

Grossophobie médicale : impacts sur la santé et pistes pour s'en sortir

Weight stigma: health impacts and ways out

THOMAS P.^{1,2}, KAMECHE B.¹ et URBAIN W.¹

¹Département universitaire de Médecine générale (DMG-ULB), Université libre de Bruxelles (ULB)

²Unité de Recherche en Soins primaires (URSP-ULB), Université libre de Bruxelles (ULB)

RÉSUMÉ

La grossophobie médicale est un ensemble de croyances et de comportements qui stigmatisent les personnes en fonction de leur poids qu'importe celui-ci. Dans cet article, nous reprenons quelques exemples d'attitudes à proscrire. Nous établissons une liste de leurs conséquences qui conduisent elles-mêmes à aggraver la problématique de poids du patient et nous terminons par quelques pistes et conseils pour permettre aux médecins de mieux prendre en charge leurs patients en surpoids.

Rev Med Brux 2024; 45 : 319-324

Mots-clés : stigmatisation de l'obésité, stigmatisation du poids, préjugés sur le poids, grossophobie

ABSTRACT

Medical grossophobia (or weight bias) is a set of beliefs and behaviours that stigmatise people on the basis of their weight regardless of it. In this article, we look at a few examples of attitudes that should be avoided. We draw up a list of their consequences, which in turn aggravate the patient's weight problem, and we conclude with a few suggestions and tips to help doctors better manage their overweight patients.

Rev Med Brux 2024; 45: 319-324

Keywords: obesity stigma, weight stigma, weight bias, grossophobia

DÉFINITION

Le Larousse définit la grossophobie comme étant une attitude hostile, moqueuse et/ou méprisante, voire discriminatoire, envers les personnes obèses ou en surpoids.

En 2022, De Merle et Payeur précisent qu'il existe deux types de grossophobie : la grossophobie implicite et explicite. « *La première est indirecte et liée à un manque de matériel adapté dans notre société. Par exemple, dans le milieu médical, il pourrait s'agir de lits hospitaliers inadaptés ou de brassards à tension trop petits. La seconde, directe, est liée au comportement humain. Il s'agit des humiliations, insultes, subies par les personnes en surpoids ou obèses* ». Les deux auteurs concluent ce chapitre en rappelant que les effets de la grossophobie ne sont pas forcément liés à l'indice de masse corporelle et concernent même les personnes sans surpoids¹. Par contre, elle s'exerce plus à l'encontre des femmes que des hommes².

Au quotidien, les personnes obèses subissent des stigmatisations : dans les médias³, dans le monde du

travail, dans le milieu scolaire, dans les loisirs, dans le sport, avec les proches (amis, famille et couple) et aussi avec le monde médical, paramédical y compris les professionnels du sport et même de la nutrition⁴.

La littérature scientifique met en évidence les stéréotypes suivant sur les personnes obèses : ils sont perçus comme fainéants, ont peu de volonté, peu de discipline, peu d'amour-propre, manquent d'intelligence, manquent de compliance par rapport aux traitements de l'obésité. L'obésité est parfois considérée comme un comportement auto-infligé^{4,5}.

Cette stigmatisation est renforcée par le manque de reconnaissance de l'obésité comme étant une maladie et le manque de connaissance de sa complexité, considérant injustement l'obésité comme contrôlable et résultant uniquement du mode de vie⁶.

CONTEXTE

L'obésité est définie par l'OMS (Organisation mondiale de la Santé) comme une maladie chronique complexe qui consiste en une accumulation

anormale ou excessive de graisse et qui présente un risque pour la santé. Une personne est considérée comme obèse si son indice de masse corporelle (IMC) est supérieur à 30 et en surpoids si son IMC est supérieur à 25 Kg/m². Chaque année, l'obésité ne fait que progresser au point de toucher une personne sur huit à travers le monde en 2022⁷.

En Belgique, près de la moitié (49,3 %) de la population adulte est en surpoids, tandis que 15,9 % est obèse. La prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes a augmenté de façon linéaire et significative depuis la première enquête de santé en 1997 (respectivement 41,3 % et 10,8 %) ⁸. Ce problème de santé publique s'apparente à une pandémie et reflète également l'évolution de notre style de vie. Bien que l'on puisse pointer du doigt l'impact de l'alimentation ultra-transformée dans les problèmes de surpoids⁹, le mode de vie sédentaire semble jouer un rôle moins important¹⁰.

Bien que tous les experts reconnaissent qu'il s'agit d'une maladie complexe où interfèrent la génétique, l'épigénétique, l'environnement, le métabolisme, le contexte psycho-social et le comportement, les conseils des médecins sont souvent trop généraux et imprécis et peuvent se résumer à « faire du sport et manger moins »¹¹.

Par ailleurs, les facteurs de risque de l'obésité sont les déterminants sociaux de la santé comme le revenu, les liens sociaux et l'isolement, les expériences négatives au cours de l'enfance et l'effacement culturel¹².

Nous vivons sous les diktats du règne de la minceur où les standards de beauté sont entretenus par les médias de masse et les réseaux sociaux^{13,14}. Les régimes amaigrissants se succèdent d'année en année, toujours aussi peu efficaces. Citons au passage le régime « paléo », le régime « Dukan », les régimes « détox », le régime « cétoène », le régime « Natman », le régime « Weight watchers », le jeûne intermittent, etc. Les régimes comme le « régime méditerranéen » ne sont pas plus efficaces que ce que font naturellement les gens pour perdre du poids¹⁵. Toutefois, les données probantes démontrent que le maintien de la perte de poids après un régime est peu probable⁴, mais aussi que les régimes pauvres en graisse ou pauvres en hydrate de carbone ne jouent pas de grand rôle dans la perte de poids ni dans les marqueurs métaboliques¹⁶. Quant à l'approche médicamenteuse actuelle avec les agonistes du récepteur du glucagon-like peptide-1 (GLP-1), les études pointent toutes une efficacité qui s'estompe à l'arrêt du traitement¹⁷. Enfin, le jeûne intermittent, le nouveau régime à la mode, serait lié à un risque de décès cardiovasculaire 91 % plus élevé¹⁸.

L'obésité peut donc être influencée par des facteurs environnementaux. La balance énergétique est perturbée par un mode de vie sédentaire, une diminution de l'activité physique, une augmentation de l'utilisation des écrans, de mauvaises habitudes alimentaires ainsi qu'une consommation excessive de produits industriels et de restauration rapide¹⁹⁻²¹.

Mais ce n'est pas aussi simple. Il est essentiel de reconnaître que l'obésité ne découle pas uniquement

d'un mode de vie sédentaire et d'une alimentation peu saine, mais également de facteurs génétiques, endocriniens, médicamenteux, psychologiques et sociaux²²⁻²⁴. Le sommeil intervient fortement dans la régulation de l'obésité en intervenant sur les fonctions endocriniennes et métaboliques^{20,21}. Il existe également une prédisposition génétique à l'obésité. L'humain n'est malheureusement pas égal face à cette pathologie. De nombreuses anomalies génétiques monogéniques ont été mises en évidence, notamment au niveau de la voie leptine – mélanocortine²⁵. On retrouve chez les enfants des syndromes génétiques ayant des caractéristiques morphologiques spécifiques, un retard psychomoteur et mental dont les plus fréquents sont le syndrome de Prader-Willi et le syndrome de Bardet-Biedl^{21,25}. Mais, il faut aussi garder à l'esprit des pathologies endocriniennes, comme l'hypothyroïdie, l'hypercorticisme, une déficience en hormone de croissance ou encore un traumatisme au niveau hypothalamique, tout comme le microbiote intestinal^{21,26}. Enfin, certains médicaments tels que les glucocorticoïdes, les antidépresseurs, les antipsychotiques et les médicaments contre l'épilepsie peuvent entraîner une prise de poids^{21,26}.

Enfin, il y a d'autres facteurs qui entrent en compte durant la période fœtale et la petite enfance : l'obésité maternelle, un gain de poids excessif pendant la grossesse, le diabète gestationnel, le tabagisme pendant la grossesse et l'allaitement peuvent avoir des répercussions^{19-21,26}. L'accent mis sur le rôle du stress, des traumatismes, de l'anxiété et de la dépression dans le développement de l'obésité est particulièrement pertinent. Ces facteurs peuvent influencer le comportement alimentaire et la régulation du poids corporel par le biais de mécanismes biologiques et psychologiques complexes^{23,27,28}.

MÉTHODOLOGIE

Pour ce travail, nous avons mené une revue narrative de la littérature en effectuant nos recherches dans différentes bases de données : Tripdatabase, Pubmed, GoogleScholar et Scopus en utilisant les mots-clefs « *obesity stigma* », « *weight stigma* », « *weight bias* », « *grossophobia* ».

LE VÉCU DES PATIENTS

Les patients obèses vivent parfois avec le sentiment que leur corps est un obstacle à la vie souhaitée : restriction des mouvements, des activités mais également une vie associée à des complications comme le diabète, l'hypertension artérielle, l'arthrose, etc. La santé mentale et émotionnelle occupe une place importante dans les études, la dépression, le stress, la faible estime de soi et la détresse émotionnelle étant décrits à la fois comme une cause et un effet de l'obésité²⁹. Ce n'est pas pour rien si l'obésité est associée à des taux plus importants de suicide³⁰. Et quand bien même la personne obèse perd du poids, l'insatisfaction corporelle peut rester malgré tout³¹. Les patients obèses ressentent un manque de respect

et de compassion des prestataires de soins de santé, subissent des insultes verbales, de l'humour inapproprié. Ils ressentent une insatisfaction dans l'offre de soins de santé ainsi qu'une atteinte à la dignité²⁹.

LES MÉDECINS ET LA GROSSOPHOBIE

Durant leurs études, les futurs médecins rapportent déjà des préjugés à l'encontre des personnes obèses. C'est plus de la moitié des femmes (53%) qui rapportent un commentaire inapproprié de leur médecin concernant leur poids. Paradoxalement, les médecins sont mal à l'aise avec leurs patients en surpoids. Non seulement ils ont du mal à aborder la question du poids mais ils passent moins de temps à les examiner que les autres patients et leur demandent de passer plus d'examen complémentaires³². La différence dans le soin se remarque en cas de matériel manquant ou inadapté. Il y a aussi la peur des soignants de se blesser lors de manutention, de ne pas parvenir à mesurer la pression artérielle, de ne pas réussir une prise de sang ou un examen complémentaire comme une imagerie mais aussi moins de prévention et d'éducation à la santé^{6,32}.

COMPORTEMENTS INADÉQUATS DES MÉDECINS^{1,6}

Dans la littérature, nous retrouvons les comportements et attitudes suivantes qui peuvent blesser les patients :

1. Manque de connaissance et désinformation quant à l'obésité;
2. Attitudes paternalistes, insultes, moqueries, violences verbales, humiliations (comparer à un animal), mépris, condescendance. Mais aussi croire que l'obésité est un choix et que la chirurgie bariatrique est le choix de la facilité;
3. Avoir du matériel manquant ou inadapté (comme les brassards du tensiomètre);
4. Faire une généralisation des patients obèses et ne pas avoir une prise en charge individuelle. Ce comportement se traduit par une prescription de traitement contre le cholestérol sans même attendre le résultat de la prise de sang ou ne pas croire un patient obèse qui déclare pratiquer 5 h de sport par semaine;
5. Désigner le poids comme étant la source de tous les maux du patient sans évoquer d'autres diagnostics possibles, parfois sans même examiner le patient;
6. Aborder systématiquement le poids, le mettre au centre de la discussion alors que le motif de consultation est autre;
7. Un manque de professionnalisme : conseils superficiels qui n'aident pas : « il faut bouger ».

CONSÉQUENCES DE LA GROSSOPHOBIE MÉDICALE

Stigmatiser un patient par rapport à son poids n'apporte que des effets contre-productifs et est associé à une réduction de l'activité physique³³, de l'estime

de soi et de la compliance médicamenteuse³⁴ ainsi qu'à une augmentation de l'obésité³⁵, du risque de diabète, du niveau de cortisol, du niveau de stress oxydatif, du niveau de protéine C-réactive, de l'insatisfaction à l'égard de l'image corporelle, du stress, des troubles alimentaires, à de l'isolement, de l'absentéisme, de la dépression, de l'anxiété, du risque suicidaire et de l'usage de drogue^{6,36-41}.

Par ailleurs, face au mépris, à la stigmatisation et aux remarques irrespectueuses, la relation avec les soignants est mise à mal et signe l'arrêt du suivi, le fait de changer de soignant ou de prendre plusieurs avis médicaux auprès de plusieurs professionnels de la santé ce qui peut conduire à des retards de diagnostics, un mauvais suivi médical, un échec thérapeutique et à un retard des examens de prévention comme les mammographies et les frottis du col^{29,36}.

A contrario, la diminution de la stigmatisation, l'attitude bienveillante du médecin et le renforcement positif conduisent à une meilleure adhérence thérapeutique et donc à des effets bénéfiques sur la santé et les affects des patients et améliorent l'image corporelle, l'estime de soi et la qualité de vie du patient³⁰, d'autant plus qu'un bon suivi par un médecin de première ligne permet une prise en charge plus durable dans le temps et de meilleurs résultats³¹.

QUAND L'OBÉSITÉ CACHE UN PROBLÈME PLUS COMPLEXE

Parmi les déterminants qui vont agir sur le poids, on retrouve : l'isolement, les revenus et les adversités subies dans l'enfance.

Parmi les adversités subies dans l'enfance, prenons l'exemple des abus sexuels. Ils peuvent conduire à de multiples conséquences comme l'inactivité physique⁴², la consommation excessive d'alcool et des troubles du comportement alimentaire⁴³. Ces trois éléments peuvent conduire à l'obésité qui est, par ailleurs, associée aux abus sexuels⁴⁴. Nos patients ayant subi de l'inceste ne nous le disent pas spontanément. Toutefois, si on veut les aider avec leurs surpoids, il faudra prendre en considération cet antécédent traumatique.

MAIS QUE PEUVENT FAIRE LES SOIGNANTS?^{3,45,46}

1. En termes d'accueil, le soignant peut être mieux formé à cette problématique médicale et il peut également proposer une infrastructure ainsi qu'un équipement adapté à toute personne. Penser à toujours répondre au motif de consultation du patient de manière professionnelle avant de lui parler de son poids et être capable d'évoquer d'autres diagnostics que l'obésité. D'ailleurs, si le motif de consultation n'a aucun lien avec le poids du patient, réfléchir à deux fois avant d'amener le sujet sur la table. Finalement, ne pas parler systématiquement du poids avec le patient. Dites-vous qu'il consulte peut-être d'autres soignants qui se sentent obligés d'enfoncer le clou lors de chaque consultation.

- En termes de communication : adopter une approche motivationnelle. Tout d'abord, le soignant peut demander au patient son accord avant d'aborder le sujet. Collaborer avec le patient et identifier ensemble leurs buts et leurs limites. Être à l'écoute du patient, être empathique et respectueux. Le médecin devrait utiliser un langage approprié et adapté au patient⁴⁷. Par exemple, utiliser « une personne souffrant d'obésité » plutôt que « un obèse » et faire attention à la communication implicite et explicite de « normes sociales ». Enfin, valoriser les efforts déjà mis en place.
- Définir l'obésité comme une maladie et fournir des informations sur la complexité de l'obésité aux patients pour permettre une compréhension des causes et des risques. Le soignant doit considérer toute l'histoire du patient y compris les souffrances psychiques. Réfléchir avec le patient, partir de son point de vue et s'attaquer aux causes profondes de l'obésité comme des événements de vie compliqués.
- Ne pas promouvoir seulement une perte de poids. Le poids n'est pas la santé. Promouvoir un mode de vie sain (une alimentation équilibrée, une activité physique et de bonnes habitudes de vies quant aux écrans, au sommeil et à l'alcool). Donner au patient des notions chiffrées et concrètes. Si on prend l'exemple du sport, les recommandations consistent à pratiquer 60 minutes par jour pour les enfants ; quant aux adultes, ils devraient pratiquer entre une à deux heures d'intensité vigoureuses par semaine ou bien deux à cinq heures d'intensité modérée⁴⁸.
- Ne pas oublier que la prise en charge de l'obésité est un travail d'équipe composée par des spécialités médicales (cardiologue, endocrinologue, psychiatre, gastro-entérologue, pneumologue...) mais aussi paramédicales (kiné, diététicien, psychologue).

CONCLUSION

L'obésité est un problème de santé publique qui prend chaque année un peu plus d'ampleur. Les soignants sont tous confrontés à cette problématique et aux conséquences du surpoids. D'un autre côté, les patients subissent de la grossophobie de la part du corps médical et cette violence peut entraîner des conséquences désastreuses. Les soignants sont donc invités à se sensibiliser au sujet et à acquérir des compétences communicationnelles pour arriver à discuter avec leurs patients de manière empathique et bienveillante.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

- 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. *Médecine humaine et pathologie*. 2022. (dumas-03616950)
- Spahlholz J, Baer N, König HH, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Obesity and discrimination - a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Obes Rev*. 2016;17(1):43-55. doi: 10.1111/obr.12343. Epub 2015 Nov 24. PMID: 26596238.
- Pont SJ, Puhl R, Cook SR, Slusser W; Section On Obesity; Obesity Society. Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*. 2017;140(6):e20173034. doi: 10.1542/peds.2017-3034. Epub 2017 Nov 20. PMID: 29158228.
- Panza GA, Armstrong LE, Taylor BA, Puhl RM, Livingston J, Pescatello LS. Weight bias among exercise and nutrition professionals: a systematic review. *Obes Rev*. 2018;19(11):1492-503. doi: 10.1111/obr.12743. Epub 2018 Sep 3. PMID: 30176183.
- Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: important considerations for public health. *Am J Public Health*. 2010;100(6):1019-28. doi: 10.2105/AJPH.2009.159491. Epub 2010 Jan 14. PMID: 20075322; PMCID: PMC2866597.
- Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JJ, Nadglowski J, *et al*. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med*. 2020;26(4):485-97. doi: 10.1038/s41591-020-0803-x. Epub 2020 Mar 4. PMID: 32127716; PMCID: PMC7154011.
- Obésité et surpoids, (consulté le 30/03/2024) [Internet] disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- S. Drieskens, R. Charafeddine, L. Gisle : Enquête de santé 2018 : Etat nutritionnel. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2019/14.440/62. Disponible en ligne : www.enquetesante.be
- Askari M, Heshmati J, Shahinfar H, Tripathi N, Daneshzad E. Ultra-processed food and the risk of overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Obes (Lond)*. 2020;44(10):2080-91. doi: 10.1038/s41366-020-00650-z. Epub 2020 Aug 14. PMID: 32796919.
- Biddle SJH, García Bengoechea E, Pedisic Z, Bennie J, Vergeer I, Wiesner G. Screen Time, Other Sedentary Behaviours, and Obesity Risk in Adults: A Review of Reviews. *Curr Obes Rep*. 2017;6(2):134-47. doi: 10.1007/s13679-017-0256-9. Erratum in: *Curr Obes Rep*. 2017. Bengoechea García, E [corrected to García Bengoechea, E]. PMID: 28421472.
- Pataky Z, Favre. Le simple conseil «manger moins, bouger plus» ne suffit pas pour perdre du poids. *Rev Med Suisse*. 2024;20:567-8. DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.866.567

12. Kasten G. Listen... and speak: A discussion of weight bias, its intersections with homophobia, racism, and misogyny, and their impacts on health. *Can J Diet Pract Res.* 2018;79(3):133-8. doi: 10.3148/cjdp-2018-023. Epub 2018 Aug 14. PMID: 30106625.
13. Pearl RL, Puhl RM, Brownell KD. Positive media portrayals of obese persons: impact on attitudes and image preferences. *Health Psychol.* 2012;31(6):821-9.
14. Grabe S, Ward LM, Hyde JS. The role of the media in body image concerns among women: A metaanalysis of experimental and correlational studies. *Psychol Bull.* 2008;134(3):460-76.
15. Mancini JG, Filion KB, Atallah R, Eisenberg MJ. Systematic Review of the Mediterranean Diet for Long-Term Weight Loss. *Am J Med.* 2016;129(4):407-15.e4. doi: 10.1016/j.amjmed.2015.11.028. Epub 2015 Dec 22. PMID: 26721635.
16. Willems AEM, Sura-de Jong M, van Beek AP, Nederhof E, van Dijk G. Effects of macronutrient intake in obesity: a meta-analysis of low-carbohydrate and low-fat diets on markers of the metabolic syndrome. *Nutr Rev.* 2021;79(4):429-44. doi: 10.1093/nutrit/nuaa044. PMID: 32885229; PMCID: PMC7947787.
17. Ojeniran M, Dube B, Paige A, Ton J, Lindblad AJ. Mission Slimpossible: Semaglutide for weight loss, 2021; Tools for practice #295, CFPC Learn.
18. American Heart Association (AHA). 8-hour time-restricted eating linked to a 91% higher risk of cardiovascular death, Sessions 2024, Abstract P192, [Internet] (consulté le 01/04/2024) disponible sur: <https://newsroom.heart.org/news/8-hour-time-restricted-eating-linked-to-a-91-higher-risk-of-cardiovascular-death>
19. WHO. European Regional Obesity Report 2022. Organization, World Health. Copenhagen, 2022.
20. Consensus BASO 2020. Un guide pratique pour l'évaluation et le traitement du surpoids et de l'obésité. Obesity. Belgian Association for the study of 2020.
21. Skelton JA, Klish WJ. Definition, epidemiology and etiology of obesity in children and adolescents. February 2023, Uptodate.
22. Smith JD, Emily Fu E, Kobayashi MA. Prevention and Management of Childhood Obesity and Its Psychological and Health Comorbidities. *Annu Rev Clin Psychol.* 2020;16:351-78.
23. Hemmingsson. Early Childhood Obesity Risk Factors: Socioeconomic Adversity, Family Dysfunction, Offspring Distress, and Junk Food Self-Medication. *Current Obesity Reports.* 2018;7:204-9.
24. Hill DC, Moss RH, Sykes-Muskett B, Conner M, O'Connor DB. Stress and eating behaviors in children and adolescents : Systematic review and meta-analysis. *Appetite.* 2018;123:14-22. doi: 10.1016/j.appet.2017.11.109. Epub 2017 Dec 2. PMID: 29203444.
25. Lister NB, Baur LA, Felix JF, Hill AJ, Marcus C, Reinehr T, Summerbell C, Wabitsch M. Child and adolescent obesity. *Nat Rev Dis Primers.* 2023;9(1):24. doi: 10.1038/s41572-023-00435-4. PMID: 37202378.8.
26. Jebile H, Kelly AS, O'Malley G, Baur LA. Obesity in children and adolescents : epidemiology, causes, assessment, and management. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2022;10:351-65.
27. Miller AL, Lumeng JC. Pathways of Association from Stress to Obesity in Early Childhood. *Obesity (Silver Spring).* 2018;26(7):1117-24. doi: 10.1002/oby.22155. Epub 2018 Apr 14. PMID: 29656595.
28. Van der Valk ES, Savas M, van Rossum EFC. Stress and Obesity: Are There More Susceptible Individuals? *Curr Obes Rep.* 2018;7(2):193-203. doi: 10.1007/s13679-018-0306-y. PMID: 29663153; PMCID: PMC5958156.
29. Farrell E, Hollmann E, le Roux CW, Bustillo M, Nadglowski J, McGillicuddy D. The lived experience of patients with obesity: A systematic review and qualitative synthesis. *Obes Rev.* 2021;22(12):e13334. doi: 10.1111/obr.13334. Epub 2021 Aug 16. PMID: 34402150.
30. Pompili M, Girardi P, Tatarelli G, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern. *Eat Behav.* 2006;7(4):384-94. doi: 10.1016/j.eatbeh.2005.12.004. Epub 2006 Jan 23. PMID: 17056416.
31. DerontJ, GandurMA, Nascè A, Somers F, Pataky Z, Perte de poids: quand l'image du corps ne suit pas. *Rev Med Suisse.* 2024;20:590-4. DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.866.590
32. Folope V. Grossophobie dans le monde soignant, une réalité à combattre [Grossophobia in the care sector, a reality to be fought]. *Soins.* 2021;66(858):22-4. French. doi: 10.1016/j.soin.2021.07.004. Epub 2021 Jul 15. PMID: 34462064.
33. Pearl RL, Wadden TA, Jakicic JM. Is weight stigma associated with physical activity? A systematic review. *Obesity (Silver Spring).* 2021;29(12):1994-2012. doi: 10.1002/oby.23274. Epub 2021 Nov 7. PMID: 34747131; PMCID: PMC8612947.
34. Papadopoulos S, Brennan L. Correlates of weight stigma in adults with overweight and obesity: A systematic literature review. *Obesity (Silver Spring).* 2015;23(9):1743-60. doi: 10.1002/oby.21187. Epub 2015 Aug 11. PMID: 26260279.
35. Tomiyama AJ, Carr D, Granberg EM, Major B, Robinson E, Sutin AR, Brewis A. How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health. *BMC Med.* 2018;16(1):123. doi: 10.1186/s12916-018-1116-5. PMID: 30107800; PMCID: PMC6092785.
36. Haqq AM, Kebbe M, Tan Q, Manco M, Salas XR. Complexity and Stigma of Pediatric Obesity. *Child Obes.* 2021;17(4):229-40. doi: 10.1089/chi.2021.0003. Epub 2021 Mar 29. PMID: 33780639; PMCID: PMC8147499.
37. Gow ML, Tee MSY, Garnett SP, Baur LA, Aldwell K, Thomas S, Lister NB, Paxton SJ, Jebile H. Pediatric obesity treatment, self-esteem, and body image: A systematic review with meta-analysis. *Pediatr Obes.* 2020;15(3):e12600. doi: 10.1111/ijpo.12600. Epub 2020 Feb 4. PMID: 32020780.
38. Bhuyan SS, Chandak A, Smith P, Carlton EL, Duncan K, Gentry D. Integration of public health and primary care: A systematic review of the current literature in primary care physician mediated childhood obesity interventions. *Obes Res Clin Pract.* 2015;9(6):539-52. doi: 10.1016/j.orcp.2015.07.005. Epub 2015 Aug 7. PMID: 26259684.
39. Wu YK, Berry DC. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *J Adv Nurs.* 2018;74(5):1030-42. doi: 10.1111/jan.13511. Epub 2017 Dec 8. PMID: 29171076.
40. Hatzenbuehler ML, Keyes KM, Hasin DS. Associations between perceived weight discrimination and the prevalence of psychiatric disorders in the general population. *Obesity (Silver Spring).* 2009;17(11):2033-9.
41. Tomiyama AJ, Carr D, Granberg EM, Major B, Robinson E, Sutin AR, Brewis A. How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health. *BMC Med.* 2018;16(1):123. doi: 10.1186/s12916-018-1116-5. PMID: 30107800; PMCID: PMC6092785.
42. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, *et al.* The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health.* 2017;2(8):e356-66.
43. Molendijk ML, Hoek HW, Brewerton TD, Elzinga BM. Childhood maltreatment and eating disorder pathology: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychol Med.* 2017;47(8):1402-16.
44. Danese A, Tan M. Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry.* 2014;19(5):544-54.
45. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e). Haute Autorité de Santé. Février 2023.

46. Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, Armstrong SC, Barlow SE, Bolling CF *et al.* Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*. 2023;151(2):e2022060640.
47. Puhl RM. What words should we use to talk about weight? A systematic review of quantitative and qualitative studies examining preferences for weight-related terminology. *Obes Rev*. 2020;21(6):e13008. doi: 10.1111/obr.13008. Epub 2020 Feb 12. PMID: 32048465.
48. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon *et al.* World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med*. 2020;54(24):1451-62. doi: 10.1136/bjsports-2020-102955. PMID: 33239350; PMCID: PMC7719906.

Travail reçu le 5 mai 2024 ; accepté dans sa version définitive le 15 juin 2024.

AUTEUR CORRESPONDANT :

THOMAS P.
Faculté de Médecine
Département universitaire de Médecine générale (DMG)
Campus Erasme
Route de Lennik, 808 / BP 612 – 1070 Bruxelles
E-mail : pol-loup@hotmail.com