

Stigmatisation des personnes atteintes d'obésité: comprendre et affronter les préjugés sociétaux

Dre JOHANNA FRANTZ^{a,b}, Dre STYLIANI MANTZIARI^c et Dre LUCIE FAVRE^a

Rev Med Suisse 2023; 19: 546-51 | DOI: 10.53738/REVMED.2023.19.819.546

L'OMS reconnaît officiellement l'obésité (IMC ≥ 30 kg/m²) comme une maladie depuis 2008. Pourtant, les personnes touchées par l'obésité font souvent l'objet de reproches et de stéréotypes négatifs de la part de la société et des prestataires de soins de santé. Cette stigmatisation peut avoir des répercussions négatives sur la santé mentale comme physique. Ce phénomène peut aussi conduire le stigmatisé à intérioriser le préjudice, considérant son sort comme normal. Cet article vise à fournir aux professionnels de santé les outils nécessaires pour comprendre et aborder cette question, afin de mieux soigner les patients touchés par l'obésité.

Stigmatization of people with obesity: understanding and confronting societal prejudice

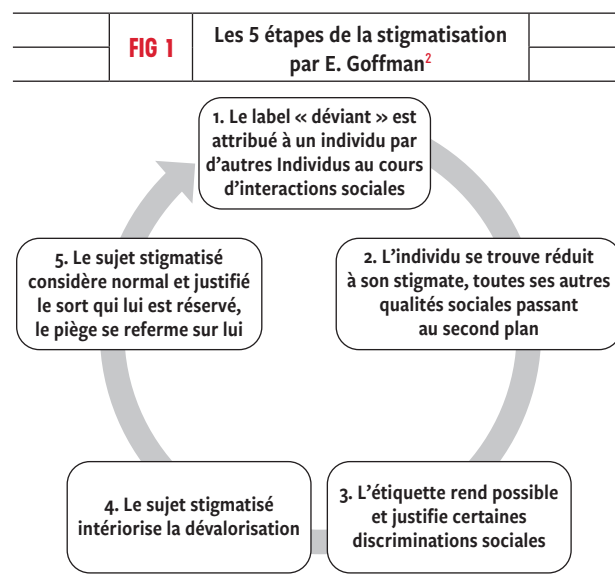
Obesity (BMI ≥ 30 kg/m²) has been officially classified as a disease by the WHO since 2008, yet individuals affected by obesity often face blame and negative stereotypes from society and healthcare providers. This stigmatization can lead to negative impacts on both mental and physical health. This phenomenon can also lead the stigmatized person to internalize the prejudice, considering their fate as deserved. This article aims to provide healthcare professionals with the tools to better understand and care for patients with obesity.

INTRODUCTION

La stigmatisation est un processus d'interaction sociale commun dans nos sociétés touchant divers individus par rapport à un groupe dominant. Son étymologie vient du latin *stigma*, *stigmatis*, lui-même emprunté au grec ancien signifiant «piqûre, marque au fer rouge, stigmaté». Or, il s'agit d'un concept sociologique, introduit par Goffmann, qui définit le stigmaté comme un «attribut profondément discréditant», réduisant l'individu stigmatisé «d'une personne intègre et ordinaire à une personne dégradée et diminuée». ¹ Ce concept, couramment utilisé, a, avec le temps, perdu en précision. La stigmatisation repose sur des représentations et croyances sociales qui tendent à attribuer à l'individu concerné des valeurs morales dévalorisantes. Il s'agit d'un glissement basé sur des caractères physiques vers des qualités morales. Ainsi,

le sujet souffrant d'obésité «mange trop» donc «ne sait pas se contrôler», «n'a pas de volonté» ou «n'est pas digne de confiance». ² Ces individus, fortement touchés par ces préjugés dévastateurs, souffrent d'une maladie chronique ayant des conséquences néfastes sur la santé telles que la majoration du risque de complications médicales sur le long terme et la réduction de l'espérance de vie. ³ En Suisse, les données de l'Office fédéral de la statistique de 2017 confirment l'augmentation de la prévalence de l'obésité, celle-ci ayant presque doublé, passant de 5 à 11 % entre 1992 et 2017. ⁴ Malgré ce constat, la stigmatisation de l'obésité perdure avec une prévalence rapportée entre 19 et 42 %, prévalence qui s'accroît à mesure que l'excès de poids augmente. ⁵ En plus des conséquences délétères sur la santé physique et mentale des personnes touchées, ce phénomène s'étend à différents domaines de leur vie tels que l'éducation, le milieu professionnel, les soins et, de manière plus générale, la société. ⁶ Goffmann décrit un processus en 5 étapes, représenté sur la **figure 1**. Lorsque ce dernier est pleinement accompli, le stigmatisé considère son sort comme normal. ²

Une étude américaine, publiée en 2018, a estimé que 40 à 50 % des adultes américains en surpoids (IMC ≥ 25 kg/m²) et obèses avaient internalisé les préjugés liés au poids. Les sujets ayant des niveaux élevés de préjugés liés au poids internalisés



(Adaptée de la réf. ²).

^aService d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme, Département de médecine, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^bService de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^cService de chirurgie viscérale, Département de chirurgie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne

johanna.frantz@chuv.ch | styliani.mantziari@chuv.ch | lucie.favre@chuv.ch

étaient susceptibles d'avoir un IMC plus important, une tendance à surestimer leur poids, des expériences antérieures de stigmatisation liée au poids comme des moqueries ou un engagement actif dans des efforts pour perdre du poids.⁷

QUI SONT LES ACTEURS?

Les personnes souffrant d'obésité sont vulnérables à la stigmatisation en milieu scolaire, éducatif, professionnel, médical, sociétal et même au sein de leurs relations intimes telles que la famille (parents, enfants, conjoints) et amis.⁸ En effet, les acteurs qui participent au maintien de ce phénomène sont multiples. Les messages délivrés par les médias, le discours politique, les campagnes de santé évoquent la notion de responsabilité personnelle et vont ainsi jouer un rôle prépondérant dans le regard que la société leur porte.⁶

Les médias

Une étude américaine de 2011 a analysé des articles d'actualité en ligne traitant de l'obésité. Les photographies incluses dans ces articles comprenaient 27% de sujets avec un poids normal et 65% avec un surpoids ou une obésité; 72% des images représentant une personne en surpoids ou obèse étaient décrites de manière stigmatisante et négative. De plus, comparés aux individus de poids normal, les sujets en surpoids ou obèses étaient significativement plus susceptibles d'être représentés de manière tronquée, en ne montrant que l'abdomen ou le bas du corps de la personne, ou en étant en train de boire ou manger. Ces mêmes sujets étaient moins souvent représentés entièrement habillés, portant des vêtements professionnels ou faisant de l'exercice par rapport aux sujets de poids normal. Les résultats de cette étude illustrent l'ampleur du phénomène de stigmatisation, véhiculé en ligne par les médias, renforçant alors les préjugés et la discrimination des personnes obèses par la société.⁹

La législation

Il est intéressant de noter l'absence d'une loi nationale condamnant la discrimination liée au poids. La Constitution fédérale suisse «condamne, à titre d'exemple, les critères discriminatoires suivants: origine, race, sexe, âge, langue, situation sociale, mode de vie, convictions religieuses, philosophiques ou politiques, déficience corporelle, mentale ou psychique».¹⁰ Cependant, la «grossophobie» n'est actuellement pas reconnue comme délit par le Code pénal suisse. Cette absence de loi délivre un message de tolérance et d'acceptation quant à la discrimination liée au poids.⁶

Les prestataires de soins

De nombreuses études aux États-Unis et à l'étranger ont été réalisées afin d'évaluer l'adhérence des professionnels de la santé aux stéréotypes sur les patients obèses, leur attribuant ainsi la responsabilité de leur situation.^{8,11} Une étude américaine de 2003 a évalué l'attitude de 620 médecins de premier recours (MPR) envers les patients obèses ainsi que les causes et traitements qu'ils attribuaient à l'obésité. Ces médecins évoquaient, en premier lieu, un manque d'activité physique comme une cause significativement importante d'obésité,

suivie de l'excès alimentaire et d'un régime riche en graisses. Plus de 50 % des MPR avaient une perception négative («maladroits, peu attrayants») de ces patients. Ce panel a notamment jugé les traitements de l'obésité comme moins efficaces que ceux proposés pour de nombreuses maladies chroniques, dont le diabète, l'hypertension, le tabagisme et l'alcoolisme. La majorité des MPR (75 %) adhérait aux recommandations indiquant qu'une réduction de 10 % du poids permet d'améliorer les complications de santé liées à l'obésité. Finalement, 54 % d'entre eux rapportent que, si leur temps de travail était remboursé de manière appropriée, il passerait plus de temps avec leur patient pour la gestion de leur poids. Cette étude révèle que les MPR perçoivent souvent l'obésité comme un problème de comportement et partagent les stéréotypes négatifs de notre société. Ils ont connaissance des résultats des traitements à disposition mais considèrent ce type de thérapies comme moins efficace que la plupart des traitements d'autres maladies chroniques.¹²

Une récente étude australienne a exploré l'expérience vécue par des personnes souffrant d'obésité de classe III (IMC > 40 kg/m²) dans le contexte d'une hospitalisation. Les résultats identifient trois thématiques principales, influençant de manière significative l'expérience vécue de ces patients: la réponse aux besoins en soins physiques, les interactions interpersonnelles avec les professionnels de la santé ainsi que l'impact psychosocial de l'obésité en milieu hospitalier. Il est relevé qu'une meilleure compréhension des besoins spécifiques du patient telle que la mise à disposition d'équipements appropriés (chaises, blouses de tailles appropriées, facilitateur de mobilité, fauteuils roulants électriques, etc.), en temps utile, et la prise en compte de la conception des infrastructures sont des éléments clés. Un travail de sensibilisation des professionnels quant aux préjugés sur le poids et la stigmatisation contribue également à améliorer les interactions interpersonnelles pour offrir des soins de qualité.¹³ Le domaine de la recherche médicale n'est pas épargné par la stigmatisation, les personnes souffrant d'obésité étant souvent peu représentées dans les essais cliniques qui évaluent la sécurité et l'efficacité des nouvelles thérapies.¹⁴ Une représentation équitable de ces patients est cependant essentielle pour garantir l'applicabilité des résultats.

Le système de santé

Les spécialistes de l'obésité sont confrontés aux limitations du système de santé suisse actuel qui, par exemple, soumet les traitements médicamenteux de l'obésité (analogue du GLP-1) à des restrictions limitant leur accès. Cette problématique souligne, une fois de plus, la responsabilité du patient face à sa maladie, d'autres maladies chroniques comme l'hypertension artérielle, le diabète ou les maladies oncologiques ne connaissant pas ce type de restriction.

COMMENT Y REMÉDIER?

Thornicroft, psychiatre connu notamment pour ses travaux sur la discrimination et la stigmatisation, considère cette dernière comme englobant différentes composantes telles que: un problème de connaissances (ignorance), un problème d'attitudes (préjugés) et un problème de comportement (discrimination).¹⁵ Le préjudice est défini comme l'atteinte portée aux

droits, intérêts ou bien être de la personne. La discrimination, elle, se réfère à l'action de séparer et distinguer deux ou plusieurs êtres ou choses à partir de certains caractères distinctifs. Les campagnes de prévention de santé délivrant des messages de «manger moins et bouger plus» renforcent les croyances populaires que le poids est contrôlable et n'est qu'une affaire de volonté. Cependant, réduire l'écart entre ces croyances et les preuves scientifiques, s'attaquer aux préjugés sociétaux omniprésents et lutter contre les idées reçues n'est pas une mince affaire. Un groupe multidisciplinaire d'experts internationaux, comprenant des représentants de dix organisations scientifiques, s'est attelé à la tâche, passant en revue les données disponibles sur les causes et les méfaits de la stigmatisation liée au poids. Cette collaboration scientifique a permis la parution, en 2021, d'une déclaration de consensus comprenant des recommandations détaillées dans le **tableau 1**. Ces dernières visent à sensibiliser la population (public, professionnels de santé, politiques) aux conséquences néfastes de la stigmatisation, éliminer les préjugés liés au poids et offrir une nouvelle narration publique de l'obésité, cohérente avec les connaissances scientifiques modernes.⁶

LES CONSÉQUENCES

La stigmatisation des personnes souffrant d'obésité entraîne un retentissement tant physique que psychologique. Son impact sur la santé mentale peut être dévastateur. En effet, ce phénomène peut être associé à des symptômes dépressifs, des niveaux d'anxiété élevés, une perturbation du comportement alimentaire (alimentation malsaine, crises hyperphagiques, ...), des comportements de contrôle du poids ainsi qu'à la consommation de substances. L'individu stigmatisé souffre souvent d'une baisse de l'estime de soi et d'un isolement social.^{6,16,17} Les données récentes parues dans l'American Psychological Association (APA) donne un aperçu des liens entre les expériences de stigmatisation liées au poids et leurs répercussions sur le comportement et la santé des stigmatisés. Ce phénomène participe à des comportements favorisant la prise de poids et majore la souffrance psychique de ces individus.¹⁶ Le stress physiologique engendré par ces situations dégradantes peut induire des taux plasmatiques de CRP et de cortisol plus élevé, ce qui a un impact délétère, à long terme, sur le risque cardiovasculaire et la mortalité, comparé à ceux qui ne souffrent pas de discrimination.^{6,16} Il faut également être attentif à l'expérience de stigmatisation dans les soins, qui a des conséquences particulièrement défavorables, résumées dans la **figure 2**.¹¹

COMMENT ABORDER LE SUJET EN CONSULTATION ?

La reconnaissance de la complexité étiologique de cette maladie diminue les préjugés liés au poids. Il est ainsi essentiel d'explorer d'autres domaines que le mode de vie et d'investiguer de potentielles anomalies hormonales et génétiques, les effets secondaires de médicaments, des facteurs psychologiques et socioculturels. Bien que rares, les différentes causes d'obésité secondaire, illustrées dans la **figure 3**, doivent être évoquées et si nécessaire exclues.¹⁷ Une mise à jour récente des guidelines canadiennes (**tableau 2**) offre un guide clinique pratique aux MPR quant aux options d'évaluation et traitement des patients souffrant d'obésité.

TABLEAU 1 Déclaration de consensus sur la stigmatisation de l'obésité⁶

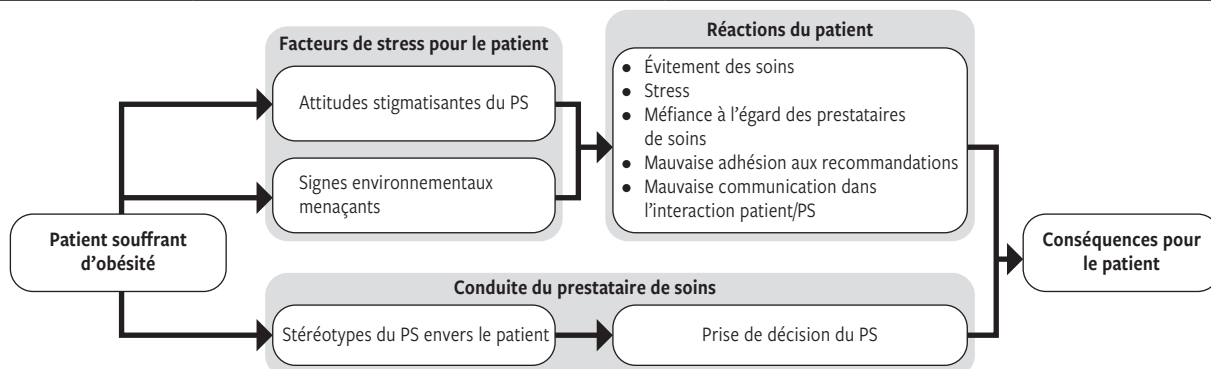
* Le degré de consensus pour chaque déclaration a été évalué selon l'échelle suivante: grade U: accord de 100 % (unanimité); grade A: accord de 90 à 99 %; grade B: accord de 78 à 89 %; grade C: accord de 67 à 77 %.

Point	Sujet	Grade*
Généralités		
1	La stigmatisation liée au poids et la discrimination de l'obésité ne doivent pas être tolérées dans les secteurs de l'éducation, des soins de santé ou de la politique publique	U
2	Expliquer l'écart entre les preuves scientifiques et le récit conventionnel de l'obésité construit autour d'hypothèses et d'idées fausses peut contribuer à réduire les préjugés liés au poids et à atténuer ses nombreux effets nocifs	A
3	Le récit conventionnel de l'obésité construit autour d'hypothèses non prouvées de responsabilité personnelle et les idées fausses sur les causes et les remèdes de l'obésité causent des dommages aux individus et à la société. Les médias, les responsables politiques, les enseignants, les professionnels de la santé, les établissements universitaires, les organismes de santé publique et le gouvernement doivent s'assurer que les messages et le récit de l'obésité sont exempts de stigmatisation et cohérents avec les preuves scientifiques modernes	A
4	L'obésité devrait être reconnue et traitée comme une maladie chronique dans les secteurs de la santé et de la politique	A
Médias		
5	Les médias sont appelés à délivrer des représentations justes, précises et non stigmatisantes de l'obésité. Un engagement des médias est nécessaire pour changer le discours autour de l'obésité	U
Soins et formation des professionnels de la santé		
6	Les établissements universitaires, les organismes professionnels et les organismes de réglementation doivent veiller à ce que l'enseignement formel sur les causes, les mécanismes et les traitements de l'obésité soient intégrés dans les programmes d'études standards pour les stagiaires en médecine et autres prestataires de soins	U
7	Les professionnels de la santé spécialisés dans le traitement de l'obésité doivent fournir des preuves de compétences de pratique sans stigmatisation. Les organismes professionnels doivent encourager, faciliter et développer des méthodes pour certifier la connaissance de la stigmatisation et de ses effets, ainsi que des compétences et des pratiques sans stigmatisation	A
8	Compte tenu de la prévalence de l'obésité et des maladies liées à l'obésité, une infrastructure appropriée pour les soins et la prise en charge des personnes atteintes d'obésité, y compris d'obésité sévère, doit être une exigence standard pour l'accréditation des installations médicales et hôpitaux	U
Santé publique		
9	Les pratiques et les messages de santé publique ne doivent pas utiliser des approches stigmatisantes pour promouvoir des campagnes contre l'obésité. Ces pratiques sont objectivement nuisibles et devraient être interdites	A
10	Les autorités de santé publique devraient identifier et inverser les politiques qui favorisent la stigmatisation liée au poids, tout en augmentant la rigueur scientifique dans les politiques publiques liées à l'obésité	A
Recherche		
11	La recherche sur l'obésité et le diabète de type 2 devrait bénéficier d'un financement public approprié, proportionnel à la prévalence et l'impact sur la santé humaine et la société	A
Politiques et législation		
12	Il devrait y avoir des politiques fortes et claires pour interdire la discrimination fondée sur le poids	U
13	Les politiques et la législation visant à interdire la discrimination fondée sur le poids sont une priorité importante et opportune pour réduire ou éliminer les inégalités fondées sur le poids	U

(Traduit de la réf.⁶).

FIG 2 Attitude à l'égard de l'obésité et son traitement

PS: prestataire de soins.



(Traduite et adaptée de la réf. 12).

FIG 3 Causes sous-jacentes de l'obésité chez l'adulte

* Screening uniquement chez des patients avec forte suspicion.

MC4R: récepteur de la mélanocortine 4; POMC: proopiomélanocortine; SAOS: syndrome d'apnée obstructive du sommeil; SOPK: syndrome des ovaires polykystiques; TDA: trouble déficitaire de l'attention.

Patient adulte souffrant d'obésité								
Signes et symptômes cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Consommation d'aliments malsains • Manque d'exercice • Sommeil moyen < 7 heures • Sommeil perturbé • Ronflement / apnée • Travail posté • Consommation d'alcool • Stress • Arrêt du tabac • Contexte socioculturel • Moment des repas • Mode de vie sédentaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportement alimentaire excessif et répété, avec ou sans comportement de compensation inadéquat • Plaintes dépressives 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du poids liée à l'initiation ou à l'augmentation de la dose d'un médicament dont la prise de poids est un effet indésirable potentiel 	<ul style="list-style-type: none"> • Acné • Hirsutisme • Menstruations irrégulières • Acanthosis nigricans • Dysfonctionnement de l'érection • Post-grossesse • Ménopause 	<ul style="list-style-type: none"> • Bradycardie • Faiblesse musculaire • Caractéristiques cushingoides • Antécédents de radiothérapie ou de traumatisme crânien grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Radiothérapie crânienne/ Traumatisme crânien/ Chirurgie • Anomalies neurologiques • Hyperphagie • Diminution de la vision 	<ul style="list-style-type: none"> • Apparition à un jeune âge • Hyperphagie • Cheveux roux • Hypopigmentation • Différence de poids extrême entre les membres de la famille 	<ul style="list-style-type: none"> • Apparition à un jeune âge • Caractéristiques dysmorphiques • Retard de développement • Autisme ou TDA • Petite taille • (Poly) syndactylie • Anomalies de la rétine • Myopie sévère • Surdit�e congénitale • Néphropathie
	Cause	Hygiène de vie	Troubles psychiques	Médicaments	Endocrinienne	Hypothalamique	(Mono) génétique ou syndromique*	
Exemples	<ul style="list-style-type: none"> • Apport hypercalorique • Manque d'exercice • Abus d'alcool • Alimentation nocturne • SAOS • Régimes hypocaloriques (très) répétés avec effet yoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • Hyperphagie boulimique • Boulimie nerveuse • Dépression • Autres troubles spécifiques de l'alimentation et du comportement alimentaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Antidépresseurs • Antipsychotiques • Anti-épileptiques • Corticostéroïdes (locaux) • (Certains) β-bloquants • Insuline 	<ul style="list-style-type: none"> • SOPK • Hypogonadisme • Rétention de poids après la grossesse • Ménopause 	<ul style="list-style-type: none"> • Syndrome de Cushing (cyclique) • Hypothyroïdie • Déficit en hormone de croissance 	<ul style="list-style-type: none"> • Post radiothérapie • Post chirurgie • Tumeur hypothalamique • Malformation 	<ul style="list-style-type: none"> • Défaut ou déficience : MC4R • Leptine (R) • POMC • Prohormone convertase-1 	<ul style="list-style-type: none"> • Prader Willi • Bardet Biedl • Allbright délétion 16p11.2

(Traduite et adaptée de la réf. 17).

TABLEAU 2

5 étapes pour guider le prestataire de soins dans le traitement de l'obésité

1	Reconnaissance de l'obésité comme une maladie chronique par les prestataires de soins, qui devraient demander au patient la permission de lui offrir des conseils et l'aider à traiter cette maladie de façon impartiale
2	Évaluation de la personne souffrant d'obésité, à l'aide de mesures appropriées, et identification des causes profondes, des complications et des obstacles au traitement de l'obésité
3	Discussion des options de traitement de base (approche diététique et activité physique) et des thérapies d'appoint qui peuvent être nécessaires, y compris les interventions psychologiques, pharmacologiques et chirurgicales
4	Accord avec la personne souffrant d'obésité concernant les objectifs du traitement, en se concentrant principalement sur la valeur que la personne retire des interventions axées sur sa santé
5	Engagement des prestataires de soins auprès de la personne atteinte d'obésité dans un suivi avec des réévaluations régulières et encouragement à promouvoir les soins de cette maladie chronique

(Traduit de la réf.³).

CONCLUSION

La stigmatisation liée au poids représente un fléau dans une société où l'obésité est en constante augmentation. De multiples acteurs, médiatiques, politiques, sociétaux, omniprésents, participent au maintien des stéréotypes dépréciatifs des per-

sonnes en situation de surpoids ou d'obésité. Bien que l'avancée de la recherche dans le domaine permette de réduire l'écart entre les idées populaires et les données scientifiques, le changement de mentalité peine à suivre. La stigmatisation a un impact délétère sur la santé psychique comme physique et elle peut participer à induire des comportements «obésogènes».

Conflit d'intérêts: Les auteures n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

ORCID ID:

J. Frantz: <https://orcid.org/0000-0001-5827-0626>

S. Mantziari: <https://orcid.org/0000-0003-1315-1898>

L. Favre: <https://orcid.org/0000-0003-0337-3219>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La stigmatisation a des conséquences néfastes sur la santé physique comme psychique des personnes souffrant d'obésité.
- Lorsque l'individu stigmatisé intériorise le préjudice, il considère son sort comme étant normal.
- La reconnaissance de la complexité étiologique de l'obésité diminue les préjugés liés au poids.

1 Goffman E. Stigmate: Les usages sociaux des handicaps. Paris: Les Éditions de Minuit, 1963.
 2 *Poulain JP. La lutte contre la stigmatisation des sujets en surpoids: une voie de prévention de l'obésité. In: Zermati JP, Apfeldorfer G, Waysfeld B. Traiter l'obésité et le surpoids. Paris: Odile Jacob, 2010.
 3 *Wharton S, Lau DCW, Vallis M, et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. CMAJ. 2020 Aug 4;192(31):E875-91. DOI: 10.1503/cmaj.191707.
 4 Office fédéral de la statistique. Enquête suisse sur la santé 2017: surpoids et obésité. 3 septembre 2020.
 5 Spahlholz J, Baer N, König HH, et al. Obesity and discrimination – a systematic review and meta-analysis of observational studies. Obes Rev. 2016 Jan;17(1):43-55. DOI: 10.1111/obr.12343.

6 **Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. Nat Med. 2020 Apr;26(4):485-97. DOI: 10.1038/s41591-020-0803-x.
 7 Puhl RM, Himmelstein MS, Quinn DM. Internalizing Weight Stigma: Prevalence and Sociodemographic Considerations in US Adults. Obesity (Silver Spring). 2018 Jan;26(1):167-75. DOI: 10.1002/oby.22029.
 8 *Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. Obesity (Silver Spring). 2009 May;17(5):941-64. DOI: 10.1038/oby.2008.636.
 9 Heuer CA, McClure KJ, Puhl RM. Obesity stigma in online news: a visual content analysis. J Health Commun. 2011 Oct;16(9):976-87. DOI: 10.1080/10810730.2011.561915.
 10 humanrights.ch. L'interdiction de discriminer dans la Constitution fédérale

suisse [En ligne]. 30 avril 2020. Disponible sur: humanrights.ch/fr/pfi/droits-humains/discrimination/dossier-non-discrimination/droit-suisse/constitution/.
 11 Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, et al. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. Obes Rev. 2015 Apr;16(4):319-26. DOI: 10.1111/obr.12266.
 12 Foster GD, Wadden TA, Makris AP, et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. Obes Res. 2003 Oct;11(10):1168-77. DOI: 10.1038/oby.2003.161.
 13 Pazsa FM, Said CM, Haines KJ, et al. The lived experience of patients with obesity at a metropolitan public health setting. BMC Health Serv Res. 2022 Dec 16;22(1):1530. DOI: 10.1186/s12913-022-08928-w.
 14 Pestine E, Stokes A, Trinquart L. Representation of obese participants in

obesity-related cancer randomized trials. Ann Oncol. 2018 Jul 1;29(7):1582-7. DOI: 10.1093/annonc/mdy138.
 15 Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? Br J Psychiatry. 2007 Mar;190(3):192-3.
 16 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 May;74(5):1030-42. DOI: 10.1111/jan.13511.
 17 van der Valk ES, van den Akker ELT, Savas M, et al. A comprehensive diagnostic approach to detect underlying causes of obesity in adults. Obes Rev. 2019 Jun;20(6):795-804. DOI: 10.1111/obr.12836.
 * à lire
 ** à lire absolument