la surinterprétation des propos des enquêtés. Afin de limiter ce biais, un certain nombre d'entretiens ont bénéficié d'un double codage à l'aveugle.

Pour pallier à mon inexpérience concernant l'analyse des données, j'ai participé à une formation de méthodologie à la faculté de médecine de Strasbourg, ainsi que demandé conseil au Docteur en sciences humaines et sociales Laurène Assailly concernant le codage d'un des entretiens.

Enfin, il s'agit d'une étude d'actualité, pertinente de par les multiples impacts de la grossophobie sur les personnes en étant victime. La cohérence de nos résultats avec les données de la littérature renforce leur fiabilité scientifique, tout en apportant de nouveaux éléments sur les présentations de la stigmatisation des personnes en situation d'obésité en consultation médicale.

C. Comparaison à la littérature et réflexion autour des résultats

1. Les participants

Concernant les caractéristiques des participants, ces dernières étaient assez variées pour obtenir une diversité de profils et donc de vécu d'expérience. Les participants variaient en âge, comorbidités, âge de début, catégories socio-professionnels et IMC. Les caractéristiques des participants étaient cependant uniquement déclaratives et aucune donnée n'était directement mesurée.

Parmi les participants recrutés, seulement 4 sur les 12 étaient des hommes. Les entretiens réalisés avec des femmes étaient généralement plus longs et plus riches en verbatims. Ces résultats se retrouvent dans différents travaux portant sur la stigmatisation autour du surpoids et de l'obésité⁽⁴⁸⁾, pouvant s'expliquer par une plus forte stigmatisation interne et insatisfaction corporelle chez les femmes obèses^(55,56). Les hommes semblent également être moins à l'aise pour s'exprimer concernant leurs émotions⁽⁵⁷⁾ et consultent moins que les femmes⁽⁵⁸⁾.

Bien que non prévu dans les critères de sélection initiaux, l'âge de début du surpoids s'est révélé être une variable importante dans le rapport au corps entre les différents entretiens. Dans la littérature, on retrouve un phénomène de stigmatisation particulièrement marqué chez les enfants et jeunes adultes obèses^(59,60) pouvant ainsi fortement influencer cette période de construction d'identité.

2. Les situations perçues comme stigmatisantes en consultation

Ces dernières années, bien que la majorité des travaux en France autour de la stigmatisation médicale ait porté sur l'évaluation des préjugés directement auprès des médecins, quelques thèses en médecine générale se sont penchées sur le vécu de l'abord du poids en consultation côté patient.

Dans une étude publiée dans la revue *Exercer* en 2022 interrogeant des patients obèses sur l'abord du poids en consultation, un sentiment de jugement très présent est retrouvé⁽⁶¹⁾. La répétition de l'abord ainsi qu'une approche culpabilisante, renforçant le sentiment d'être anormal, sont dénoncés par les participants. Le besoin d'écoute sans jugement est pour eux une notion clé de l'accompagnement.

Le travail de thèse soutenu en 2017 à Strasbourg par Antoine Kerneis⁽⁶²⁾ retrouve des résultats similaires concernant le vécu de l'approche jugée comme trop autoritaire et pondéro-centrée, sans accompagnement psychologique proposé. Certains participants rapportent un syndrome anxieux en rapport avec la pesée, ainsi qu'un fort sentiment d'échec et de culpabilité.

Dans ces travaux, l'impression d'accusation de responsabilité très fréquente au cours de mes entretiens n'était cependant pas un thème développé (que ce soit concernant le poids, les symptômes ou les difficultés techniques), ainsi que le vécu intrusif et « gratuit », pour reprendre les termes des participants.

La thèse soutenue par Aurore Le Merle et Raphaël Payeur en 2022⁽⁶³⁾ a étudié spécifiquement les expériences vécues comme grossophobes dans le milieu des soins. La responsabilité hâtive du poids dans les symptômes est également dénoncée par plusieurs participants, avec la peur

d'une erreur de diagnostic devant l'absence d'investigations complémentaires proposées. Les participants évoquent le fait que le poids soit toujours abordé et mis au centre de la discussion, alors même qu'ils n'en ressentent pas l'envie, avec à plusieurs reprises, des motifs de consultation occultés par l'abord de la question du poids.

La critique d'absence d'accompagnement proposé suite à une remarque concernant le surpoids n'est pas mise en évidence mais il s'agit d'une étude quantitative observationnelle avec seule une dernière question ouverte étudiée par méthodologie qualitative, pouvant expliquer que ce thème n'ait pas été développé. Une étude qualitative auprès de médecins généralistes publiée en 2010 dans la revue *Exercer*⁽⁶⁴⁾ rapporte un sentiment d'échec dans la prise en charge de la part des médecins ainsi qu'une impression de manque de motivation des patients. Cette croyance anticipée de l'échec et du manque d'intérêt pourrait pousser certains médecins à ne pas proposer d'accompagnement. Cependant, il peut alors sembler paradoxal de faire une remarque concernant le poids s'il n'y a aucun but d'accompagnement derrière, ceci poussant certains participants à s'interroger sur l'origine possible d'un jugement moral de cette remarque, et non dans un objectif d'améliorer leur santé.

L'absence de matériel médical adapté aux personnes obèses est également rapportée dans plusieurs études comme participant à leur stigmatisation^(63,65).

3. Les retours positifs

Le sentiment de stigmatisation n'est pas systématiquement présent lors de l'abord du poids pour les participants et certains d'entre eux rapportent des situations vécues de façon positive. Ce travail est un des premiers à inviter les participants à s'exprimer sur une expérience en consultation médicale vécue comme bienveillante (dernière question du guide d'entretien).

D'autres travaux ont cependant questionné des personnes en situation d'obésité sur la façon dont ils aimeraient que le poids soit abordé.

L'importance d'axer l'abord sur le ressenti de la personne est retrouvée dans la thèse réalisée par Pons Clara ⁽⁸⁵⁾ sur le vécu de l'abord du poids chez les patients adultes. Pour plusieurs participants interrogés, il semble plus important d'évoquer la perception du corps et les souffrances possibles liées au poids plutôt que d'aborder la question sous l'aspect du chiffre. Les notions de respect, de non jugement, d'écoute attentive ainsi que de suivi souhaité sont également soulignées par les participants interrogés dans l'étude de Nakrachi Anissa ⁽⁶¹⁾.

Un des éléments de ce travail se détachant de ces études, est l'aspect positif de l'absence d'abord du poids lors de certaines consultations. En effet, pour certains participants, le fait que le poids ne soit pas un sujet au cours de la consultation est vécu comme un soulagement. Cela leur permet d'être détaché de leur poids et d'axer la consultation sur leur motif de venue. Si ce motif est en lien avec un excès de poids, l'abord de la question semble plus légitime et est alors mieux vécu, en accord avec les résultats de plusieurs des études précédemment citées ^(61,62).

Certains de ces éléments jugés comme positifs figurent dans les recommandations de la HAS concernant la prise en charge de l'obésité ⁽⁴⁷⁾. La HAS recommande notamment d'éviter tout discours culpabilisant, notion très importante chez les participants interrogés, ainsi qu'avoir une approche psychologique complémentaire et une prise en charge du patient poursuivie au long cours, correspondant à la notion de suivi soulignée par plusieurs participants. Le fait « [d'] être attentif à l'amélioration du bien-être, de l'estime de soi et de l'intégration sociale du patient » se retrouve dans le besoin exprimé par les participants d'un abord axé sur le vécu et la prise en compte de la personne dans son ensemble.

4. Les impacts

Les multiples impacts de la stigmatisation ressentie des personnes en situation d'obésité sont bien décrits dans la littérature bien qu'il n'y ait pas de distinction spécifique entre stigmatisation médicale et sociétale. Les deux phénomènes étant intriqués, il semble difficile d'en dissocier les impacts.

L'impact sur le recours aux soins a notamment été analysé dans une étude portant sur plus de 13 000 participants dans six pays différents⁽⁶⁶⁾. Après appariement sur les possibles facteurs confondants, les participants rapportant une plus grande stigmatisation perçue vis-à-vis de leur poids présentent une plus grande éviction du recours aux soins. L'éviction de certains examens tels que les mammographies de dépistages est également retrouvée dans la littérature⁽⁶⁷⁾⁽⁶⁸⁾.

Concernant l'impact sur le plan psychologique, les participants interrogés rapportent une tristesse de l'humeur, une anxiété et parfois des idées noires en lien avec la stigmatisation. Une large étude épidémiologique publiée en 2013 dans la revue *Obesity*⁽⁶⁰⁾ retrouve une relation robuste entre la stigmatisation perçue vis-à-vis du surpoids et la prévalence de troubles de l'humeur et troubles anxieux ainsi que l'abus de substances. Cette association est également retrouvée dans une méta-analyse plus récente publiée en 2020⁽⁶⁹⁾.

Au cours des entretiens, une perte de motivation et un sentiment de fatalité sont également rapportés suites aux propos stigmatisants. Des résultats similaires sont retrouvés dans la thèse de Aurore Le Merle et Raphaël Payeur précédemment cités⁽⁶³⁾ ainsi que dans une plus large étude australienne⁽⁷⁰⁾.

L'impact sur les troubles du comportements alimentaires (TCA), également décrit dans notre étude, est largement étudié et retrouvé dans plusieurs études⁽⁷¹⁾⁽⁷²⁾⁽⁷³⁾ mettant en évidence une majoration des TCA en lien avec la stigmatisation et in fine, une majoration possible de la prise de poids.

La recherche d'une perte de poids, y compris au prix de la santé décrite lors de certains entretiens, est une mise en garde également présente dans plusieurs publications, dont le livre *Sociologie de l'Obésité* de Jean-Pierre Poulain⁽⁷⁴⁾. En effet, la pratique de régimes amaigrissants augmente les fluctuations pondérales qui pourraient in fine augmenter le risque cardiovasculaire et les décès précoces⁽⁷⁵⁾.

Cette alerte apparaissait déjà en 1998 en éditorial du *New England Journal of Medicine*⁽⁷⁶⁾ : « Tant que nous n'aurons pas de meilleures données sur les risques de l'excès de poids et les avantages et inconvénients de tenter de perdre du poids, nous devons nous souvenir que le traitement de l'obésité peut être pire que la maladie ».

5. Stigmatisation sociétale et stigmatisation médicale : influences réciproques

Les participants rapportent des préjugés émanant de plusieurs niveaux dans la société. On retrouve cet aspect multi-systémique de la stigmatisation des personnes obèses dans de nombreuses études⁽³⁷⁾⁽⁷⁷⁾⁽⁷⁰⁾ mais également dans des ouvrages destinés à informer le grand public tel que le livre *Gros n'est pas un gros mot* de Daria Marx⁽⁷⁸⁾, ou encore *Etre grosse*, de Solenne Carof⁽⁷⁹⁾.

Comme l'écrit le Pr. Jean-Pierre Poulain dans l'ouvrage *Les Obésités*⁽²⁶⁾, le milieu médical est perméable aux valeurs dominantes de la société incluant l'idéal de minceur. En retour, le discours médical justifie le statut de déviant des personnes en situation d'obésité et contribue à leur dépréciation.

Les réseaux sociaux, omniprésents dans notre société actuelle, jouent aussi un rôle dans la promotion de la grossophobie, selon une étude française portant sur l'analyse de 187 000 publications sur l'obésité en France entre juin 2020 et mai 2021⁽³²⁾. Mais ils sont également le lieu de dénonciation de la grossophobie et de promotion des mouvements body-positive notamment par la plateforme Instagram, comme rapporté par plusieurs participantes.

Une prise de conscience de l'impact délétère de la grossophobie émane également de la société scientifique. En 2020, une déclaration de consensus afin de mettre fin à la stigmatisation des personnes obèses est publiée dans la revue *Nature Medicine*⁽⁷⁷⁾, dans le but d'informer les professionnels de santé mais aussi le grand public.

6. Les questions en débat : obésité maladie et grossophobie

Au cours des entretiens, plusieurs controverses autour de l'obésité et de la grossophobie sont apparues : l'obésité doit-elle être considérée comme une maladie ? La lutte contre la grossophobie risque-t-elle de favoriser l'obésité ?

Ces divergences d'opinion concernant le statut de maladie de l'obésité sont également retrouvées dans l'étude qualitative d'Anissa Nakrachi réalisée auprès de patients en situation d'obésité⁽⁴⁸⁾. En effet, bien que pour certains l'obésité est une maladie, d'autres affirment durant les entretiens réalisés que « si on est gros, on n'est pas forcément malade ».

On retrouve dans la littérature cette même controverse autour de l'obésité. Dans L'éditorial paru en 2009 dans la revue *Obésité*⁽⁸⁰⁾, O. Ziegler lançait ainsi le débat : « Faut-il démedicaliser l'obésité ? ».

Dans notre étude une participante (E7) souligne ainsi que, bien que pour elle l'obésité soit une maladie, celle-ci n'est pas reconnue comme une affection longue durée (ALD) et ne bénéficie pas d'une prise en charge adaptée en termes de remboursement, notamment concernant l'accès à un suivi psychologique. Le sociologue Pr. Poulain⁽²⁴⁾ rapporte ainsi : « L'obésité jouit en effet d'un statut quelque peu ambigu : elle est reconnue en tant que maladie par l'appareil médical, mise en avant comme un fléau potentiel par les organismes d'assurance sociale, mais les personnes qui en sont atteintes ne bénéficient pas d'une véritable prise en charge, comme c'est le cas pour les autres « vraies » maladies. »

Plusieurs sociétés savantes telles que l'OMS, the US Food and Drug Association, the US National reconnaissent l'obésité telle qu'une maladie. The World Obesity Federation s'est ainsi positionnée en 2017 pour la reconnaissance de l'obésité comme une affection chronique et récidivante⁽⁸¹⁾. Dans la déclaration de consensus précédemment citée pour lutter contre la stigmatisation des personnes obèses⁽⁷⁷⁾, les auteurs précisent que bien que l'obésité devrait jouir du statut de maladie, la définition actuelle de l'obésité basée uniquement sur un $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$ est inadéquate. L'obésité est un processus pathogénique complexe ne pouvant se réduire à l'IMC, au risque de considérer comme malades des individus bien portants. La remise en question de l'IMC comme norme par les participants est au cœur des questions scientifiques actuelles.

Plusieurs auteurs appellent à parler « des obésités » au pluriel, ou de maladie du tissu adipeux afin de discerner la diversité des phénotypes retrouvés derrière un $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$. C'est notamment le parti pris dans l'ouvrage *Les Obésités*, où le Pr. Oppert écrit ainsi « l'obésité est la pathologie des multiples : multiplicité des adipocytes, des déterminants, des

complications, des intervenants et ... des points de vue ! »⁽²⁶⁾. La notion d'obèse métaboliquement sain (MHO pour « metabolically healthy obesity ») et de non obèse métaboliquement atteint a également émergé ces dernières années^(82,83), bien que le statut de MHO reste pour certains auteurs une étape transitoire vers un état pathologique et donc un concept débattu⁽⁸⁴⁾. La répartition sous-cutanée ou abdominale, la présence de dépôt adipeux ectopiques, l'inflammation, la sarcopénie, sont autant de paramètres entrant en jeu dans les répercussions de l'obésité sur la santé⁽²⁶⁾.

Concernant le débat autour de la lutte contre la grossophobie suscitée chez certains participants, l'une des principales craintes énoncée est d'inciter à la complaisance dans la situation d'obésité (entretien 11). Cependant, de nombreuses études mettent en évidence un impact délétère de la stigmatisation et une perte de motivation plus qu'un regain⁽⁷⁰⁾. De plus, cette affirmation a pour problématique de mettre à l'origine de l'obésité les comportements individuels et notamment le manque d'autodiscipline, bien que les connaissances scientifiques actuelles démontrent des mécanismes bien plus complexes, n'étant pas uniquement du ressort de l'individu.

La stigmatisation des personnes en situation de surpoids et d'obésité est une réalité, y compris au sein du milieu médical. Son impact délétère à de multiples niveaux sur les individus concernés nécessite de repenser l'approche de l'obésité au-delà du prisme des comportements individuels afin de ne pas négliger les causes sociétales, économiques et environnementales impliquées de façon importante dans le développement de l'obésité⁽⁶⁵⁾, mais aussi de déculpabiliser les personnes concernées afin de ne pas ajouter une souffrance supplémentaire. Les professionnels de santé peuvent être impliqués à plusieurs niveaux dans ce changement, en commençant par ne plus participer à la stigmatisation des personnes en situation d'obésité, mais

également en aidant les personnes à prendre conscience de cette stigmatisation et l'impact délétère qu'elle peut avoir. Le nombre de travaux croissants sur le sujet de la grossophobie montre l'intérêt porté à cette question, aussi bien au niveau sociétal que scientifique, mais aussi la nécessité de repenser l'approche médicale qui y est consacrée.

V. Conclusion

L'objectif de cette étude est de comprendre les interventions des professionnels de santé vécues comme stigmatisantes ainsi que leur impact sur les personnes en situation d'obésité. Au total, 12 entretiens semi-dirigés ont été réalisés. Plusieurs situations sont rapportées comme étant à l'origine d'un sentiment de jugement négatif de la part des professionnels de santé. Parmi elles se trouve la répétition de la nécessité de perdre du poids et l'abord du poids intrusif et injustifié médicalement pour les personnes interrogées. L'accusation de responsabilité du patient dans sa prise de poids ainsi que dans les symptômes pour lesquels il consulte est particulièrement mal vécue. Cette accusation peut également être ressentie lors de difficultés techniques du professionnel de santé au cours d'un examen. Souvent, un sentiment d'humiliation et d'infantilisation est rapporté. L'absence d'accompagnement proposé renforce le sentiment de jugement négatif et de responsabilité individuelle. Pourtant, les causes de l'obésité sont multiples et complexes et très peu sont du ressort du comportement individuel.

La stigmatisation médicale s'intègre aux nombreux préjugés dont sont victimes les personnes en surpoids au sein de la société. Les participants rapportent leur expérience de stigmatisation au sein de la société en général, de la sphère familiale et amicale ainsi que professionnelle. Ces interventions paraissant parfois anodines impliquent de nombreuses conséquences délétères pour les participants, largement retrouvées dans la littérature.

Le sentiment de culpabilité est souvent rapporté : non seulement certains participants souffrent de leur surpoids mais intègrent leur responsabilité dans la situation ainsi que l'échec à y remédier. L'éviction réactionnelle de certains professionnels de santé est fréquente ainsi que la remise en question du discours médical. Au décours de ces événements stigmatisants, certains participants rapportent l'apparition ou la majoration de troubles du comportement alimentaires ainsi que de troubles de l'adaptation et de symptômes dépressifs. On voit ainsi comment, par des interventions mal menées, certains professionnels de santé peuvent majorer la prise de poids, mais surtout aggraver les conséquences psychosociales négatives de l'obésité.

Un des points marquants des entretiens est la volonté des participants à changer les choses : volonté de perdre du poids, de changer leur alimentation, de s'accepter. Ces efforts constants sont qualifiés par certains de réel combat, auquel s'ajoute le combat contre la stigmatisation.

Bien que la grossophobie soit une réalité, y compris au sein des professionnels de santé, il ne faut pas pour autant oublier l'impact négatif que l'obésité peut avoir sur la santé. Il reste primordial de mieux qualifier l'obésité présentée par chaque patient puisqu'à IMC égal, les complications cardio-métaboliques peuvent être très variables. Une approche moins pondéro-centrée et déculpabilisante est nécessaire afin de moins stigmatiser les personnes en situation d'obésité. Une prise en compte du vécu et la proposition d'un accompagnement psychologique si nécessaire sont indispensables au regard des traumatismes parfois subis.

Afin que les professionnels de santé puissent accueillir chaque patient en situation d'obésité dans un climat de non jugement, il est indispensable de prendre conscience de ces préjugés et de travailler à les déconstruire.

VU et approuvé
Strasbourg, le 31 OCT. 2022
Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILLA



VU

Strasbourg, le 29 Oct/22
Le président du jury de thèse

Professeur Gilles BOETSCHY



Annexes

Annexe 1 : Fiche de recrutement

Envie de partager votre expérience ?

Je m'appelle Ophélie et dans le cadre d'un travail de recherche je souhaiterais rencontrer des personnes en situation de surpoids ou d'obésité, volontaires pour partager leur expérience vis-à-vis du rapport à leur corps ainsi qu'au monde médical. Pour cela, j'aimerais réaliser des entretiens en vous laissant la parole, pour vous exprimer librement sur ce sujet et votre expérience personnelle.

Il s'agit, bien sûr, d'un entretien anonyme, respectant les lois de protection des personnes et des données personnelles. Je suis véhiculée et peux me déplacer afin de vous rencontrer dans le lieu de votre choix pour en discuter.

Si vous êtes intéressé.e par ce sujet de recherche, vous pouvez me contacter par téléphone au 06.***** ou par mail en me laissant votre numéro de téléphone pour que je vous recontacte (ophelie.eff@gmail.com)

Annexe 2 : Guide d'entretien

1/ Est-ce que vous pouvez me décrire comment vous vous sentez dans votre corps au quotidien ?

- Dans vos différentes activités ?
- Quel rapport est-ce que vous entretenez avec votre apparence physique ?
- Comment ça a évolué dans le temps ?

2/ Quand vous allez consulter un médecin, comment vous sentez-vous par rapport à votre corps justement ?

3/ Pourriez-vous me raconter une situation qui vous a marqué lors d'une consultation médicale à propos de votre poids ?

- Qu'est-ce que vous avez ressenti durant la consultation ?
- Selon vous, pourquoi vous a-t-il dit cela comme ça ?
- Pourquoi cela vous a-t-il particulièrement touché ?
- Est-ce que vous pourriez me parler d'autres événements qui vous ont marqué ?

4/ Qu'est-ce que vous ressentez quand la question du poids est abordée en consultation ?

5/ Que pensez-vous avoir tiré des différentes interventions des médecins concernant votre poids ?

- Comment est-ce que cela a influencé la perception que vous en aviez / de votre corps ?
- Comment est-ce que la perception de votre santé a-t-elle évoluée ?
- Comment cela a-t-il influencé votre rapport à l'alimentation ?

6/ D'après vous quels effets ont eu ces événements sur vous sur le plan psychologique ?

- Quels effets ont-ils eu sur la perception de votre corps ?
- Et concernant votre confiance en vous ?

7/ Est-ce que vous pouvez me raconter un moment où vous vous êtes sentie aidée / ou avec quelqu'un de bienveillant en consultation par rapport à votre poids ?

Annexe 3 : Fiche d'informations générales

Genre :

- Homme
- Femme
- Autre / Non binaire

Âge : ans

Taille : cm

Poids actuel : kg

Poids maximum : kg

Profession :

Lieu de vie :

- En ville
- A la campagne
- Entre deux

Antécédents médicaux :

- Aucun
- Hypertension artérielle
- Diabète
- Cholestérol
- Problèmes cardiaques
- Dépression
- Autres :

.....

Antécédents de chirurgie de l'obésité :

- Anneau
- Sleeve
- Bypass

Prenez-vous des traitements ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquels :

.....

Avez-vous déjà pris des traitements pour le moral ou l'anxiété ?

- Oui
- Non

A partir de quel âge environ vous souvenez vous avoir commencé à prendre du poids ?

.....

Bibliographie

1. StreetPress. Lettre ouverte d'une fille grosse aux toubibs [Internet]. StreetPress. [cité 16 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.streetpress.com/sujet/1494949204-stop-grossophobie-medicale>
2. Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale ; rapport d'une consultation de l'OMS ; [Consultation OMS sur l'Obésité, Genève, 3 - 5 juin 1997]. Genève: Organisation Mondiale de la Santé. 2003. 284 p. (OMS, série de rapports techniques).
3. Garrow JS, Webster J. Quetelet's index (W/H²) as a measure of fatness. *Int J Obes*. 1985;9(2):147-53.
4. Prospective Studies Collaboration, Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*. 28 mars 2009;373(9669):1083-96.
5. Prentice AM, Jebb SA. Beyond body mass index. *Obes Rev*. août 2001;2(3):141-7.
6. Okorodudu DO, Jumean MF, Montori VM, Romero-Corral A, Somers VK, Erwin PJ, et al. Diagnostic performance of body mass index to identify obesity as defined by body adiposity: a systematic review and meta-analysis. *Int J Obes (Lond)*. mai 2010;34(5):791-9.
7. Swinburn BA, Craig PL, Daniel R, Dent DP, Strauss BJ. Body composition differences between Polynesians and Caucasians assessed by bioelectrical impedance. *Int J Obes Relat Metab Disord*. oct 1996;20(10):889-94.
8. Ross R, Shaw KD, Rissanen J, Martel Y, de Guise J, Avruch L. Sex differences in lean and adipose tissue distribution by magnetic resonance imaging: anthropometric relationships. *Am J Clin Nutr*. juin 1994;59(6):1277-85.
9. Rolland-Cachera MF, Cole TJ, Sempé M, Tichet J, Rossignol C, Charraud A. Body Mass Index variations: centiles from birth to 87 years. *Eur J Clin Nutr*. janv 1991;45(1):13-21.
10. Larsson B, Svärdsudd K, Welin L, Wilhelmsen L, Björntorp P, Tibblin G. Abdominal adipose tissue distribution, obesity, and risk of cardiovascular disease and death: 13 year follow up of participants in the study of men born in 1913. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 12 mai 1984;288(6428):1401-4.
11. Lapidus L, Bengtsson C, Larsson B, Pennert K, Rybo E, Sjöström L. Distribution of adipose tissue and risk of cardiovascular disease and death: a 12 year follow up of participants in the population study of women in Gothenburg, Sweden. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 10 nov 1984;289(6454):1257-61.

12. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence. :43.
13. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). 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. *Lancet*. 16 déc 2017;390(10113):2627-42.
14. INSERM, KANTAR HEALTH, ROCHE. ObEpi 2012. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité [Internet]. 2012 [cité 6 mai 2022] p. 60. Disponible sur: https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2012/10/obepi_2012.pdf
15. Direction Générale du Trésor. Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? *Trésor-Eco*. sept 2016;(179).
16. Banegas JR, López-García E, Gutiérrez-Fisac JL, Guallar-Castillón P, Rodríguez-Artalejo F. A simple estimate of mortality attributable to excess weight in the European Union. *Eur J Clin Nutr*. févr 2003;57(2):201-8.
17. Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 25 mars 2009;9:88.
18. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Grosse Y, Bianchini F, Straif K, et al. Body Fatness and Cancer--Viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med*. 25 août 2016;375(8):794-8.
19. Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K, Bacon S, Bates C, Morton CE, et al. Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. *Nature*. août 2020;584(7821):430-6.
20. Simonnet A, Chetboun M, Poissy J, Raverdy V, Noulette J, Duhamel A, et al. High Prevalence of Obesity in Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) Requiring Invasive Mechanical Ventilation. *Obesity (Silver Spring)*. juill 2020;28(7):1195-9.
21. Caussy C, Wallet F, Laville M, Disse E. Obesity is Associated with Severe Forms of COVID-19. *Obesity (Silver Spring)*. juill 2020;28(7):1175.
22. Jiang L, Tian W, Wang Y, Rong J, Bao C, Liu Y, et al. Body mass index and susceptibility to knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Joint Bone Spine*. mai 2012;79(3):291-7.
23. Yusuf E, Nelissen RG, Ioan-Facsinay A, Stojanovic-Susulic V, DeGroot J, van Osch G, et al. Association between weight or body mass index and hand osteoarthritis: a systematic

- review. *Ann Rheum Dis.* avr 2010;69(4):761-5.
24. Poulain JP. 2. Médicalisation de l'obésité. *Sciences sociales et sociétés.* 2009;(1):153-72.
25. Editorial Submission H. 1983 Height and Weight Tables. *Journal of Nutrition For the Elderly.* 17 juin 1983;3(1):23-6.
26. Lecerf JM, Clément K, Czernichow S, Laville M, Oppert JM. *Les Obésités: médecine et chirurgie.* Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2021. (Hors collection).
27. Marcellini A, Fortier V. *L'obésité en question: analyse transdisciplinaire d'une épidémie.* Bordeaux: les Études hospitalières; 2014. (À la croisée des regards).
28. Hoffman A. La construction de l'obésité. *Santé conjugée.* avr 2006;(36).
29. Apfeldorfer G. De manque de capital-minceur en faute esthétique, le corps de l'obèse est une honte. *Autrement;* 2009.
30. Goffman E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity.* Simon and Schuster; 2009. 164 p.
31. Grossophobie - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert [Internet]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/grossophobie>
32. LinkFluence. Dossier de presse Obésité et stigmatisation : Une nécessaire prise de conscience. Novo Nordisk. oct 2021;5.
33. Canning H, Mayer J. Obesity — Its Possible Effect on College Acceptance. *New England Journal of Medicine.* 24 nov 1966;275(21):1172-4.
34. Matusewitch E. Employment discrimination against the overweight. *Personnel journal* [Internet]. 1983
35. Sobal J. Obesity and socioeconomic status: a framework for examining relationships between physical and social variables. *Med Anthropol.* sept 1991;13(3):231-47.
36. Poulain JP. Chapitre 5 - L'obésité et la médicalisation de l'alimentation quotidienne. *Quadrige.* 2013;95-128.
37. Puhl R, Brownell KD. Bias, Discrimination, and Obesity. *Obesity Research.* 2001;9(12):788-805.
38. Puhl RM, Heuer CA. The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity.* 2009;17(5):941-64.
39. Grossophobie : la stigmatisation de l'obésité émane aussi des professionnels de santé. *Le Quotidien du Médecin (site web)* [Internet]. 25 oct 2021
40. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, Davidson D, Sanderson RS, Allison DB, et al.

Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res.* oct 2003;11(10):1168-77.

41. Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, et al. Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France. *Obes Res.* avr 2005;13(4):787-95.

42. Wigton RS, McGaghie WC. The Effect of Obesity on Medical Students' Approach to Patients with Abdominal Pain. *J Gen Intern Med.* avr 2001;16(4):262-5.

43. Wear D, Aultman JM, Varley JD, Zarconi J. Making fun of patients: medical students' perceptions and use of derogatory and cynical humor in clinical settings. *Acad Med.* mai 2006;81(5):454-62.

44. Deboever N. Obésité morbide: enquête transversale régionale : gestion des patients en pratique de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2015.

45. Mazerand S. Evaluation des préjugés envers les patients obèses dans une promotion d'étudiants en médecine, et perspectives pour le contenu de l'enseignement à l'UPMC [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2016.

46. Thuan JF, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *Int J Obes (Lond).* sept 2005;29(9):1100-6.

47. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 26 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours

48. Nakrachi A. Abord de l'obésité en médecine générale: représentations, vécu et attentes de patients obèses en métropole lilloise [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.

49. Antoine P. Chapitre 2. L'analyse interprétative phénoménologique. In: *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé* [Internet]. Paris: Dunod; 2017. p.33-59. (Psycho Sup). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-methodes-qualitatives-en-psychologie--9782100742301-p-33.htm>

50. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue.* janv 2015;15(157):50-4.

51. Lebeau JP. Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Puteaux] [Paris: Global média santé CNGE productions; 2021.

52. Bruchet C. Se libérer du poids de la précarité pour lutter contre l'obésité : Projet FETOMP : analyse quantitative de la population consultant en médecine générale en quartiers prioritaires de la politique de la ville de Strasbourg selon le degré de précarité. 2020.
53. Haddad A. Projet FETOMP : score EPICES en maison urbaine de santé à Strasbourg. 2021.
54. Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain. 4e édition. Paris: La Découverte; 2010. 336 p.
55. von Lengerke T, Mielck A, KORA Study Group. Body weight dissatisfaction by socioeconomic status among obese, preobese and normal weight women and men: results of the cross-sectional KORA Augsburg S4 population survey. *BMC Public Health*. 9 mai 2012;12:342.
56. Scodellaro C. Le corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids by Thibaut de Saint Pol. *Population (French Edition)*. 1 janv 2010;65:592-4.
57. Niedenthal P, Krauth-Gruber S, Ric F. Chapitre 8. Émotion et différences de genre. In: *Comprendre les émotions*. Wavre: Mardaga; 2009
58. Santé et recours aux soins – Femmes et hommes, l'égalité en question | Insee
59. Janssen I, Craig WM, Boyce WF, Pickett W. Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics*. mai 2004;113(5):1187-94.
60. Hatzenbuehler ML, Keyes KM, Hasin DS. Associations Between Perceived Weight Discrimination and the Prevalence of Psychiatric Disorders in the General Population. *Obesity (Silver Spring)*. nov 2009;17(11):2033-9.
61. Nakrachi A, Moyniez P, Romon M, Cunin M, Berkhout C, Tilly-Dufour A. Qu'attendent les patients en situation d'obésité de leur médecin généraliste ? *Exercer*. févr 2022;(180):52-7.
62. Kerneis A. Représentation du surpoids et de l'obésité chez les patients consultant en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2017.
63. Le Merle A, Payeur R. Étude des expériences vécues comme grossophobes par les patients en surpoids ou obèses dans le milieu des soins, et les conséquences sur leur prise en charge médicale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2022
64. Lehr-Drylewicz AM, Renoux C, Savan L, Lebeau JP. La prise en charge du surpoids en médecine générale : mission impossible ? 21:6.
65. Puhl RM, Heuer CA. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *Am*

J Public Health. juin 2010;100(6):1019-28.

66. Puhl RM, Lessard LM, Himmelstein MS, Foster GD. The roles of experienced and internalized weight stigma in healthcare experiences: Perspectives of adults engaged in weight management across six countries. *PLoS One*. 2021;16(6):e0251566.

67. Østbye T, Taylor DH, Yancy WS, Krause KM. Associations between obesity and receipt of screening mammography, Papanicolaou tests, and influenza vaccination: results from the Health and Retirement Study (HRS) and the Asset and Health Dynamics Among the Oldest Old (AHEAD) Study. *Am J Public Health*. sept 2005;95(9):1623-30.

68. Wee CC, McCarthy EP, Davis RB, Phillips RS. Screening for cervical and breast cancer: is obesity an unrecognized barrier to preventive care? *Ann Intern Med*. 2 mai 2000;132(9):697-704.

69. Alimoradi Z, Golboni F, Griffiths MD, Broström A, Lin CY, Pakpour AH. Weight-related stigma and psychological distress: A systematic review and meta-analysis. *Clin Nutr*. juill 2020;39(7):2001-13.

70. Lewis S, Thomas SL, Blood RW, Castle DJ, Hyde J, Komesaroff PA. How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Social Science & Medicine*. 1 nov 2011;73(9):1349-56.

71. Puhl R, Suh Y. Stigma and Eating and Weight Disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 5 févr 2015;17(3):10.

72. Vartanian LR, Porter AM. Weight stigma and eating behavior: A review of the literature. *Appetite*. 2016;102:3-14.

73. Nolan LJ, Eshleman A. Paved with good intentions: Paradoxical eating responses to weight stigma. *Appetite*. 1 juill 2016;102:15-24.

74. Poulain JP. 1. Le développement de l'obésité et les facteurs sociaux impliqués. In: *Sociologie de l'obésité*. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2009

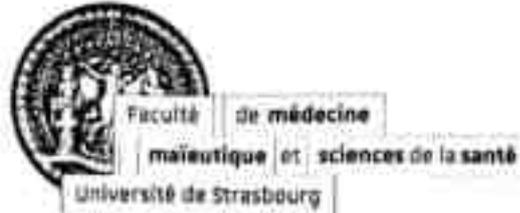
75. Bangalore S, Fayyad R, Laskey R, DeMicco DA, Messerli FH, Waters DD. Body-Weight Fluctuations and Outcomes in Coronary Disease. *N Engl J Med*. 6 avr 2017;376(14):1332-40.

76. Kassirer JP, Angell M. Losing Weight — An Ill-Fated New Year's Resolution. *New England Journal of Medicine*. 1 janv 1998;338(1):52-4.

77. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine*. avr 2020;26(4):485-97.

78. Marx D, Perez-Bello E. Gros n'est pas un gros mot: chroniques d'une discrimination ordinaire. Paris: Librio; 2018.
79. Carof S. Être grosse. Du corps discréditable au corps discrédité. *Sociologie*. 2019;10(3):285-302.
80. Ziegler O. Faut-il «démédicaliser» le traitement de l'obésité? *Obes*. 1 juin 2009;4(2):87-8.
81. Bray G a., Kim K k., Wilding J p. h., Federation on behalf of the WO. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obesity Reviews*. 2017;18(7):715-23.
82. Iacobini C, Pugliese G, Blasetti Fantauzzi C, Federici M, Menini S. Metabolically healthy versus metabolically unhealthy obesity. *Metabolism*. mars 2019;92:51-60.
83. Beck E, Esser N, Paquot N, Scheen AJ. Sujets de poids normal «métaboliquement obèses» et sujets obèses «métaboliquement sains». *Revue Médicale Suisse*. 2009;5.
84. Beh S. Is metabolically healthy obesity a useful concept? *Diabetic Medicine*. 2019;36(5):539-45.
85. PONS C. Comment est vécu l'abord ou l'absence d'abord du poids en consultation de Médecine Générale pour les patients de plus de 18 ans ? Université François Rabelais ; 2013.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : BARROIS Prénom : OPHÉLIE

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

« J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète. »

Signature originale :

A STRASBOURG, le 23/10/2022

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME :

Introduction : L'abord du poids en consultation de médecine générale peut être délicat car il mêle à la fois des questions de santé et d'esthétique. La stigmatisation des personnes en situation d'obésité est fréquente et n'épargne pas les professionnels de santé.

Matériel et méthodes : Ce travail a pour objectif de comprendre les interventions des professionnels de santé vécues comme stigmatisantes ainsi que leurs impacts sur les personnes en situation d'obésité. Il s'agit d'une étude qualitative comprenant 12 entretiens semi-dirigés réalisés auprès de participants en situation d'obésité entre octobre 2021 et septembre 2022.

Résultats : Plusieurs situations sont rapportées comme étant à l'origine d'un sentiment de jugement négatif de la part des professionnels de santé. Parmi elles se trouvent la répétition de la nécessité de perdre du poids et l'abord du poids ressenti comme intrusif et injustifié médicalement. L'accusation de responsabilité du patient dans sa prise de poids ainsi que dans les symptômes pour lesquels il consulte est particulièrement mal vécue. L'absence d'accompagnement proposé renforce le sentiment de jugement négatif et de responsabilité individuelle. Les participants rapportent un fort sentiment de culpabilité mais également de multiples impacts sur le plan psychologique et comportemental, aggravant les conséquences psychosociales négatives de l'obésité. Le jugement des professionnels de santé s'intègre et alimente les nombreux préjugés dont sont victimes les personnes en situation d'obésité au sein de la société.

Conclusion : Afin que les professionnels de santé puissent accueillir chaque patient en situation d'obésité dans un climat de non jugement, il est indispensable de prendre conscience de ces préjugés et de travailler à les déconstruire.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés : Obésité, stigmatisation, stéréotypes, préjugés, grossophobie, médecine générale

Président :

Professeur Gilles BERTSCHY

Assesseurs :

Pr Fabien ROUGERIE, Maître de conférence associé, Médecin généraliste

Dr Elise FRAIH, Médecin généraliste

Dr Marion MOREAU (Directrice de thèse), Médecin généraliste

Adresse de l'auteur : Ophélie BARROIS, 22 Rue Hatt, 67200 Strasbourg