

Table des matières

Abréviations	i
Liste des tableaux et figures	iii
Résumé	iv
1. Introduction	1
2. Cadre de référence	2
2.1. Surpoids et obésité.....	2
2.1.1. Définition	2
2.1.2. Epidémiologie.....	3
2.1.3. Etiologies	4
2.1.4. Développement de la maladie	8
2.1.5. Impacts ou comorbidités	11
2.1.6. Prise en charge de l'obésité	12
2.1.7. Prévention de l'obésité	17
2.2. Stigmatisation.....	18
2.2.1. Définition	18
2.2.2. Stigmatisation de l'excès pondéral	20
2.2.3. Origine	20
2.2.4. Types de stigmatisation.....	22
2.2.5. Impacts	22
2.2.6. Diminuer la stigmatisation ou ses impacts.....	24
2.3. Professionnels de santé	24
2.3.1. Diététicien-ne-s	24
2.3.2. Autres professionnels.....	26
2.3.3. Influences sociodémographiques, anthropométriques ou du contexte de travail	27
3. Problématique	28
4. Etude	29
4.1. But	29
4.2. Objectifs	29
4.3. Question de recherche	29
4.4. Hypothèse	30
5. Méthodologie	31
5.1. Stratégie de recherche documentaire de la revue systématique de littérature	31
5.2. Base de données et sélection des articles.....	31
5.3. Mots-clés.....	31
5.4. Population étudiée.....	32

5.5.	Critères d'inclusion et exclusion	32
5.6.	Extraction et synthèse des données	33
5.7.	Analyse de la qualité	33
5.8.	Bénéfices et risques	33
5.9.	Ressources et budget	33
6.	Résultats	35
6.1.	Sélection des études	35
6.2.	Caractéristiques des études	37
6.3.	Résultats des études	39
6.3.1.	Résultats par intervention	39
6.3.2.	Résultats par questionnaires utilisés	43
6.3.3.	Résultats en fonction des mesures anthropométriques	46
6.4.	Conclusion des résultats	46
7.	Discussion	47
7.1.	Synthèse des résultats	47
7.2.	Interprétation des résultats et mise en perspective	47
7.3.	Limites, biais et points forts du travail	51
8.	Perspectives	53
8.1.	Recommandations pour la pratique	53
8.2.	Recommandations pour la recherche	55
9.	Conclusion	56
10.	Remerciements	57
11.	Bibliographie	58
12.	Annexes	67
I.	Algorithme de prise en charge de l'obésité selon la SSED	67
II.	Figure de la stigmatisation internalisée	68
III.	Questionnaires évaluant la stigmatisation	69
IV.	Mails envoyés aux écoles	76
V.	Protocole	77
VI.	Mots-clés de la recherche de littérature	107
VII.	Grille d'analyse qualité d'articles de la HEdS	108

Abréviations

AFA	Anti-Fat Attitude Questionnaire
AFAT	Anti-Fat Attitude Test
AgRP	Agouti Related Peptide
ASDD	Association Suisse des Diététicien-ne-s
ASEMO	Association Suisse pour l'Etude du Métabolisme et de l'Obésité
ATOP	Attitude Toward Obese People
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BAOP	Beliefs About Obese People
BDSP	Banque de Données en Santé Publique
BMI	Body Mass Index
BTS	Brevet de Technicien Supérieur
CAS	Certificates Advanced Studies
DAS	Diplomas of Advanced Studies
DER	Dépense Energétique de Repos
DET	Dépense Energétique Totale
ECNR	Etude Contrôlée Non Randomisée
ECR	Etude Controlée Randomisée
EENC	Etude Expérimentale Non Contrôlée
EFAD	European Federation of the Associations of Dietitians
ETP	Education Thérapeutique du Patient
F-scale	Fat phobia Scale
HAS	Haute Autorité de Santé
HEdS	Haute Ecole de Santé – Genève
HTA	Hypertension Artérielle
HUG	Hôpitaux Universitaire Genevois
IAT	Implicit Association Test
ICSI	Institute for Clinical Systems Improvement
IMC	Indice de Masse Corporelle
Kcal	Kilocalories
MeSH	Medical Subject Headings Terms

MNT	Maladies Non Transmissibles
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence
NPY	Neuropeptide Y
OFSP	Office Fédérale de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
POMC	Proopiomélanocortine
PSN	Processus de Soins en Nutrition
SSED	Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie

Liste des tableaux et figures

N° du tableau	Intitulé	Page(s)
Tableau 1	Classification du poids selon le BMI (traduction libre)	2
Tableau 2	Définition de l'obésité selon un modèle éco-bio-psycho-social	3
Tableau 3	Résumé des événements de vie influençant la prise pondérale	8
Tableau 4	Phases d'installation de l'excès pondéral comme une maladie chronique	9
Tableau 5	Conséquences physiques de l'obésité	11
Tableau 6	Objectifs thérapeutiques par degrés d'excès pondéral selon la HAS	13
Tableau 7	Descriptif des questionnaires sur la stigmatisation explicite	18
Tableau 8	Descriptif des questionnaires sur la stigmatisation implicite	19
Tableau 9	Modèle pour faire face à la stigmatisation (traduction libre)	24
Tableau 10	Critères d'inclusion et d'exclusion des articles	32
Tableau 11	Descriptif des articles sélectionnés pour la revue de littérature	35
Tableau 12	Classement des questionnaires par type de stigmatisation	37
Tableau 13	Caractéristiques des études incluses	38
Tableau 14	Synthèse des résultats de l'impact des interventions sur la stigmatisation	40-42
Tableau 15	Résultats chiffrés du questionnaire AFA	43
Tableau 16	Résultats chiffrés du questionnaire BAOP	44
Tableau 17	Résultats chiffrés du questionnaire IAT	45
Tableau 18	Questions pour identifier sa propre stigmatisation (traduction libre)	54
Tableau 19	Recommandations pratiques pour diminuer la stigmatisation	55

N° de la figure	Intitulé	Page(s)
Figure 1	Evolution pondérale dans l'installation chronique de l'obésité	9
Figure 2	Schéma échelonné de la prise en charge de l'obésité	14
Figure 3	Cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité	22
Figure 4	Graphique de la sélection des études	36
Figure 5	Résumé des conséquences et impacts de la stigmatisation de l'excès pondéral	48
Figure 6	Chronic care model	54

Résumé

Introduction :

L'excès pondéral, qui regroupe le surpoids et l'obésité, atteint de plus en plus de personnes dans le monde. Selon l'OMS, en 2016, plus de 39% des adultes sont en surpoids alors que 13% souffrent d'obésité. La prévalence ne cesse d'augmenter depuis ces dernières décennies et les comorbidités engendrées par cette maladie non transmissible sont nombreuses. Cette population est sans arrêt affublée de préjugés et subit une discrimination au quotidien, même par les professionnels de santé. La stigmatisation (implicite et/ou explicite) de ces personnes est aussi présente auprès des diététicien-n-es. Les conséquences de celle-ci ne sont pas des moindres avec une baisse de l'estime de soi, une augmentation de l'anxiété et de la dépression qui tendent à maintenir l'excès de poids. Afin d'en limiter les impacts, divers programmes de sensibilisation sont érigés.

But :

Le but principal de ce travail est de diminuer les comportements stigmatisants des diététicien-n-es diplômé-es lors de la prise en charge de personnes adultes souffrant d'excès pondéral. Pour ce faire, nous avons observé les programmes de sensibilisation sur la stigmatisation concernant l'excès pondéral mis en place auprès de diététicien-n-es en vue d'en évaluer l'effet sur la stigmatisation. Puis, nous avons effectué une analyse des composantes les plus efficaces afin d'établir des propositions concrètes pour la pratique professionnelle.

Méthode :

Nous avons effectué une revue systématique de la littérature sur les bases de données Pubmed, Cinhal, Banque de Données en Santé Publique (BDSP), Google Scholar et Cochrane. Les mots-clés ainsi que la sélection des articles selon les critères d'inclusion et d'exclusion ont été prédéfinis à l'avance. La qualité a été évaluée selon les critères déterminés par les grilles de qualité de la Haute Ecole de Santé. Les données et différents résultats ont été résumés dans des tableaux récapitulatifs.

Résultats :

Notre revue incluait cinq études, dont deux essais cliniques randomisés, deux non randomisés et une étude expérimentale non contrôlée. L'analyse de la qualité a révélé que deux articles étaient de qualité positive, deux neutres et un plutôt négatif. Aucune ne regroupait une population unique de diététicien-ne-s mais plusieurs professionnels de santé ou étudiants en santé. Au total, huit questionnaires d'évaluation de la stigmatisation ont été utilisés. La majorité des interventions se déroulaient sous forme de cours multidimensionnels, une seule était sous forme de film. Toutes ont eu un effet positif sur la réduction de la stigmatisation, principalement l'explicite par rapport à l'implicite. Le maintien des résultats dans le temps n'a été évalué que dans une étude et, après 6 semaines, le taux se rapproche de celui de départ. Six questionnaires ont démontré un résultat significatif quant aux taux de stigmatisation de la population étudiée.

Conclusion :

Des interventions auprès des professionnels de santé, dont les diététicien-ne-s, sont nécessaires pour diminuer la stigmatisation de l'excès pondéral. Il est primordial qu'ils soient sensibilisés à cette problématique pour améliorer leur prise en charge. De plus, les actions devraient être plus soutenues (théorie, mise en situation, exercice, témoignages, durée et intervenants) afin de pouvoir diminuer les deux types de stigmatisation et les maintenir dans le temps. De nouvelles études sur le sujet permettraient de compléter les données actuelles.

Mots-clés : Stigmatisation, Excès pondéral, Professionnels de santé, Diététicien-ne-s, Santé Publique

1. Introduction

Le surpoids et l'obésité représentent des problèmes de santé publique de plus en plus présents dans la société actuelle. En effet, au niveau mondial en 2016, 39% des adultes de plus de 18 ans présentaient un surpoids et 13% une obésité (1). Cette prévalence a triplé entre 1975 et 2016 selon les chiffres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1). En Suisse, les données sont identiques avec 12.7% des personnes entre 18 et 75 ans souffrant d'obésité et 30.7% de surpoids (2). Dans ce travail, nous utiliserons le terme « excès pondéral » pour désigner le surpoids et l'obésité. L'excès pondéral engendre de nombreuses comorbidités développées de manière plus détaillées dans la suite de ce travail.

En ce qui concerne la stigmatisation de l'excès pondéral, nous avons constaté au travers de nos recherches, connaissances (lectures, cours, ...) et observations personnelles durant nos différents stages que celle-ci a des conséquences non négligeables sur la santé (niveau de stress, diminution de l'estime de soi, dépression, isolement social, ...). Actuellement, 45% des professionnels de santé auraient une attitude négative auprès des individus en excès pondéral, qui la perçoivent de manière péjorative (3).

Les diététicien-ne-s estiment être les mieux équipés pour prendre en charge des patients en excès pondéral, ce qui n'empêche toutefois pas la stigmatisation (3). Pour confirmer cette tendance, il a été relevé que 36% des patients obèses indiquent avoir subi de la stigmatisation de la part des diététicien-ne-s au cours d'un suivi (4). Dans une revue de littérature, la majorité des études analysées ont montré une stigmatisation par les professionnels de la nutrition et une croyance que la personne obèse est responsable de son état ainsi que de la résolution de celui-ci (5). En effet, il est difficile pour les professionnels de santé de planifier des stratégies de perte de poids s'ils sont convaincus que leurs patients sont simplement fainéants ou sans motivation (5). L'encouragement, la valorisation et l'empathie devraient pourtant faire partie intégrante de l'accompagnement de la personne en excès pondéral.

A ce jour, la stigmatisation des personnes en excès pondéral est un sujet bien étudié et chiffré. Il est donc intéressant de se tourner vers les moyens mis en place pour tenter de la diminuer. Nous axerons notre travail sur les divers programmes instaurés auprès des professionnels de santé visant à réduire la stigmatisation.

Dans ce travail, nous débuterons par un cadre de référence approfondissant les thématiques suivantes : l'excès pondéral, la stigmatisation et ses impacts puis le métier de diététicien ainsi que le contexte de travail. Dans une seconde partie, nous réaliserons une revue systématique de la littérature qui aura pour but de déterminer l'impact des programmes mis en place pour réduire la stigmatisation. La finalité sera de démontrer lesquels ont le plus d'influence positives sur celle-ci.

2. Cadre de référence

Notre sujet traitant de deux grands thèmes principaux (l'excès pondéral et la stigmatisation), il était nécessaire que nous les détaillions dans cette première partie de travail.

2.1. Surpoids et obésité

2.1.1. Définition

L'OMS définit l'excès pondéral comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse qui présente un risque pour la santé » (1). L'Indice de Masse Corporelle (IMC) ou Body Mass Index (BMI) est l'indice de référence pour le diagnostiquer. C'est un outil simple, rapide et facile d'utilisation pour quantifier la masse corporelle. Il se calcule comme ceci : $\frac{\text{taille (m)}^2}{\text{poids (kg)}} (1)$.

Les normes fixées par l'OMS (1) pour définir le surpoids et l'obésité sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Classification du poids selon le BMI (traduction libre) (6)

BMI (kg/m ²)	Classification de l'OMS
< 18.5	Sous-poids
18.5 – 24.9	Poids normal
25.0 – 29.9	Pré-obésité ou surpoids
30.0 – 34.9	Obésité grade I
35.0 – 39.9	Obésité grade II
≥ 40.0	Obésité grade III

Il est important de noter qu'un simple calcul est un bon moyen d'évaluation, mais qu'il ne mesure pas la quantité de masse maigre et masse grasse totale (7). Par exemple, un athlète avec une masse musculaire très développée présentera un BMI élevé, sans être en surpoids. Notons que, cela fait maintenant plus de 2 ans que l'Association Médicale Américaine (8) a reconnu l'obésité comme étant une maladie. Cette décision a été soutenue par des experts en santé publique et des cliniciens affirmant qu'elle obligerait les assureurs à augmenter la couverture du traitement de l'obésité (remboursements) (8).

Il existe deux types d'obésité, ayant des impacts différents au niveau métabolique :

- **Obésité androïde** : la présence de masse grasse au niveau abdominal et périviscéral est prédominante. Celle-ci influence de manière significative la prévalence de maladies métaboliques ou vasculaires. Un tour de taille dépassant 94 cm chez les hommes et 80 cm chez les femmes de population caucasienne accroîterait ce risque. C'est pourquoi il est recommandé d'ajouter la mesure du tour de taille lors de l'évaluation clinique des individus en excès pondéral (7,9).
- **Obésité gynoïde** : celle-ci est caractérisée par la présence de masse grasse au niveau des hanches et des fesses. C'est le type d'obésité majoritairement présent dans la population féminine. Le risque au niveau métabolique et vasculaire est inférieur à une obésité androïde (7).

Ziegler et al. (10) proposent une autre manière de définir l'obésité, à savoir comme une maladie éco-bio-psycho-sociale. Elle est décrite selon quatre dimensions, qui seront approfondies plus précisément dans les chapitres suivants :

Tableau 2 : Définition de l'obésité selon un modèle éco-bio-psycho-social (10)

Dimension écologique	Le mode de vie de la personne en excès pondéral agit de concert avec d'autres facteurs tels que : la faiblesse des liens sociaux, anomalies du sommeil, microbiote intestinal, ...
Dimension biologique	C'est ici qu'intervient la physiopathologie de l'obésité (tissus adipeux blanc et brun, hyperplasie et hypertrophie, ...).
Dimension comportementale	Cette dimension traite de tout ce qui intervient dans la régulation du comportement alimentaire (hormones de faim et satiété, contrôle hédonique, ...).
Dimension sociale	C'est peut-être celle qui nous intéresse le plus car elle a trait à la stigmatisation ou plutôt à la représentation de l'obésité dans la société. On peut aussi citer les divers statuts socio-économiques ou la pauvreté comme facteurs entrant en jeu dans le développement de la maladie.

Il est également possible de définir l'obésité sous l'angle sociétal. Une personne souffrant d'obésité est un individu avec un poids qui sort de la « norme » définie par la société (poids « souhaitable »). Cette norme étant différente de la définition médicale, il n'est donc pas exclu que des personnes de poids normal au niveau médical se mettent au régime pour atteindre leur poids « souhaitable », leur poids actuel étant déjà vu comme au-dessus des normes acceptables par la société (7). Ainsi, si nous prenons en compte cette définition, le nombre d'individus en « excès pondéral » augmenterait drastiquement.

2.1.2. Epidémiologie

Au niveau mondial en 2016, 39% (1,9 milliard) des adultes de plus de 18 ans présentaient un surpoids et 13% (650 millions) une obésité (1). Cette prévalence a triplé entre 1975 et 2016 selon les chiffres de l'OMS (1). En Suisse, les données sont identiques avec 12.7% des personnes entre 18 et 75 ans souffrant d'obésité et 30.7% de surpoids (2).

Au sujet de la différence entre les sexes en Suisse, le surpoids est deux fois plus présent chez les hommes (41,6%) que chez les femmes (19,6%). L'obésité touche également plus d'hommes (13,9%) que de femmes (11,6%) (2). Contrairement à l'OMS (1) qui chiffre la prévalence du surpoids à 39% des hommes contre 40% des femmes, et l'obésité à 11% des hommes et 15% des femmes. La prévalence de l'excès pondéral au niveau mondial se trouve donc principalement au niveau des femmes, ce qui n'est pas le cas en Suisse.

Autrefois l'obésité touchait principalement les pays développés (accès facilité à la nourriture), tandis qu'actuellement elle augmente aussi dans les pays en voie de développement surtout en milieu urbain (1). L'obésité engendre un taux de mortalité supérieur à celle de l'insuffisance pondérale (1). Dans les années 2000, un petit pourcentage de la population (2 à 3%) considérait l'obésité comme étant un problème de santé publique (11).

2.1.3. Etiologies

Pour expliquer les principales étiologies de l'obésité, nous allons les aborder selon celles qui diminuent les besoins énergétiques et celle qui augmentent les apports alimentaires.

Diminution des besoins énergétiques

L'estimation des besoins énergétiques individuels se base sur le calcul de la Dépense Énergétique Totale (DET). Elle est composée du métabolisme de base, de la thermogenèse alimentaire ainsi que de l'activité physique. Cette dernière est la variable la plus influençable (7). L'activité physique est définie comme « l'ensemble des mouvements corporels produits par la mise en action des muscles squelettiques et entraînant une augmentation substantielle de la dépense énergétique au-dessus du métabolisme de repos » (12). Cette définition prend en compte tout mouvement de la vie quotidienne ainsi que le sport. L'activité physique est caractérisée par sa durée, son intensité, sa fréquence ainsi que son contexte (loisir, professionnel, domicile, transport) (7). En lien avec cette définition, nous pouvons distinguer l'inactivité physique de la sédentarité (13). La première se définit comme une activité physique inférieure aux recommandations car en Suisse, l'Office Fédéral du Sport (14) conseille de pratiquer au moins 2h30 d'activité par semaine. La sédentarité est un manque d'activité entraînant une DET proche de la dépense énergétique de repos. Il s'agit tout particulièrement des activités en position assise ou allongée, c'est-à-dire dormir, regarder/travailler/jouer sur un écran (télévision, ordinateur, téléphone, tablette), lire, conduire, ... (7,13,15). Une diminution des activités physiques entraîne une diminution des besoins énergétiques d'un individu au travers de la diminution de la DET (7). L'activité physique est donc un déterminant important dans la régulation de la balance énergétique (16).

Les comportements sédentaires sont influencés par de nombreux facteurs, individuels et collectifs. Au niveau individuel, nous pouvons citer l'âge (diminution de l'activité physique entre 20 et 60 ans), le sexe (activité diminuée chez les femmes) et le statut socio-économique (association entre bas statut économique et faible taux d'activité physique). Pour les déterminants collectifs, il s'agit principalement de la présence d'infrastructures, des transports (réseau routier ou transports en commun), de la proximité des espaces verts et de leur entretien, le potentiel piétonnier (présence de trottoirs et de passage-piétons) et le sentiment de sécurité (éclairage, feux de signalisation, ...). De plus, l'augmentation de la disponibilité des écrans (téléphone, tablette, télévision, ordinateur, ...) dans toutes les tranches d'âge ainsi que dans beaucoup de contextes (loisirs, domicile, école, travail) amplifie les comportements sédentaires (7).

Il est intéressant de souligner que l'association entre un faible taux d'activité physique et l'augmentation des risques pour la santé (obésité, diabète, cancer du sein et du côlon, maladies cardiovasculaires, ...) est bien établie (7,16). L'OMS (16) déclare même que la sédentarité est le quatrième facteur de risque de décès au monde.

La nicotine contenue dans le tabac engendre une augmentation d'environ 10% de la Dépense Énergétique de Repos¹ (DER), provoquant une perte pondérale chez les fumeurs (proportionnelle au nombre de cigarettes fumées par jour) (17,18). Cette substance agirait également sur les sensations de faim et de satiété. Lors de l'arrêt du tabac, une prise pondérale modérée (2,5 à 5 kg) peut survenir (18). Il est également possible de retrouver des comportements alimentaires compensatoires suite à l'arrêt du tabac (augmentation des apports alimentaires), entraînant également une prise pondérale (17,18).

Un dernier facteur influençant la DET est l'âge. Une réduction physiologique de la masse maigre (diminuant la DER) apparaît à partir de 40 ans. De plus, une baisse de l'activité

¹ La DER est composée uniquement du métabolisme de base et de la thermogenèse alimentaire.

physique survient progressivement avec l'âge. Un changement du comportement alimentaire (ou d'un maintien des habitudes) induirait aussi une prise pondérale (17,19).

Aspect génétique

Dans le cas des obésités « communes », la génétique intervient principalement sur la masse adipeuse et sa répartition. Les facteurs de surpoids sont transmis à 25-40% par hérédité. Cependant, il est nécessaire d'avoir un environnement prédisposant à la prise pondérale pour que les gènes s'expriment (7,20).

Il existe plusieurs types d'obésité dites « syndromiques », par exemple le syndrome de Prader-Wili. Il se caractérise par une anomalie hormonale menant à une augmentation importante de la ghréline (hormone de la faim), entraînant alors un appétit démesuré et une prise pondérale conséquente. Dans les obésités « monogéniques », il s'agit principalement d'un défaut de synthèse de la leptine ou de ses récepteurs (proopiomélanocortine (POMC)). La leptine étant l'hormone régulant la prise alimentaire, les individus souffrant d'une obésité monogénique ont une prise pondérale importante en lien avec une intensification de la prise alimentaire (7).

L'hypothèse du « phénotype économe » a été explicitée dans de nombreux écrits afin d'expliquer la pandémie d'obésité ainsi que l'obésité à la suite d'une naissance prématurée ou d'une malnutrition in-utéro. En effet, dans l'histoire, l'homme a vécu beaucoup de périodes de famine. Il aurait alors développé un gène économe, lui permettant d'augmenter la lipogenèse et la production de glucose hépatique pour résister aux épisodes de famine. Cependant, dans la société moderne, cette capacité de stockage nous est préjudiciable et favoriserait la prise pondérale (7).

Augmentation des apports alimentaires

Alimentation-environnement

Un aliment est défini par plusieurs caractéristiques : sa composition nutritionnelle, sa densité énergétique ainsi que ses propriétés physiques (texture) et sensorielles (goûts, saveurs, ...) (7,21). Il est important de tenir compte de toutes les caractéristiques des aliments car elles ont toutes un impact différent sur la prise pondérale en influençant l'environnement, l'état émotionnel ou le rassasiement.

La densité énergétique se définit par le nombre de kilocalories (kcal) selon le poids/volume. Un aliment à densité énergétique élevée apporte beaucoup de kcal dans peu de volume (7). Il a été démontré qu'une prise alimentaire ne se caractérisait pas en nombre de kcal mais en grammes (g). Dans ce cas, la densité énergétique influence le bilan énergétique/calorique : un repas de 400-500 g. d'aliments à faible densité énergétique sera moins calorique qu'un même repas avec des aliments à densité énergétique élevée (7). De plus, une densité énergétique élevée est associée à un faible effet satiétogène, influençant la surconsommation alimentaire (21).

La palatabilité d'un aliment est la capacité de celui-ci à procurer du plaisir et est en partie liée à la densité énergétique de l'aliment. Elle est particulièrement associée à la présence de lipides et de glucides dans un aliment (7,21). Il est important de nuancer que cette palatabilité est aussi en lien avec les préférences de chaque individu et de la situation émotionnelle et physique dans laquelle l'aliment est consommé. De manière générale, le corps devrait être capable de réguler les prises caloriques de chaque repas et de compenser un repas trop riche. Cependant, la palatabilité interfère cette régulation, car elle apporte du plaisir (7).

La texture d'un aliment influence également la quantité ingérée. En effet, les calories sous forme liquide (boissons sucrées, lactées, ...) n'influencent pas la régulation des prises alimentaires, mais participent à la régulation des apports hydriques. De plus, la mastication

permet de ressentir le rassasiement. Les boissons liquides ne demandant pas de mastication et la vitesse d'ingestion étant élevée, le rassasiement est nettement moins perceptible (7,22). L'ingestion de calories sous forme liquide favorise une prise pondérale : le risque de développer une obésité augmente de 60% pour chaque verre de boissons sucrées quotidien (7).

Une autre composante alimentaire augmentant les apports énergétiques est l'alcool. En effet, à poids égal, l'alcool apporte plus de kcal que les glucides ou les protéines et s'ajoutent au total de calories consommées sur la journée, sans action compensatoire au prochain repas (aliment liquide). De plus, le corps ne pouvant ni le métaboliser ni le stocker, il va être oxydé rapidement. L'oxydation des lipides va donc être stoppée, en favorisant leur stockage dans le tissu adipeux. Il est important de noter que, lors d'une consommation excessive et chronique d'alcool, une perte pondérale est plus prévalente (l'alcool remplaçant l'alimentation). En revanche, dans la situation d'une prise de poids, il s'agit principalement de l'alcool consommé régulièrement, sans diminution des prises alimentaires (7,23).

L'environnement dans lequel un individu se trouve agit également sur son comportement alimentaire. Les caractéristiques d'un environnement favorisant les prises alimentaires sont principalement : (7,17,23–25)

- L'accès quasi illimité à l'alimentation
- L'accès facilité aux aliments prêts à consommer, caractérisé par :
 - o Une diminution du coût des aliments à densité énergétique élevée
 - o Une augmentation du nombre de distributeurs alimentaires dans des points stratégiques (poste, cafétéria, kiosque, stations-services, ...)
 - o Un élargissement des horaires d'ouverture des magasins
- La diversité alimentaire
- La surabondance de produits à haute densité énergétique
- L'augmentation des repas pris hors-domicile, caractérisés par :
 - o Une consommation augmentée de produits riches en lipides
 - o Une diminution des fibres alimentaires
- L'augmentation des tailles des portions des repas pris hors-domicile
- La simplification des repas, caractérisée par :
 - o Une diminution des portions de légumes
- Une déstructuration des prises alimentaires et déritualisation des repas, caractérisées par :
 - o Des repas sautés
 - o La présence de collations ou de grignotages interprandiaux
 - o La présence d'écrans aux repas
 - o Moins de temps accordé aux repas (en moyenne moins de 15 minutes)
- L'abondance de messages promotionnels concernant la quantité alimentaire (family ou multi pack, ...)
- Une valorisation des produits allégés ou « sains », entraînant :
 - o Une sous-estimation de la teneur en kcal de ces aliments et donc leur surconsommation
- Une augmentation de la prise alimentaire lors de repas conviviaux, en lien avec :
 - o Une augmentation du temps passé à table

Déterminants psychologiques

L'approche psychologique de l'obésité permet de comprendre certains comportements alimentaires qui conduisent à une prise pondérale. Bien qu'il n'existe pas de profil

psychologique typique de la personne en excès pondéral certains mouvements de la psychologie expliquent l'attrait pour l'alimentation (17,23).

Selon la psychanalyse, l'obésité serait caractérisée par une phase orale très marquée et persistante à l'âge adulte. Tout ce qui passerait par la cavité orale apporterait à l'individu un immense plaisir. La recherche du plaisir par l'alimentation expliquerait des apports alimentaires augmentés (7,26). Selon la psychologie comportementale, certains individus seraient plus sensibles que d'autres à tout stimulus venant autant de l'extérieur (perceptions sensorielles) que de l'intérieur (internes à l'organisme : sensation de faim, satiété, ...). Cette sensibilité rendrait l'alimentation irrésistible lorsqu'elle est à disposition (7,23,26,27).

D'un point de vue psychosomatique, l'acte de manger devient un phénomène auto-agressif ou auto-calmant. En effet, l'action de « remplissage » alimentaire a pour effet de calmer des carences affectives, de mécanisme de défense face à certaines situations ou émotions, de diminuer le stress ou l'angoisse, mais a également le rôle de punition (en réaction à des situations non contrôlées, des conflits, de la colère, ...) (7,17,23).

La société prônant la minceur dans laquelle nous vivons aujourd'hui ne fait qu'aggraver ces comportements alimentaires compensatoires. Effectivement, les individus en excès pondéral se trouvent régulièrement en situation d'échec, à cause de nombreuses pertes de poids suivies de reprises pondérales importantes. Cet échec est d'autant plus difficile à accepter car il est visible par la société. Ceci engendre une baisse de l'estime de soi, de la honte, du dénigrement ou de la culpabilité, ayant un impact sur la prise alimentaire. Un cercle vicieux s'installe, enfermant la personne souffrant d'obésité dans son comportement alimentaire non approprié (7,23). À ceci s'ajoutent la restriction cognitive engendrée et toutes ses conséquences, que nous aborderons dans le chapitre 2.1.5 des impacts de l'obésité.

Médicaments obésogènes

Certains médicaments ont un impact sur le développement d'une obésité. La plupart influencent l'appétit mais également la rétention hydrosodée. Les médicaments pouvant engendrer une prise pondérale sont (7,9,17):

- Les glucocorticoïdes
- Les oestroprogestatifs
- Les anti-inflammatoires non-stéroïdiens
- Les anti-diabétiques (insuline, glitazone)
- Les neuroleptiques
- Les antidépresseurs (lithium)
- Les antiépileptiques (valproate)
- Les anti-migraineux (flunarizine)
- Les anti-hypertenseurs (bêta-bloquants)
- L'hormonothérapie
- Les antihistaminiques
- ...

Tableau 3 : Résumé des événements de vie influençant la prise pondérale (17)

<ul style="list-style-type: none"> • histoire familiale d'obésité • changements d'habitudes de vie (mariage, divorce, retraite, d'éménagement, ...) • grossesse • ménopause • arrêt du tabac • arrêt de l'activité physique • dépression • stress psychologique et/ou social • médicaments • endocrinopathies • tumeurs et/ou traumatismes crâniens • régimes et fluctuations pondérales répétées (syndrome yo-yo)
--

Le tableau ci-dessus résume les événements de vie pouvant engendrer une prise pondérale (17). En conclusion, les facteurs influençant la prise alimentaire et les besoins énergétiques sont multiples et s'inter-influencent. L'obésité est un phénomène complexe qui ne se résume pas uniquement à un apport énergétique qu'il faudrait réduire par simple volonté. De plus, l'environnement actuel favorise l'augmentation des apports alimentaires et la diminution des dépenses énergétiques (27).

2.1.4. Développement de la maladie

Lors d'une situation de stabilité pondérale, les apports énergétiques sont équivalents aux dépenses énergétiques de l'organisme. L'excès pondéral survient lorsque la balance énergétique est déséquilibrée et devient positive (apports étant supérieurs aux dépenses), influencée par des facteurs vus précédemment (1). En effet, l'apport énergétique par l'alimentation est augmenté et n'est pas éliminé de façon suffisante, créant ainsi un stock d'énergie sous forme de triglycérides dans le tissu adipeux. Il est également possible que les apports alimentaires restent similaires mais que l'activité physique diminue, engendrant également un déséquilibre énergétique (7). Cependant, l'obésité ne se résume pas à la surconsommation d'un nutriment particulier, mais de l'échec de la régulation pondérale (23).

L'augmentation du stockage total de graisse corporelle s'explique par une hypertrophie (augmentation de la taille) et/ou une hyperplasie des adipocytes (augmentation du nombre). L'hypertrophie est une augmentation de la capacité de stockage des triglycérides due à une hyperinsulinémie. La lipoprotéine-lipase est stimulée de manière accrue par l'insuline afin d'hydrolyser activement les triglycérides présents dans le sang pour les stocker. Les adipocytes ne pouvant s'étendre à l'infini, une augmentation du nombre de cellules va être mise en place si leur diamètre atteint 150 µm, en lien avec une balance énergétique maintenue positive. C'est ce qu'on appelle l'hyperplasie. De nombreuses hormones interviennent dans le processus d'hyperplasie, telles que les glucocorticoïdes, l'insuline, les hormones thyroïdiennes ainsi que le système vasculaire et nerveux. La création d'un nouvel adipocyte survient après une différenciation des pré-adipocytes (7).

Lors d'une balance énergétique positive chronique, une hypertrophie adipocytaire va se produire dans un premier temps, puis une hyperplasie. Cette dernière augmentant le volume du tissu adipeux, la vascularisation et le nombre de capillaires présents vont diminuer, entraînant un dysfonctionnement des adipocytes. Une apoptose cellulaire survient à long terme, menant à un recrutement de macrophages et de lymphocytes T pro-inflammatoires

autour des cellules nécrosées. Ceci conduit à une diminution de la capacité de différenciation des pré-adipocytes et une inflammation locale. Un processus de fibrose du tissu adipeux va alors se mettre en place induisant une inflammation systémique et une résistance à l'insuline. C'est par ce procédé qu'une prise pondérale évolue en maladie systémique avec de multiples conséquences (7,23). Selon le Traité de Médecine et Chirurgie de l'Obésité (7), la prise pondérale est composée de plusieurs phases :

Tableau 4 : Phases d'installation de l'excès pondéral comme maladie chronique (7)

1) Phase préclinique	Dans cette phase nous retrouvons le caractère génétique de l'obésité ainsi que des événements lors de la grossesse influençant la prise de poids de l'enfant (diabète gestationnel). Cette phase inclut également les premiers signes de développement de l'obésité (prise pondérale, détérioration du comportement alimentaire, diminution de l'activité physique).
2) Phase clinique initiale	C'est ici que nous retrouvons la prise pondérale excessive jusqu'au stade d'obésité. Celle-ci est accompagnée d'une augmentation du tissu adipeux.
3) Phase en plateau	Il s'agit d'une phase de stabilisation pondérale avec la chronicisation de la maladie.
4) Phase de perte pondérale	Celle-ci peut être mise en place grâce à différentes alternatives (changement du comportement alimentaire, régime, médicaments, activité physique, chirurgie bariatrique, ...).
5) Phase de rechute	Il est cependant important de noter qu'une perte pondérale est régulièrement agrémentée d'échec et d'une reprise pondérale. Dans cette phase, l'individu retrouve son poids initial, voire subit une prise pondérale plus conséquente.

Il est également possible de schématiser cette évolution pondérale, comme dans le graphique ci-dessous :

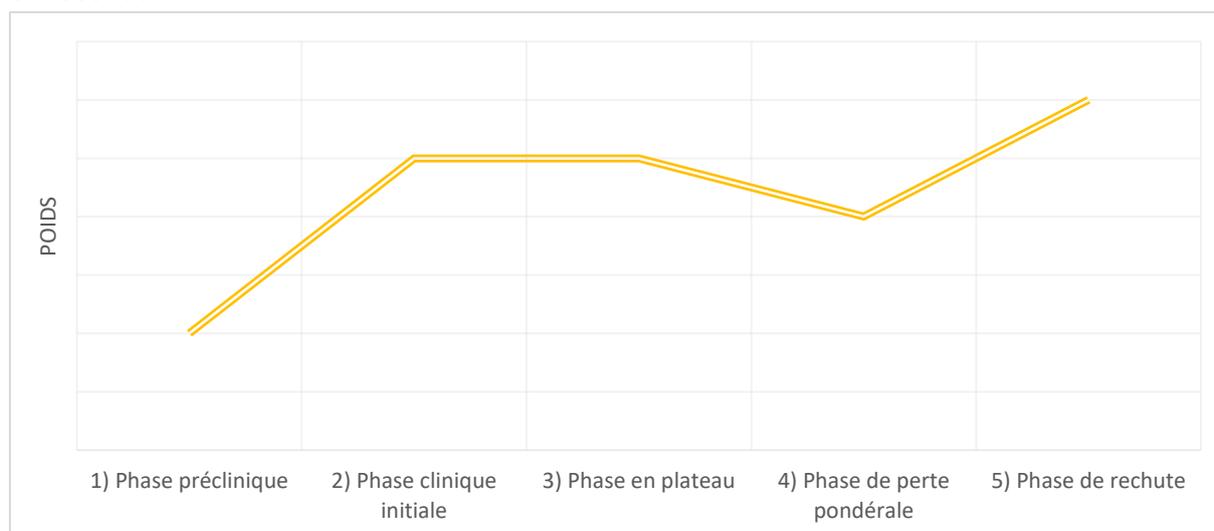


Figure 1. Evolution pondérale dans l'installation chronique de l'obésité

C'est en lien avec ces différentes phases qu'il est possible d'expliquer le phénomène yoyo souvent rencontré dans la population souffrant d'excès pondéral. Il s'agit de pertes pondérales et de rechutes à répétition, induisant une prise pondérale toujours plus importante (7,17,20). De plus, l'hyperplasie, contrairement à l'hypertrophie, est irréversible malgré une perte de poids (7,23). Les adipocytes restent à disposition afin de stocker à nouveau des triglycérides en cas de balance énergétique à nouveau positive. C'est pourquoi, une reprise de poids après une perte pondérale chez un individu en excès pondéral est un phénomène fréquent et facilité (7).

Afin de compléter le développement de la maladie, il est nécessaire d'aborder la nature du tissu adipeux ainsi que la régulation des prises alimentaires. Nous trouvons deux types de tissus adipeux dans le corps humain : le tissu adipeux blanc et le tissu adipeux brun. Ce dernier a pour fonction de générer de la chaleur via la thermogenèse adaptative induite par du froid ou une prise alimentaire (7). Le tissu adipeux blanc a trois fonctions bien distinctes : stockage, protection mécanique et endocrine. Cette dernière est en lien avec la faculté du tissu adipeux à sécréter des adipokines. Une d'entre-elles, la leptine, participe à la régulation de la prise alimentaire. Elle est appelée « hormone de la satiété » car elle inhibe la prise alimentaire lorsque les adipocytes sont saturés en triglycérides. A contrario, lorsque la taille des adipocytes diminue, la sécrétion de leptine se stoppe et la prise alimentaire s'enclenche. Les effets de la leptine sont en lien avec l'activation du neuropeptide proopiomélanocortine (POMC) dans le noyau arqué de l'hypothalamus (7,27). Dans une situation d'obésité, un processus de résistance à la leptine se met en place et inhibe donc la régulation du comportement alimentaire, favorisant les apports alimentaires réguliers (7).

D'autres processus interviennent dans la régulation de la prise alimentaire. La ghréline, « hormone de la faim », est sécrétée dans le fundus de l'estomac et a pour fonction d'activer des neurones favorisant la prise alimentaire, situés dans le noyau arqué de l'hypothalamus : neuropeptide Y (NPY) et agouti related peptide (AgRP) (7,27).

Une régulation de la prise alimentaire par le système hédonique est également à prendre en compte dans le développement de l'obésité. Il correspond à un système de récompense, pouvant être activé par l'alimentation. Il est composé de trois mécanismes : l'apprentissage, le plaisir (*liking*) et le désir (*wanting*). Le mécanisme du plaisir permet de déterminer les goûts alimentaires (j'aime – je n'aime pas) et active les systèmes opioïdiques et endocannabinoïdes de l'organisme. Le processus du désir accentue les prises alimentaires car il influence les motivations à manger en activant le système dopaminergique. Lorsque la motivation de la prise alimentaire est trop importante, il est possible de parler de « craving » (définie comme une envie irrépressible de manger) (7,28).

2.1.5. Impacts ou comorbidités

Impacts physiques

Comme nous l'avons vu précédemment, l'obésité est une maladie systémique ayant de nombreuses conséquences physiques et comorbidités. Le tableau ci-dessous en expose les principales :

Tableau 5 : Conséquences physiques de l'obésité (1,7,9,20,27,29)

Troubles métaboliques	Dyslipidémie (hypercholestérolémie, hypertriglycémie), insulino-résistance et diabète de type 2, pathologies rénales (lithiase)
Troubles cardio-respiratoires	Maladies cardiovasculaires (MCV) (hypertrophie ventriculaire gauche, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, troubles du rythme cardiaque, pathologies thrombo-emboliques), Pathologies respiratoires (hypertension artérielle pulmonaire, syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS), asthme)
Troubles gastro-intestinaux	Reflux gastro-œsophagien, stéatose hépatique non-alcoolique, hernie hiatale
Troubles musculosquelettiques	Arthrose, douleurs articulaires
Troubles gynéco-obstétricaux	Syndrome des ovaires polykystiques, infertilité et risque lors de grossesse (diabète gestationnel, macrosomie, ...)
Cancers	Œsophage, pancréas, colorectal, seins, reins et endomètre

Impacts psychologiques

Un des impacts psychologiques de l'obésité est la restriction cognitive. En effet, face à la pression sociale autour de la minceur (que nous détaillerons dans un autre chapitre) ou les enjeux de santé, la personne souffrant d'obésité tente de maintenir ou de perdre du poids en contrôlant ses apports alimentaires. Cet état de restriction cognitive commence par une phase d'inhibition du comportement et des sensations alimentaires. L'individu met en place des règles de consommation de certains aliments en termes de quantité et/ou de qualité. Les cognitions prennent donc la place des sensations alimentaires afin de réguler les prises alimentaires. Cependant, la peur de perte de contrôle de l'alimentation reste bien présente et induit une surconsommation des aliments « autorisés » afin d'éviter cette situation. De plus, cette restriction importante du comportement alimentaire habituel est difficile à maintenir et rend les individus plus sensibles aux stimuli sensoriels des aliments. Une désinhibition et une perte de contrôle sont principalement déclenchées par des événements stressants, de fortes émotions, l'exposition aux aliments « interdits », un malaise physique ou psychologique, ou encore la consommation d'alcool. Dans cette deuxième phase, l'individu va consommer de la nourriture jusqu'à s'en rendre mal, afin de combler toute la frustration accumulée durant la phase de restriction. Il s'agit donc d'un phénomène d'inversion de la régulation alimentaire imposée. Ce phénomène pousse l'individu à remettre en place une restriction alimentaire, et s'inscrit dans un cercle vicieux. Les déterminants principaux de cette restriction cognitive sont : socioculturel (idéal minceur), environnementaux (infrastructures) et psychologiques (troubles de l'humeur, baisse de l'estime de soi) (7,26). Les phases de perte de contrôle ont de nombreux impacts psychologiques : honte, désespoir, baisse de l'estime de soi, etc. Il a été démontré que les patients souffrant d'excès pondéral ayant souvent tenté de perdre du poids

seraient plus enclins à souffrir d'anxiété, de dépression, d'une faible estime de soi ou encore d'une qualité de vie réduite (9,27,30,31).

Impacts sociaux

L'obésité étant une maladie chronique visible, les personnes en excès pondéral souffrent de répercussions au niveau social. En effet, il est courant de retrouver un repli sur soi ou une désinsertion sociale de la part d'un individu en excès de poids. Ceci entraîne une diminution des contacts sociaux, une marginalisation, moins d'études supérieures, etc. (7,31). Il est difficile de déterminer si la source de ces impacts sociaux est la conséquence de l'obésité ou de la stigmatisation y étant liée. Nous compléterons cette interrogation lors du chapitre 2.2.5. : Impacts de la stigmatisation.

2.1.6. Prise en charge de l'obésité

En 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS) (9) a publié les recommandations de bonne pratique pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'adulte. Celles-ci s'adressent aux professionnels de la santé qui prennent en charge des patients en situation d'excès pondéral. Les principaux enjeux mis en avant pour cette prise en charge sont les suivants (9):

1. Au niveau de la santé publique, il est nécessaire de remettre en cause les schémas de dépistage et de prise en charge de l'obésité suite à l'augmentation rapide et croissante de la prévalence du surpoids et de l'obésité.
2. Au niveau individuel, il est primordial d'améliorer la qualité et l'espérance de vie du patient.
3. Au niveau économique, les coûts engendrés par le surpoids et l'obésité atteignent entre 2 à 7% des dépenses de santé.

Pour ce qui est du dépistage de l'obésité, la HAS (9) recommande de systématiquement calculer le BMI, peser le patient et mesurer la taille et le tour de taille, si possible à chaque consultation. Il est aussi important de rechercher les facteurs qui favorisent la prise de poids (apports énergétiques excessifs, sédentarité, consommation excessive d'alcool, arrêt du tabac, médicaments, ...). Afin de poser un diagnostic, il est recommandé d'effectuer la mesure du tour de taille pour toute personne ayant un BMI égal ou supérieur à 25 kg/m² et inférieur à 35kg/m². De plus, la mesure de la composition corporelle par impédancemétrie ne serait pas recommandée en médecine de premier recours (9).

Suite au dépistage, l'OMS recommande d'agir sur 4 axes principaux (32) :

1. Prévenir la prise de poids
2. Maintenir le poids
3. Traiter les comorbidités
4. Favoriser la perte de poids

La HAS (9) a établi des recommandations selon le profil des patients (surpoids ou obésité) présentées dans le tableau ci-dessous. Le surpoids et l'obésité étant des maladies chroniques, il est nécessaire qu'elles soient suivies dans le temps. La fréquence des consultations doit être adaptée au patient et à son objectif (9).

Tableau 6 : Objectifs thérapeutiques par degrés d'excès pondéral selon la HAS (9)

Patients en surpoids	
AE	<p>Il n'y a aucun argument pour inciter à perdre du poids un patient en simple surpoids stable et sans comorbidité associée, mais il est important de prévenir une prise de poids supplémentaire.</p> <p>Quand son tour de taille est élevé (≥ 80 cm chez la femme, ≥ 94 cm chez l'homme), l'objectif est de prévenir une prise de poids supplémentaire et de réduire le tour de taille car un tour de taille élevé est un facteur de risque de diabète et de maladie cardio-vasculaire (indépendamment de l'IMC).</p> <p>En cas de comorbidité associée, l'objectif est de perdre du poids et/ou de réduire le tour de taille.</p>
Patients avec une obésité	
AE	<p>Il est recommandé d'avoir pour objectif une perte pondérale de 5 % à 15 % par rapport au poids initial. Cet objectif est réaliste pour l'amélioration des comorbidités et de la qualité de vie.</p> <p>Il est recommandé de prendre en charge les comorbidités associées.</p> <p>Le maintien de la perte de poids est essentiel.</p> <p>Stabiliser le poids est déjà un objectif intéressant pour les personnes ayant une obésité qui sont en situation d'échec thérapeutique.</p> <p>Il faut être attentif à l'amélioration du bien être, de l'estime de soi et de l'intégration sociale du patient.</p>

L'Academy of Nutrition and Dietetics (19) a, elle aussi, pris position quant à la prise en charge et au traitement de l'excès pondéral chez les adultes. Tout d'abord une évaluation complète de la situation devrait être réalisée en suivant le Processus de Soins en Nutrition (PSN) (33). Il est aussi primordial d'évaluer la motivation et la prédisposition au changement. En ce qui concerne la perte de poids, un maximum de 500 g à 1 kg par semaine tout en adoptant un mode de vie sain (amélioration des habitudes alimentaires, comportementales et de l'activité physique), est recommandé. Un déficit calorique de plus de 500 kcal/j ou une réduction des apports ciblés seraient une stratégie de traitement adéquate. L'Academy of Nutrition and Dietetics (19) recommande de pratiquer entre 1,5 h à 7 h d'activité physique par semaine, voire d'avantage. Le rôle des diététicien-ne-s est central dans la prise en charge de ces patients (34).

En Suisse, les modalités de prise en charge varient grandement d'un établissement à l'autre. Dans les deux hôpitaux universitaires de Suisse romande (CHUV et HUG), des programmes sont spécialement mis en place pour traiter principalement le surpoids et l'obésité infantile (Hôpitaux Universitaires de Genève : programme *Contrepoids*, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois : programme *Grandir En Forme*) (35,36).

En 2016, l'Association Suisse pour l'Etude du Métabolisme et de l'Obésité (ASEMO) (27) a réalisé un consensus sur le traitement de l'obésité. Le traitement devrait comporter une prise en charge médicale et multidisciplinaire avec une approche comportementale et nutritionnelle qui intègre de l'activité physique et prend en compte l'aspect psychologique. Afin d'illustrer les

divers échelons de la prise en charge de l'obésité, l'ASEMO (17) a établi le schéma ci-dessous :

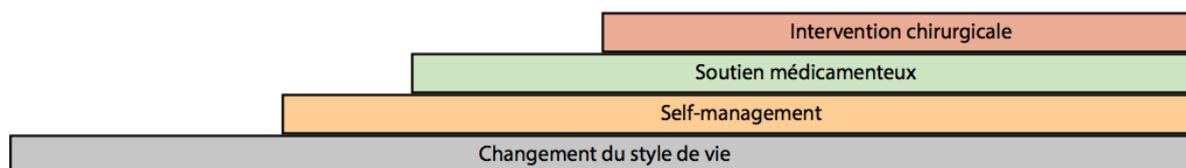


Figure 2. Schéma échelonné de la prise en charge de l'obésité (27)

Toujours en 2016, la Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie (SSED) (37) a réalisé un « Guide Pratique Contre l'Obésité », en partenariat avec la Confédération suisse. Il s'adresse aux médecins ainsi qu'aux autres professionnels de la santé. Il propose notamment un algorithme pour traiter le surpoids et l'obésité (annexe I). Il est organisé selon 3 axes principaux qui sont : les outils nécessaires afin d'établir un lien de confiance avec le patient (composantes de la motivation, principes de base pour la conduite d'un entretien, comment mener un entretien motivationnel), la phase de diagnostique (facteurs influençant l'excès de poids, état général, motivation aux changements, comorbidités associées) et la phase de traitement (traitement médicamenteux des comorbidités, conseils nutritionnels, activité physique, soutien psychologique et conseil en diabétologie) (37).

Modifications thérapeutiques du mode de vie

Les modifications thérapeutiques du mode de vie sont les nouveaux termes utilisés pour définir les interventions sur l'alimentation, l'activité physique, la sédentarité, le sommeil, le rythme de vie, etc. Celles-ci sont à définir selon la situation unique des patients. Autrefois, les termes « mesures hygiéno-diététiques » ou « mesures comportementales » étaient utilisés (10). Divers organismes exposent des recommandations en matière de nutrition et d'activité physique surtout. Nous avons choisi d'en détailler certaines ci-dessous.

Pour les conseils diététiques, les recommandations de la National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (38) préconisent que les modifications alimentaires soient personnalisées et adaptées aux préférences, et tendent à réduire les apports énergétiques. Les régimes non-équilibrés ne doivent pas être recommandés, car ils sont inefficaces à long terme. L'apport énergétique total doit être plus faible que la dépense énergétique. Afin d'obtenir une perte de poids durable, une restriction calorique de 600 kcal par jour ou des régimes pauvres en lipides établis par un expert peuvent être recommandés. A long terme, un régime équilibré serait préconisé (38).

Les recommandations de l'Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) (39) sont les suivantes : l'apport énergétique total doit être plus faible que la dépense énergétique ; les régimes pauvres en glucides permettent une perte de poids à court terme (3 à 6 mois) mais l'efficacité à long terme n'a pas encore été suffisamment étudiée ; les régimes hypocaloriques engendrent une perte de poids modérée s'ils sont suivis durant 3 à 18 mois ; les régimes pauvres en lipides permettent également une perte de poids modérée après 3 à 6 mois (39).

Au final, les recommandations européennes (40) affirment que : la tenue d'un carnet alimentaire peut se révéler utile pour l'évaluation qualitative et quantitative de l'alimentation ; les conseils doivent encourager une alimentation équilibrée (diminuer la densité énergétique des aliments et des boissons, réduire la taille des portions, éviter le grignotage, éviter de sauter des repas, analyser et réduire les comportements de perte de contrôle ou d'hyperphagie) ; la restriction des apports énergétiques doit être individualisée et prendre en compte les habitudes alimentaires, l'activité physique, les comorbidités et les tentatives de régimes antérieures ; une

baisse des apports de 15 à 30% par rapport aux apports habituels serait suffisante et adaptée (40).

En ce qui concerne les mesures visant à augmenter l'activité physique (qui englobe les loisirs, les déplacements, les activités professionnelles, les tâches ménagères, les activités ludiques et les sports), la HAS (9) recommande : d'analyser les activités quotidiennes du patient ; favoriser l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) pour encourager les patients à augmenter leur taux d'activité physique ; présenter l'activité physique comme indispensable (au même titre que le sommeil et l'hygiène corporelle) (9).

En Suisse, l'ASEMO (27) recommande de remplir un carnet alimentaire sur une durée de sept jours comprenant au moins deux jours de weekend dans le but de mieux comprendre les habitudes du patient. Dans un premier temps, elle insiste sur le comportement alimentaire (retrouver ou reconnaître ses sensations physiologiques de faim ou satiété) et l'importance de manger en pleine conscience. Dans un second temps, elle recommande de se focaliser sur l'aspect qualitatif de l'alimentation. La prise en compte de l'aspect quantitatif est, quant à elle, peu recommandée. Evidemment, l'activité physique est aussi mise en avant. Les activités de la vie quotidienne (marcher, prendre les escaliers, ...) devraient être augmentées dans un premier temps. Puis, le patient pourra augmenter graduellement son taux d'activité physique tout en privilégiant le plaisir (27).

Médicamenteux

Actuellement, il existe sur le marché pharmaceutique un médicament dénommé « *Orlistat* » qui semblerait pouvoir agir sur la perte de poids. Selon la HAS (9), la prescription de l'*Orlistat* pour la perte de poids ne serait pas recommandée, ceci en raison de l'efficacité modeste, des effets indésirables et des interactions avec d'autres médicaments. Enfin, l'ASEMO (27), indique que le traitement pharmacologique peut être un support utile pour la prise en charge de l'obésité si les mesures comportementales et diététiques se sont montrées inefficaces. Une médication ne serait à prescrire uniquement pour des patients ayant un BMI supérieur à 30 kg/m² ou supérieur à 25 kg/m² avec au moins une comorbidité. Ils mettent aussi en garde qu'actuellement plusieurs médicaments sont commercialisés mais que l'on ne dispose pas encore de suffisamment d'études sur le long terme qui prouvent leur efficacité (27).

Chirurgical

En Suisse, le groupe de travail du Swiss Study Group for Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB) (20) a rédigé des « Directives pour le traitement chirurgical de l'obésité ». Celles-ci sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2018. Les indications émises pour un recours à la chirurgie bariatrique sont les suivantes : un BMI supérieur ou égal à 35 kg/m², l'échec d'un traitement d'au moins deux ans (si le patient présente un BMI supérieur ou égal à 50 kg/m², une année suffit), le consentement du patient et son engagement par écrit pour un suivi postopératoire avec l'équipe multidisciplinaire (chirurgien entraîné, spécialiste en médecine interne, psychiatre, diététicien-ne spécialisé-e, physiothérapeute). Les contre-indications relatives sont nombreuses, par exemple : une grossesse en cours, une cirrhose de Child B/C, une insuffisance rénale sévère sans dialyse, des troubles psychiques sérieux ou une compliance estimée insuffisante, etc. Suite à cela, l'intervention se déroulera dans un centre de chirurgie bariatrique reconnu par la SMOB. En ce qui concerne la prise en charge des patients, il est nécessaire d'effectuer les démarches suivantes : une évaluation par l'équipe multidisciplinaire de la situation du patient, informer, effectuer des investigations préopératoires (état de santé actuel, consultation diététique et psychiatrique, investigations de routine de l'abdomen, ...), préparer l'hospitalisation et assurer un suivi à long terme (20). Il faut compter plusieurs mois de préparation avant d'obtenir une date opératoire (41).

Il existe un manque de données scientifiques actuelles quant à l'utilisation des divers procédés chirurgicaux adéquats pour chaque patient. Le chirurgien a la responsabilité d'établir le meilleur procédé opératoire. Actuellement, il existe deux principaux types d'interventions chirurgicales. La première est le by-pass gastrique (opération la plus courante). Celle-ci consiste à réduire la taille de l'estomac en une petite poche d'environ 20-30 ml. Cette technique associe donc une restriction (volume) et une malabsorption (dûe au nouveau montage) (41,42). Le second type d'opération est la sleeve gastrectomy. Elle est moins fréquemment utilisée. Elle consiste à supprimer environ $\frac{2}{3}$ de l'estomac (qui est complètement retiré du corps contrairement au by-pass). Elle agit donc uniquement sur le volume. Généralement, la perte de poids est un peu moins conséquente avec la sleeve (42).

Psychologique

Lorsqu'une personne souffre d'une maladie chronique, elle va devoir apprendre à vivre avec sa maladie ou apprendre à s'y adapter. La HAS (9) recommande une approche psychologique pour les patients en excès de poids réalisée par le médecin ou par un spécialiste. Il est aussi à noter que toute approche qui favorise la relation, l'ETP et la modification des comportements peut être utilisée (9). L'ASEMO (27) propose de travailler sur l'état psychique ou émotionnel et le lien avec les situations stressantes et le désir de manger via une approche cognitivo-comportementale. Pour faire face à cette maladie chronique, la personne peut notamment mettre en place différentes stratégies dites de « coping ». Ce concept a été développé par Lazarus et Folkman (43). Dans leur ouvrage, il est défini ainsi : « façon de s'ajuster à une situation stressante et la mise en place d'une réponse pour y faire face pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celle-ci sur notre bien-être physique et psychique » (43). A titre d'exemple on peut citer le *Brief COPE* établi par Carver et al. (44) qui fait un inventaire des stratégies de coping : le coping actif, la planification, la recherche de soutien social pour des raisons instrumentales ou émotionnelles, l'expression de sentiments, la distraction, le désengagement comportemental, le blâme, l'humour, la réinterprétation positive ou encore le déni.

Education thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique peut se définir en quatre points principaux (45) :

1. « Former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de la maladie.
2. L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux.
3. L'éducation thérapeutique du malade comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement.
4. La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants. »

En 2014, un rapport sur l'éducation thérapeutique et le parcours de soins de la personne obèse a été publié par Ziegler et al. (10). Il met en avant l'importance d'une prise en charge par une équipe pluriprofessionnelle et multidisciplinaire. Ainsi, l'ETP devrait faire partie intégrante du parcours de soins de la personne malade. L'approche pédagogique dans laquelle le soignant est éducateur et le patient partenaire, où la relation d'aide dans laquelle le but principal est de soulager le patient de sa souffrance sont des éléments clés de l'ETP. Cette approche par l'ETP amène aussi le patient à faire face à sa maladie en trouvant des stratégies de coping. Afin de pouvoir mettre en place les modifications thérapeutiques du mode de vie, il est essentiel que le patient apprenne ou connaisse sa maladie et son traitement, les bases de l'alimentation, le rôle de l'activité physique, les comportements et mode de vie à adopter, et la gestion des comorbidités. Ces apprentissages passent bien-sûr par des objectifs adaptés à la personne,

au contexte de vie, aux capacités cognitives et au moment de l'intervention. Pour ce qui est des compétences psychosociales, Ziegler et al. (10) relèvent l'importance que le patient comprenne et accepte son excès de poids, son comportement alimentaire, sa relation au corps ou encore la connaissance de soi et de ses propres capacités. Afin d'établir un parcours de soin efficace, il est primordial d'établir une relation de confiance soignant-soigné. Cette relation est appelée l'alliance thérapeutique. Eviter toute forme de jugement ou de discrimination devrait aussi être assuré à chaque individu. Pour terminer, Ziegler et al. (10) insistent sur la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire avec, si possible, le médecin traitant ou le pharmacien (dépistage), le médecin spécialiste, le diététicien, le psychologue, l'infirmier, le physiothérapeute ou encore les non-soignants (coach sportif, proches aidants par exemple). L'ETP fait donc partie intégrante de tous les plans de traitement de l'obésité décrits ci-dessus.

2.1.7. Prévention de l'obésité

Il est important de traiter les personnes atteintes d'excès de poids mais il faut aussi prévenir le développement de celui-ci chez les personnes de poids normal et éviter la progression de l'excès de poids ou la reprise du poids (9).

En promotion de la santé, les professionnels conçoivent souvent un modèle dit « universel » afin de convenir à toutes les tranches d'âges atteintes d'excès pondéral. Or, Ziegler et al. (10) affirme qu'il serait plus judicieux d'établir une éducation pour la santé ciblée sur certains individus ou groupes à risque. Actuellement, divers moyens sont mis en place pour combattre l'augmentation de l'obésité dans les pays industrialisés. Lu (46) parle, entre autres, de stratégies basées sur les communautés. On peut citer les menus scolaires plus sains, l'établissement de politique de santé, l'accès à une nourriture plus saine et la promotion de l'activité physique (46). Le peu d'actions environnementales mises en place à l'heure actuelle dans le domaine de la santé publique s'expliquerait, selon les membres du système de santé public californien, par un manque de connaissances et de compétences dans ce domaine (46).

En Suisse, le groupe de l'ASEMO (27) a indiqué quelques recommandations pour la prévention de l'obésité en 2016. Les principaux axes devraient avoir comme objectifs de prévenir l'augmentation du poids et de promouvoir son maintien. La prévention de l'obésité devrait s'adresser à toute la population, aux sous-groupes particulièrement à risque (faible niveau socio-économique, sujets sédentaires, ...) et aux individus à haut risque (déjà en surpoids par exemple). Elle s'axe principalement au niveau de la prévention primaire, soit à l'exposition à un environnement obésogène. Il faudrait donc apporter des modifications sociétales et environnementales à la population. Cette prévention de l'excès pondéral devrait aussi aborder les sujets de l'équilibre de la balance énergétique et de l'activité physique en premier lieu (27).

L'OFSP (47), pour sa part, propose d'agir sur la promotion d'un poids corporel sain et de l'activité physique. Il a élaboré une stratégie nationale pour la gestion des Maladies Non Transmissibles (MNT), intitulée « Santé 2020 ». Leur rôle au travers de cette stratégie est d'assurer la coordination nationale, la promotion de l'activité physique et du sport, la réalisation de modèles intégrés de promotion d'un poids corporel sain et l'optimisation du conseil et de la thérapie. Afin de limiter l'apparition de MNT, l'OFSP (47) recommande de développer la connaissance des risques et des moyens de protection de la population. Ainsi, elle estime devoir agir sur l'ensemble de la population en lui donnant de l'information sur les MNT et la façon de se protéger, la condition de vie, le lieu de travail et l'environnement qui devrait permettre à chacun de prendre des décisions favorisant sa santé et de porter attention aux personnes ayant des besoins spécifiques. Les offres de promotion de la santé sont basées sur le besoin, la condition de vie, les connaissances, les valeurs et le comportement de la population suisse (47).

2.2. Stigmatisation

2.2.1. Définition

Goffman (48) a décrit la stigmatisation comme « un processus de discréditation et d'exclusion envers une personne étiquetée comme anormale » (48). La stigmatisation peut être déclinée en deux concepts : intériorisée/externalisée et implicite/explicite.

Selon Goffman (48), le processus d'intériorisation de la stigmatisation se déroule ainsi : un jugement est apposé à un individu qui se retrouve réduit à son stigmaté. Ce dernier justifie des discriminations sociales que la personne stigmatisée va intérioriser et considérer comme légitimes. C'est ainsi que l'individu devient coupable de sa propre situation (48). Ratcliffe et Ellison (49) définissent l'externalisation comme une série de discriminations, jugements et critiques au niveau sociétal auprès de personnes catégorisées selon leur âge, corpulence, sexe, ethnie, etc. (annexe II). Il se peut également que la personne obèse elle-même porte un regard stigmatisant à l'égard d'individus souffrant d'excès pondéral ainsi qu'à l'égard d'elle-même (49).

En ce qui concerne la stigmatisation explicite, Li et Rukavina (50) l'expliquent comme étant des attitudes négatives qu'un individu exprime de manière consciente et intentionnelle (par exemple : insulter, se moquer). A l'inverse, la stigmatisation implicite ne se manifeste pas de manière consciente, elle est donc non intentionnelle. Celle-ci est influencée par des expériences passées et est ancrée dans nos comportements (par exemple : rire d'une blague sur l'obésité, dévisager, juger) (50–52). Ces stigmatisations explicites et implicites peuvent se mesurer avec des questionnaires psychométriques² qui se retrouvent en annexe III :

Tableau 7 : Descriptif des questionnaires sur la stigmatisation explicite (53–56)

Stigmatisation explicite
<p>Anti-Fat Attitude Questionnaire (AFA) : Évalue trois grands thèmes principaux (« Dislike », « Fear » et « Willpower »). Chacun des thèmes est défini par plusieurs affirmations (par exemple pour « Dislike » : <i>Beaucoup de mes amis sont en surpoids ou obèses / J'ai tendance à penser que les personnes en excès de poids ne sont pas dignes de confiance, ...</i>) auxquelles le sujet doit répondre par le biais d'une échelle allant de 1 (vraiment pas d'accord) à 9 (totalement d'accord). Il totalise 13 questions. Plus le score est haut, plus la personne présentera une attitude stigmatisante (55).</p>
<p>Anti-Fat Attitude Test (AFAT) : Ce questionnaire contient quatre grands thèmes (« Social/Character Disparagement », « Physical/Romantic Unattractiveness », « Weight Control/Blame » et « Additional Items »). Chaque thème est défini par des affirmations du type « <i>les personnes obèses ne pensent à rien d'autres que manger</i> » ou « <i>Si j'étais célibataire je sortirais avec une personne souffrant d'obésité</i> », etc. Il totalise 47 questions auxquelles les participants doivent répondre de 1 (vraiment pas d'accord) à 5 (totalement d'accord). Nous faisons l'hypothèse que les résultats indiquent que le score le plus haut tend à avoir plus de stigmatisation (aucuns articles n'expriment la méthode de cotation des résultats du test) (53). Ce test existe en format plus court (24 questions), mais n'est pas utilisé dans les études que nous allons analyser.</p>
<p>Attitude Toward Obese People (ATOP) : Ce questionnaire contient 20 questions auxquelles il faut répondre de -3 (vraiment pas d'accord) à +3 (totalement d'accord). Le type de question est : « <i>Les personnes obèses sont autant heureuses que les personnes de poids normal ?</i> » « <i>Beaucoup de personnes obèses ont honte de leurs poids ?</i> » (56). Un score élevé indique une attitude positive (donc moins de stigmatisation) (54).</p>

² Nous avons choisi de présenter les questionnaires utilisés dans les études de notre revue de littérature. Cette liste n'est donc pas exhaustive.

Tableau 8 : Descriptif des questionnaires sur la stigmatisation implicite (54,56–59)

Stigmatisation Implicite
<p>Beliefs About Obese People (BAOP) : Les participants doivent répondre à 8 questions du type : « <i>L'obésité est généralement causée par un excès d'apport alimentaire ou dans bien des cas</i> », « <i>l'obésité est le résultat d'un dysfonctionnement biologique</i> ». L'échelle est la même que pour l'ATOP de -3 à +3 (56). Un score élevé indique une forte croyance que l'obésité n'est pas sous contrôle personnel (peu de stigmatisation implicite) (54).</p>
<p>Implicit Association Test (IAT) : Ce test est différent des autres, car il tient compte du temps de réponses des participants pour établir son résultat. Ainsi, le temps de réponse que la personne mettra pour qualifier la personne en excès de poids de « bad ou good » ou « motivated ou lazy » représentera ses cognitions profondes. Il mesure donc la force des associations entre divers concepts (57).</p>
<p>Fat Phobia Scale (F-scale) : Ce test est sensiblement différent des autres questionnaires. Il représente 14 paires d'adjectifs (sans volonté/avec de la volonté, rapide/lent, ...) couramment utilisés pour représenter les personnes en excès pondéral séparé par une graduation de 5 à 1. Le participant doit entourer le chiffre qui correspond, selon lui, le mieux à ses sentiments et croyances. Un score élevé indique une grande phobie des personnes souffrant d'excès pondéral (58).</p>
<p>Dieting Beliefs Scale : Ce test contient 16 phrases du type : « <i>En restreignant ce que l'on mange, on peut perdre du poids</i> » ou « <i>Chacun de nous est directement responsable de son poids</i> ». Il est nécessaire de noter chacune d'elle de 1 (pas du tout descriptif de mes sentiments) à 6 (très descriptif de mes sentiments). Il nous renseigne sur les croyances externalisées ou internalisées. Ainsi, un score élevé indique une pensée plus forte à l'égard du contrôle du poids internalisé (59).</p>

Il est intéressant d'expliquer que les humains ont besoin de catégoriser les individus, mais aussi les objets qui les entourent. La catégorisation précède les stéréotypes qui se formeraient, car nous avons besoin d'expliquer ce que font les gens au travers de ce qu'ils sont. Les stéréotypes deviennent alors la définition d'un groupe, ils apparaissent aux yeux des autres comme une réalité et non comme une croyance. De plus, le stéréotype est sensible à l'évolution des rapports entre les individus. Lorsqu'il est rendu visible, comme pour l'excès pondéral, le stéréotype aurait un effet direct sur le groupe visé. Comme les sujets atteints auraient peur de confirmer le stéréotype, ils augmenteraient ainsi leur anxiétés enver cette situation (60).

Dans son étude publiée en 2017, Lillis (61) définit différents types de stigmatisation. Il parle notamment de l'auto-stigmatisation du poids, qui regroupe l'auto-dévalorisation et la peur d'être stigmatisé. Si l'on décortique ces deux termes, l'auto-dévalorisation devient alors la stigmatisation internalisée à l'égard de soi (pensées et caractéristiques négatives). La peur d'être stigmatisé est donc la peur que la société appose un jugement ou ait des attitudes négatives à l'égard de soi (61).

Il est important de relever que la discrimination est un mot à part entière qu'on ne peut associer au préjudice ou aux croyances. Ce mot signifie que l'on porte un jugement négatif et/ou un traitement inéquitable à une personne par rapport au groupe dont elle fait partie (62). Le Larousse (63) définit la stigmatisation ainsi : « action de séparer, de distinguer deux ou plusieurs êtres ou choses à partir de certains critères ou caractères distinctifs » ou le « fait de distinguer et de traiter différemment (le plus souvent en mal) quelqu'un ou un groupe par rapport au reste de la collectivité ou par rapport à d'autres personnes ». Les deux termes sont donc très proches. Cependant, le terme de préjudice démontre plutôt des attitudes négatives et ne mène pas forcément à de la discrimination (62). La définition du Larousse (64) pour le

terme préjudice est la suivante : « Atteinte portée aux droits, aux intérêts, au bien-être de quelqu'un du fait d'un tiers ».

2.2.2. Stigmatisation de l'excès pondéral

La stigmatisation concernant l'excès pondéral est la plus prévalente dans notre société et est rarement remise en question (62). Celle-ci est même devenue « socialement acceptable ». Elle est retrouvée chez diverses catégories de personnes : collègues de travail, enseignants, médecins, infirmiers, étudiants du milieu médical, diététicien-ne-s, psychologues, amis, famille et même déjà chez des enfants de trois ans (65). Selon la revue systématique de Puhl (66), la prévalence de la discrimination de l'excès pondéral aux Etats-Unis a augmenté de 66% ces dernières décennies. En 2008, Puhl et Andreyeva (62) ont réalisé une étude portant sur la prévalence de la discrimination du poids et de la taille dans la population américaine. Il est ressorti que celle-ci est un type de stigmatisation commun chez les femmes (avec plus de 10,3% des femmes exprimant souffrir de stigmatisation quotidiennement) et elle pointe à la 4^{ème} place de tous les types de discrimination confondus (62). La différence entre les genres serait elle aussi bien marquée : une femme pourrait souffrir de stigmatisation dès qu'elle atteindrait un BMI proche de 27 kg/m² tandis qu'un homme en souffrirait moins avant d'atteindre un BMI à 35 kg/m² (62). Il est intéressant de souligner qu'un des plus forts prédicteurs de stigmatisation de l'excès pondéral et de la taille serait l'augmentation du BMI. Ainsi, plus une personne a un BMI élevé, plus elle serait elle-même stigmatisante (62). La stigmatisation du poids et de la taille touche principalement les femmes alors qu'elles n'ont pas forcément un BMI très élevé, et ce dans tous les types de communautés.

La stigmatisation peut également être perçue au niveau de l'environnement de soins. En effet, du matériel adapté aux personnes souffrant d'excès pondéral n'est pas présent dans tous les établissements. Ceux-ci devraient, entre autres, utiliser des blouses, chaises, lits civières ou balances adaptés, ce qui n'est pas le cas partout (67). Les professionnels devraient aussi porter attention aux mots qu'ils emploient durant les consultations. Les mots jugés comme étant les plus péjoratifs, stigmatisants et moins motivants sont : « gros », « obésité morbide » et « joufflu ». Les mots les plus adéquats et motivants sont : « poids », « poids malsain », « BMI élevé » et « surpoids » (68).

Actuellement, dans la plupart des pays industrialisés, la maigreur est perçue comme étant un signe de beauté, de bonne santé, d'intelligence, de jeunesse, de grâce ou de bien-être. A l'inverse, l'excès de poids est souvent associé à la laideur, au manque d'attractivité, au manque de contrôle personnel, l'irresponsabilité, l'inaptitude ou la paresse. Les patients souffrant d'excès de poids affirment subir des traitements irrespectueux et des attitudes négatives par les professionnels de la santé ainsi que recevoir des explications moindres pour perdre du poids, ressentir de l'embarras quant à leurs poids ou du matériel de traitement inadaptés (69).

2.2.3. Origine

Dans l'Antiquité comme dans nos contes de fées actuels, les normes de la beauté sont associées à la morale, l'intelligence, la vertu ou encore la performance (70). Au Moyen Âge, les corpulences massives étaient appréciées en signe de puissance et de séduction (71). Être corpulent était même un luxe qui prouvait la richesse, la réussite sociale, la bonne santé, la beauté et, pour les femmes, la fertilité (72). Les corpulences massives sont également associées au « manger sans compter » ou aux festolements dans cette période où les famines et l'appauvrissement des terres se faisaient ressentir. Durant cette période il n'est aucunement question de stigmatisation. A la fin du XVII^{ème} siècle, la princesse Palatine³ décrit son image

³ Elisabeth-Charlotte de Palatine (1652-1722), Fille de France, Princesse Palatine et Duchesse d'Orléans (73)

ainsi : « Ma taille est monstrueuse de grosseur, je suis aussi quarrée qu'un cube, ... ». On observe déjà qu'elle insiste sur cette notion de lourdeur, disgrâce et dégoût. Il faut aussi souligner les divers moyens mis en place pour éviter cette grosseur : le corset ou la ceinture de contention à la Renaissance par exemple. Puis, à l'époque de l'Europe moderne, divers écrits commencent à dénigrer cette même corpulence, qualifiée cette fois-ci de « grasse et paresseuse » ou de « grosse bedaine ». La société moderne qui se développe par la suite tend alors à valoriser l'affinement corporel, l'amincissement et surtout le rejet des lourdeurs (71). Les conditions de vie ont changé (sédentarisation) et l'accès à l'alimentation est devenu bien plus simple. La normalisation de la minceur, de la personne en forme et attrayante est devenue la nouvelle norme à atteindre. Ce changement de conception est corrélé à l'évolution des normes de beauté (70). Tout ce qui s'en éloigne est alors rejeté. C'est ainsi qu'est née la stigmatisation de l'excès pondéral. Puis, au fil des siècles, elle est accentuée de par les exigences portées à l'apparence corporelle dans nos sociétés occidentales (71).

Dans la société actuelle, la personne souffrant d'obésité est souvent considérée comme étant « hors normes » et ne répondant pas aux critères médicaux et esthétiques en vigueur. De plus, l'idée qu'il est socialement plus acceptable d'être en excès de poids en provenant d'un milieu socio-économique défavorisé plutôt que dans la classe moyenne existe (74). Cependant, chaque civilisation n'a pas les mêmes normes. Par exemple, sur certaines îles, les filles sont préférées avec des formes et les hommes corpulents font partie des grandes équipes de sport locales (le rugby par exemple) (72). On peut donc affirmer qu'au fil des siècles, les changements environnementaux, sociaux et la façon de penser en Occident ont contribué à « mettre à l'écart » cette population en excès pondéral et donc à développer de la stigmatisation à leur égard. Poulain (75) affirmait, en 2010, que la stigmatisation reposait sur un système de représentations et de croyances qui faisaient de l'obésité un reflet des qualités morales de l'individu. Il mettait aussi en avant que, dans bien des cas, les raisons qui poussaient les individus à perdre du poids étaient non pas pour la santé, mais d'ordre psychosocial (esthétique, pour plaire et se plaire, se sentir mieux) (75).

Les médias (presse écrite, télévision, cinéma) ainsi que les publicités de tout genre ont tendance à vanter les mérites esthétiques de la maigreur. Nous sommes donc enclins à associer les termes de maigreur ou de minceur à la maîtrise de soi, la modération, l'acceptation sociale ou encore le succès. De plus, l'image des personnes en excès de poids dépeintes par les médias est rarement glorieuse : elles sont souvent montrées en train de manger un fast-food, de regarder la télévision, ... (76). A force de représenter l'image d'un corps parfait, les médias contribuent à la baisse de l'estime de soi de bon nombre de personnes. Ils influencent également les jeunes adolescents, entraînant parfois des troubles du comportement alimentaire en réponse aux critères de beauté établis par notre société. Les publicités mettent souvent l'accent sur les boissons sucrées, les chaînes de fast-food ou autres confiseries (29,77,78).

Cette publicité massive et cet attrait pour la minceur nous poussent à atteindre cet idéal. En revanche, il serait plus judicieux d'utiliser les médias à bon escient en tentant d'inverser la tendance : fournir des informations exactes, une image positive du corps ou diffuser des publicités mettant aussi en avant les personnes en excès de poids (*Dove*[®] par exemple y contribue déjà) (79). Il est tout de même important de citer que certains pays ont commencé à adopter des mesures de prévention de la santé via les médias de masse. Par exemple, en 2004, la France a imposé une loi concernant les publicités alimentaires. Il est désormais obligatoire d'ajouter une information sanitaire (« *mangez au moins cinq fruits et légumes par jour* ») à la suite d'une publicité pour une boisson sucrée ou d'aliments gras, salés ou sucrés. En 2006, l'Espagne, a décidé que chaque mannequin défilant sur les podiums lors de la semaine de la mode devrait atteindre un BMI minimum de 18kg/m², au risque d'être refusé

dans le cas contraire. En Allemagne, le magazine *Brigitte*[®] a décidé qu'il ne publierait que des photos de femmes sans retouches (80).

Les réseaux sociaux contribuent également à la mise en avant de l'image de soi et de son propre physique (81). Le paraître prend une place de plus en plus conséquente dans nos vies. Les photos de profil et autres comptes *Instagram*[®] sont là pour se mettre en avant et faire juger par les autres son physique afin d'obtenir un certain nombre de « like ». On peut alors parler d'une « épidémie de narcissisme », alors que la plupart des gens mentent sur leur taille ou leur physique (81). Tout ceci contribue une fois de plus à la stigmatisation des individus qui ne seraient pas conformes à la norme de beauté actuelle. Ce clivage est visible dès le plus jeune âge chez les enfants (environ 3 ans). Prenons à titre d'exemple les mensurations des *Barbies*[®], *Ken*[®] et autres poupées avec lesquelles ils jouent. Jusqu'à présent, très peu de poupées représentaient la réalité d'un corps de femme ou d'homme. Ainsi, de plus en plus de gens sont complexés par leur physique (81).

2.2.4. Types de stigmatisation

Comme explicité dans la définition de la stigmatisation, elle peut être internalisée ou externalisée, ainsi qu'implicite ou explicite. Trois types de discrimination ont été relevés dans plusieurs études : l'évitement instrumental (p.ex. temps de consultation réduit), professionnel (p.ex. moins d'engagement dans la prise en charge par le professionnel) et interpersonnel (p.ex. langage non-verbal négatif, ton de voix, posture, ...) (5,82). Goffman (83) ajoute qu'il existe trois principaux domaines de stigmatisation : les manifestations physiques (infirmités physiques, obésité), les différences comportementales (troubles mentaux, toxicomanie ou autre addiction, antécédents criminels), ainsi que les nationalités, ethnies, religions, appartenances politiques considérées comme hors de la norme acceptable.

2.2.5. Impacts

Il existe divers impacts de la stigmatisation de l'excès pondéral, c'est pourquoi nous les exposons dans plusieurs sous-chapitres. Poulain (24) propose un schéma très explicite de l'impact de la stigmatisation sur l'estime de soi et le comportement alimentaire des personnes en excès pondéral.

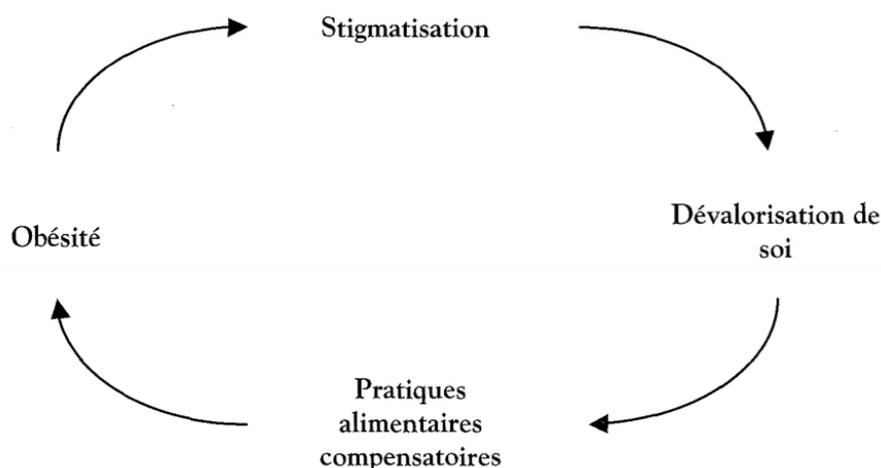


Figure 3. Cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité (24)

Impacts biologiques

Il a été démontré que la stigmatisation concernant l'excès pondéral impacte notamment sur le niveau de stress (et donc de cortisol dans le sang) des personnes obèses stigmatisées (5,84,85). L'effet du cortisol sur l'augmentation des prises alimentaires notamment riches en glucides et en lipides a pu être démontré dans de nombreuses études (86–88). De plus, la présence de glucocorticoïdes dans le sang favoriserait l'augmentation de la masse adipeuse en contribuant à la différenciation des pré-adipocytes et donc à l'hyperplasie du tissu adipeux (88). La stigmatisation élève également la pression artérielle, les taux de protéine C-réactive (CRP) et d'acides gras libres sanguins, ce qui augmente le risque de développer un syndrome métabolique (85,88,89).

Impacts psychologiques

Les impacts psychologiques de la stigmatisation sont des éléments prévalents auprès des individus en excès pondéral et ont un impact tout particulier sur le comportement alimentaire. En effet, comme expliqué dans la revue systématique de Jung (5) en 2015, environ 80% des participants affirment que « manger » est une stratégie de coping face à la stigmatisation. Nous supposons que cette méthode mise en place par les individus leur apporterait un certain réconfort ou permettrait peut-être de combler un vide (affectif, isolement, ...). Des impacts d'ordre psychologique sont aussi démontrés : diminution de l'estime de soi et de l'image de soi, anxiété, isolement social, baisse de la qualité de vie, dépression, etc. (90–94).

Les résultats de l'étude de Lillis (61) étaient aussi alarmants : les femmes souffriraient de plus d'auto-stigmatisation que les hommes. La peur de la stigmatisation et l'auto-stigmatisation étaient fortement corrélées entre elles et entraîneraient plus de troubles psychologiques (dépression, anxiété), ainsi que des troubles du comportement alimentaire. Par ailleurs, la peur d'être stigmatisé était associée avec une moindre perte de poids après trois mois d'intervention (61).

Impacts sociaux et environnementaux

De nombreuses inégalités surviennent avec la stigmatisation de l'excès pondéral. Puhl (66,75) les cite notamment dans les domaines de l'employabilité, des établissements de soins, des institutions scolaires ou encore au travers des relations personnelles. De plus, les personnes en excès pondéral seraient traitées avec moins de respect, moins de courtoisie et disposeraient de services de qualité moindre aux restaurants ou dans les magasins (62). Ceci est corrélé au fait que les personnes souffrant d'obésité sont souvent catégorisées comme fainéantes, démotivées, manquant d'autodiscipline, non compliantes, négligées, moins intelligentes ou encore comme ayant moins de ressources (66,95). Toutes ces composantes rendent ces personnes vulnérables face aux injustices sociales, au traitement ou mènent à une qualité de vie amoindrie (66). Il est alors possible de dire que l'obésité devient un handicap social (75). Il a été illustré que si les patients souffrant d'excès pondéral ressentent que leur poids corporel peut être une source d'embarras, ceux-ci recourront moins aux services de soins (96). 83% des femmes en situation d'excès pondéral qualifient leur poids comme étant une barrière pour bénéficier des soins médicaux appropriés (97). Si les patients se sentent stigmatisés, ils auront tendance à arrêter les thérapies ou à moins recourir aux établissements de soins (98).

Si cette stigmatisation est transposée au milieu de la santé publique, il est probable que le financement/encouragement pour des campagnes de prévention de l'obésité soit moins encouragé (95). Malgré les nombreuses tentatives pour éduquer la population aux causes multifactorielles de l'obésité, celle-ci reste braquée sur les causes comportementales (99), ce qui renforce la croyance que les personnes en excès pondéral sont responsables de leur condition.

Modifications thérapeutiques du mode de vie

Un niveau d'activité physique diminué et de mauvaises habitudes alimentaires peuvent également survenir à la suite de stigmatisation (5). En effet, comme mentionné dans les impacts biologiques de la stigmatisation, la présence de stress et de cortisol augmente la fréquence des prises alimentaires riches en lipides et en glucides (86–88). De plus, des études suggèrent que les impacts de la stigmatisation du poids sont plus néfastes lorsque celle-ci est intériorisée et combinée avec des stratégies de coping inadaptées (évitement, déni, humour, etc.) (61). Tout ceci influence la prise de poids et favorise donc un maintien, voire une péjoration de l'excès pondéral (5,65).

Au terme de ce chapitre, il est difficile de discerner les impacts de la stigmatisation ou de l'obésité sur la qualité de vie ou les qualités relationnelles, les deux s'influençant.

2.2.6. Diminuer la stigmatisation ou ses impacts

Pour lutter contre la stigmatisation, il faut axer les démarches sur deux domaines : diminuer les actions stigmatisantes de la population, ainsi que du personnel médical et rendre les personnes souffrant d'excès pondéral plus à même de faire face aux situations stigmatisantes (7). Pour ce deuxième point, Sobal (100) propose un modèle afin de faire face à la stigmatisation :

Tableau 9 : Modèle pour faire face à la stigmatisation (traduction libre) (100)

1) La reconnaissance	Prendre conscience que l'obésité est stigmatisée, comprendre les mécanismes de cette stigmatisation, dans le but de diminuer la dévalorisation des personnes en excès pondéral.
2) L'anticipation	Repérer et se préparer aux situations potentiellement à risque d'être stigmatisantes.
3) La réaction	Mettre en place des situations de coping à court et long terme afin de faire face à cette stigmatisation.
4) La réparation	Prendre en charge les complications de la stigmatisation, mettre en place des réformes contre les actions stigmatisantes.

2.3. Professionnels de santé

2.3.1. Diététicien-ne-s

Selon l'European Federation of the Associations of Dietitians (EFAD) (101), la profession de diététicien-ne est définie comme telle : « Toute personne possédant une qualification légalement reconnue en nutrition et diététique, qui applique les sciences de la nutrition à l'alimentation et l'éducation de groupes de population et de personnes individuelles qu'ils soient bien-portants ou malades ». En Suisse, l'Association Suisse des Diététicien-ne-s (ASDD) (102) ajoute à cette définition que les diététicien-ne-s s'appuient sur des bases scientifiques, maintiennent un niveau de connaissance nécessaire à l'exercice de la profession en suivant des formations continues et s'engagent à respecter le code de déontologie et d'éthique professionnelle édité par l'association. Les principaux domaines d'activités sont la clinique, la santé publique, l'industrie alimentaire ou pharmaceutique, ainsi que la recherche et l'enseignement (102).

Dernièrement la Berner Fachhochschule (103) a publié les statistiques de 2017 concernant la profession de diététicien-ne-s. Dans la population étudiée, 10,6% des professionnels ont obtenus leur Bachelor à l'étranger, 60% en Ecole Spécialisée et 29,4% en Haute Ecole. Il est aussi intéressant de souligner que la plupart des diététicien-ne-s travaillent dans des hôpitaux, dans des cabinets privés ou dans l'enseignement. De plus, la plupart des professionnels

exercent leur métier à des pourcentages plutôt élevés, soit entre 60 et 100%. Les principales thématiques traitées sont la dénutrition, l'obésité et la diabétologie (103).

Parcours de formation

En Suisse

Il existe trois possibilités pour se former au métier de diététicien-ne-s. La première est la formation Bachelor en Suisse romande à la Haute Ecole de Santé de Genève (HEdS). La seconde est la formation Bachelor en Suisse allemande à la Berner Fachhochschule. La dernière option est d'obtenir son Bachelor en suivant des études à distance à la Haute Ecole Spécialisée à Distance Suisse. En Suisse romande ainsi qu'en Suisse allemande les entrées dans la filière sont régulées au moyen de tests psychotechniques. Les études sont pour la plupart organisées avec deux tiers de formation théorique en Haute Ecole et environ un tiers de formation pratique (stages dans divers milieux). Les modules de théorie traitent, entre autres, de la diététique et nutrition clinique, la nutrition humaine, la restauration hors domicile, la promotion de la santé, la prévention, l'éducation thérapeutique, l'obésité et les troubles du comportement alimentaire, la gériatrie, l'interprofessionnalité, les sciences et technologies alimentaires ou encore de la méthodologie de recherche. Les modules de pratique sont répartis dans divers lieux de stages : hôpitaux et cliniques, cabinets, promotion de la santé ou dans l'industrie. Au sujet de la stigmatisation, notre propre formation nous a délivré un cours d'une heure sur la stigmatisation des personnes en excès de poids dans le cadre du module « Obésité et Troubles du Comportement Alimentaire » en deuxième année. Nous pouvons donc dire que nous ne sommes que peu sensibilisés au sujet.

À l'étranger

La formation diffère selon les pays. En France par exemple, il est possible d'obtenir un Brevet de Technicien Supérieur (BTS) (diplôme national) en diététique sur deux ans après l'obtention d'un baccalauréat en sciences. Il existe aussi un diplôme universitaire de technologie en option diététique sur deux ans (104). En Belgique, le Bachelor (en trois ans) en diététique s'obtient dans une Haute Ecole, à Liège par exemple (105).

Pour ce qui est de la stigmatisation de l'excès pondéral dans les parcours de formation étrangers, à l'Institut Paul Lambin de Bruxelles, dans le cursus du Bachelor en diététique, les étudiants de première année abordent le sujet via une unité de cours intitulée « construction sociale de l'obésité ». Nous n'avons pas pu obtenir d'autres informations concernant les parcours de formation des écoles étrangères. Le mail envoyé pour contacter les écoles se trouve en annexe IV.

Spécialisations existantes

Selon la même étude réalisée par la Berner Fachhochschule (103), 32,9% de la population sélectionnée a réalisé une formation continue. La majorité de ces spécialisations sont faites sous forme de Certificate of Advanced Studies (CAS) ou de Diploma of Advanced Studies (DAS) dans le domaine professionnel exercé en pratique. De plus, l'étude souligne qu'il manque clairement de professionnels dans certains domaines de la diététique tels que : les assurances, les établissements médicaux sociaux pour personnes âgées, l'industrie, les *home care* ou encore les cliniques psychiatriques (103).

Depuis peu, il est possible de poursuivre ses études académiques avec un master en « Sciences de la Santé » à la HEdS de Genève. La Berner Fachhochschule propose elle aussi un « Master in Life Sciences – Food, Nutrition and Health ». La Berner Fachhochschule (103) a pu tirer comme conclusion que la part de professionnels qui obtiennent un titre de master ou de doctorat est très faible.

En ce qui concerne la formation continue à la HEdS de Genève, il est actuellement possible de s'inscrire à deux formations continues en session courte. Une concerne l'initiation à l'autohypnose et une le *mindfulness*. De plus, selon les archives des formations continues proposées par l'école, aucune n'a déjà traité de la stigmatisation des personnes en excès pondéral (106). Sur le site internet de la Berner Fachhochschule (107), parmi l'éventail de formations continues proposées, aucun sujet ne semble traiter de stigmatisation. Sur le site internet de l'ASDD (108), aucun sujet ne traite de notre problématique, parmi les formations continues ou congrès proposés jusqu'en juin 2019. Une fois de plus, aucun sujet ne traite de notre problématique. Il est à noter qu'un symposium se tiendra à Morges le 11 octobre 2018 dans lequel une intervention sera effectuée sur le sujet de la stigmatisation et de l'obésité en milieu médical.

Diététicien-ne-s et stigmatisation

Malgré les croyances de la population, les diététicien-ne-s sont tout autant stigmatisants que le reste des professionnels de santé. Parfois ils auraient même une attitude plus stigmatisante auprès des patients souffrant d'obésité que ceux souffrant de surpoids (109). Cependant le sujet reste peu étudié dans cette population. En 2012, Stone et Werner (82) réalisaient une étude chez les diététicien-ne-s en Israël. Ils concluent que malgré les connaissances de la maladie, les diététicien-ne-s font face au même processus que le reste de la population (cognitif, émotionnel et comportemental). De plus, les patients en excès de poids pouvaient entraîner des sentiments de pitié et d'empathie (s'ils prennent à cœur leur situation) ou à l'inverse de la colère et de la frustration (s'ils prennent à la légère leur situation). Les diététicien-ne-s étant conscients de l'impact de leur réaction sur leurs patients et sur leur prise en charge, essaient de les surmonter (82).

Les diététicien-ne-s ont tendance à penser que l'excès de poids survient lorsque le patient est instable psychologiquement ou émotionnellement parlant, a une vie sédentaire ou de mauvaises habitudes alimentaires. De plus, ils pensent souvent que les patients ont des objectifs et des attentes irréalistes ainsi que peu de compliance et de motivation (98). Une fois de plus, ce sont donc les causes internes qui sont mises en avant et qui agiraient donc sur la stigmatisation. Cependant, l'augmentation de l'âge et de l'expérience aurait tendance à diminuer ces croyances (98).

2.3.2. Autres professionnels

Dans la plupart des cas, le traitement de l'obésité portera sur divers sujets tels que : l'alimentation, l'activité physique, le changement de comportement et la chirurgie bariatrique (110) En 2017, une étude a été réalisée par Bucher Della Torre (111) à Genève sur les connaissances, l'attitude, les croyances, le rôle, l'efficacité et les besoins des personnes en excès de poids auprès des professionnels de santé. Plus de 70% des participants n'avaient jamais reçu (ou ne se rappelaient pas en avoir reçu) d'éducation sur l'obésité durant leurs études et seulement 13% d'entre-eux avaient effectué un cours postgrade. De plus, 31% ne savaient pas comment calculer un BMI. Cependant, plus de 60% des participants connaissaient les recommandations en matière d'alimentation équilibrée et 72% celles en vigueur pour l'activité physique. Pour ce qui est des représentations, il est ressorti que la majorité des participants reconnaissent l'obésité comme un problème de santé publique. Au niveau de l'attitude, une partie de la population étudiée a indiqué qu'elle exprimait de l'empathie à l'égard des patients en excès de poids, la moitié a indiqué qu'elle n'avait aucune pitié pour eux et 5% étaient dégoûtés par ces personnes (99). De plus, dans une étude menée en 2003 par Foster et al. (112) il est démontré que 50% des professionnels de santé voient les patients souffrant d'obésité comme étant « moches », « non compliant », « peu attirants » ou même « bizarres ». Ils prendraient aussi moins de temps de consultation avec ce type de patients (112). En revanche, tous expriment la nécessité d'avoir une prise en charge

pluridisciplinaire et le besoin d'augmenter les connaissances sur l'obésité et la prise en charge par l'éducation thérapeutique (111).

La stigmatisation de l'excès pondéral par les professionnels de santé est un problème fréquent, étudié entre autres par Puhl et Brownell (4) en 2006. En effet, 53% des femmes étudiées rapportent avoir reçu des commentaires inappropriés à propos de leur poids par leur médecin (4). De plus, 46% expriment aussi avoir subi de la stigmatisation quant à leurs poids par des infirmières, 37% par les diététicien-ne-s et 21% par des professionnels de la santé mentale (4). Une revue systématique de littérature effectuée en Allemagne affirme que 76% des diététicien-ne-s préféreraient prendre en charge les personnes de poids normal, en comparaison avec des personnes obèses (5). Il semblerait que les professionnels âgés de 20 à 29 ans seraient plus enclins à prendre en charge des personnes ni en surpoids, ni obèses (5). Il est aussi démontré qu'une attitude stigmatisante par les soignants concernant l'excès pondéral est influencée par différents facteurs tels que l'âge, le sexe, le BMI personnel, les expériences professionnelles et personnelles, ainsi que la présence de personnes obèses dans l'entourage (113). Les croyances au sujet des causes de l'obésité seraient aussi un facteur non négligeable. Selon la théorie de Weiner (114), lorsqu'un résultat négatif (comme l'obésité) est relié à l'attribution d'une cause contrôlable (activité physique, alimentation), celle-ci serait jugée négativement. A l'inverse, une cause non contrôlable (génétique, hérédité, environnement) atténuerait les pensées négatives (114).

2.3.3. Influences sociodémographiques, anthropométriques ou du contexte de travail

Dans diverses études, les caractéristiques sociodémographiques ont aussi été analysées pour établir un lien ou non avec la stigmatisation de l'excès pondéral (56,115). Par exemple, les hommes auraient une attitude plus positive envers les patients obèses que les femmes (56). A contrario, les étudiants en médecine masculins accepteraient moins bien l'obésité que les étudiantes féminines (115).

Le poids ou le BMI personnel peut aussi être mis en cause. Cependant, les résultats des études sont sujets à controverse. Chez les professionnels de santé, un poids élevé évoquait des attitudes plus positives envers les patients (116). Dans une autre étude, il a été démontré qu'un BMI élevé serait relié à un degré de stigmatisation plus élevé (67).

L'expérience dans le domaine de l'obésité pourrait, elle aussi, jouer un rôle dans les attitudes des professionnels. Selon Schwartz (116), les professionnels ayant de l'expérience dans les soins aux patients obèses auraient un regard moins stigmatisant.

3. Problématique

Suite à notre cadre de référence, il est maintenant aisé d'affirmer que l'obésité n'a cessé de progresser ces dernières décennies. En 2016, plus de 2,5 milliards de personnes présentaient un excès de poids (surpoids et obésité confondus) (1). Les conséquences de cette maladie non transmissible n'étant pas des moindres et engendrant un certain nombre de coûts pour la santé, il est alors primordial de la prendre en charge de manière efficiente. Une multitude de sociétés savantes ont érigé diverses recommandations de prise en charge de la maladie tandis que d'autres organismes tentent de la prévenir aux moyens de campagnes publicitaires, actions de prévention et d'éducation de la population (9,17,19,27,100).

D'un autre côté, cette population est mise à l'écart, rejetée ou encore affublée de divers stigmates. Cette stigmatisation provoque de nombreux impacts tels que la baisse de l'estime de soi, l'isolement social ou/et l'augmentation des prises alimentaires. De plus, cette stigmatisation a une incidence sur le recours aux soins des personnes en excès de poids, qui affirment être victimes de discriminations de la part de leur médecin, physiothérapeutes, diététicien-ne-s, infirmier-ères etc... ou que le matériel de soins n'est pas adapté à leur corpulence. Les professionnels de santé, bien que sensibilisés à la problématique de l'excès pondéral et connaissant son développement, ne sont pas exempts de jugements à l'égard de cette population.

Afin de remédier à ce fléau qui regroupe d'un côté la population en excès pondéral et d'un autre côté la stigmatisation par les professionnels de santé, il était, selon nous, nécessaire d'étudier quels moyens permettent de sensibiliser les soignants à cette problématique. Le but est de diminuer la stigmatisation des professionnels de santé sur les personnes souffrant d'excès pondéral.

4. Etude

4.1. But

Dans ce travail, le but principal est d'observer les programmes de sensibilisation sur la stigmatisation concernant l'excès pondéral mis en place auprès de diététicien-ne-s. Parmi ceux-ci, nous effectuerons l'analyse des composantes les plus efficaces afin de faire des propositions concrètes pour la pratique professionnelle.

Suite à cela, un second but peut être formulé, mais qui ne rentrera pas dans le cadre de ce travail : après la mise en place de programmes spécifiques de sensibilisation, les diététicien-ne-s deviendraient conscients de la stigmatisation potentiellement exercée auprès des personnes en surpoids et obèses, ceci les poussant à œuvrer en faveur d'une mise en place de stratégies pouvant aider à la diminuer. En effet, ces professionnel-les étant au plus proche de la problématique d'excès pondéral, ils pourraient être vecteurs de changement auprès de divers professionnels de santé.

La finalité de notre travail serait donc de diminuer les comportements stigmatisants des diététicien-ne-s diplômé-es lors de la prise en charge de personnes adultes souffrant de surpoids ou d'obésité.

4.2. Objectifs

Objectifs de nos recherches

- Définir les différents types de stigmatisation, dont ceux spécifiques à l'excès pondéral.
- Identifier les différences de stigmatisation selon le genre et selon l'amplitude de l'excès pondéral.
- Comprendre l'impact de cette stigmatisation sur les individus concernés et sur la prise en charge médicale et/ou paramédicale (diététicien-ne-s, physiothérapeutes, soins infirmiers, ...).

Objectifs de notre revue de la littérature

- Observer l'impact des actions préventives de la stigmatisation auprès des diététiciens-nes sur leur prise en charge d'individus en excès pondéral.
- Faire émerger les types d'action ayant le plus d'impact sur cette stigmatisation.

4.3. Question de recherche

P : Les diététicien-ne-s diplômé-es

I : Actions de sensibilisation au sujet de la stigmatisation des individus souffrant de surpoids ou d'obésité

C : Aucune action de sensibilisation

O : Comportement/attitude potentiellement stigmatisant des diététicien-ne-s diplômé-es lors de la prise en charge d'individus en excès pondéral

Question de recherche :

Est-ce que des actions de sensibilisation au sujet de la stigmatisation des individus souffrant de surpoids ou d'obésité auprès des diététicien-ne-s diplômé-es ont un effet sur les comportements/attitudes potentiellement stigmatisants de ceux-ci lors de la prise en charge de ces personnes ?

Sous-question :

Quelles sont les composantes des programmes qui semblent modifier le mieux les comportements/attitudes potentiellement stigmatisants des diététicien-ne-s diplômé-es concernant les individus en excès pondéral ?

4.4. Hypothèse

Notre hypothèse de recherche est que les différentes méthodes d'intervention pour réduire la stigmatisation dans cette population diminuent tout type de stigmatisation. Si nous devons émettre une hypothèse pour notre sous-question : des cours dispensés par des professionnels experts du sujet ou des ateliers théorie-pratique diminueraient sensiblement la stigmatisation.

5. Méthodologie

Dans cette section, nous abordons le déroulement méthodologique de notre Travail de Bachelor permettant de répondre à notre question de recherche grâce à une revue systématique de la littérature. La méthodologie ainsi que d'autres thèmes (buts et objectifs, organisation, ...) ont été abordés lors de la rédaction de notre protocole en amont de ce travail. Le protocole se trouve en annexe V.

5.1. Stratégie de recherche documentaire de la revue systématique de littérature

Selon la Cochrane (117), « une revue systématique [...] est une démarche scientifique rigoureuse constituée d'étapes bien définies incluant une recherche de littérature systématique, une évaluation de la qualité de chaque étude, une synthèse, quantifiée ou non, des résultats obtenus. » En d'autres termes, cela permet de combiner et analyser les résultats de plusieurs études traitant d'une question de recherche. Les études sont sélectionnées de manière précise et la qualité est prise en compte. Le niveau de preuve d'une telle recherche est considéré comme élevé (Grade 1 ou A) (118).

Afin de répondre à notre question de recherche, un essai clinique randomisé aurait été intéressant et nous permettrait de répondre de manière précise sur les éléments/populations étudiés. Cependant, une telle étude n'était pas réalisable au niveau temporel et budgétaire. C'est pourquoi nous avons opté pour une revue systématique de littérature. Celle-ci s'est basée sur des articles déjà publiés et nous a permis d'avoir une vision plus globale de la question.

5.2. Base de données et sélection des articles

Nous avons pris en compte tout type d'études traitant de notre sujet, excepté les revues systématiques de littérature et les méta-analyses (trop complexe au niveau de l'analyse des résultats). Les études ont été recherchées sur les bases de données suivantes : Medline via Pubmed, CINHAL, Cochrane, BDSP et Google Scholar. Nous avons utilisé des mots-clés identiques partout (sauf CINHAL qui a son propre thésaurus). Pour permettre une uniformité dans nos recherches, les mots qui ont retenu notre attention ont été traduits en MeSH Terms grâce au thésaurus HeTOP. Nous avons utilisé des mots-clés libres (« all fields ») afin d'étoffer nos recherches. Dans le but d'élargir notre champ de recherche, nous avons pris la liberté de nous inspirer des bibliographies des articles sélectionnés.

Les recherches ainsi qu'un premier tri en se basant sur le titre des articles ont été effectués en binôme. Cependant, la lecture des abstracts a été réalisée individuellement. D'un commun accord, nous avons chacune lu l'ensemble des articles retenus.

5.3. Mots-clés

Notre stratégie de recherche est basée sur divers concepts : la population, la stigmatisation, l'excès pondéral et les programmes mis en place. Pour chacun d'entre eux, nous avons défini des mots-clés pouvant guider nos recherches. Le tableau détaillé de nos mots-clés se trouve en annexe VI.

Le premier concept est celui de la population :

- « nutritionists » MeSH Term
- « dietitians » MeSH Term
- « dieticians » MeSH Term
- « health personnel » MeSH Term

Le second concept traite de la stigmatisation :

- « stereotyping » MeSH Term
- « prejudice » MeSH Term
- « discrimination (psychology) » MeSH Term
- « social perception » MeSH Term
- « attitude of health personnel » MeSH Term

Notre troisième concept se porte sur l'excès pondéral :

- « obesity » MeSH Term
- « overweight » MeSH Term
- « body weight » MeSH Term

Les programmes mis en place constituent notre dernier concept :

- « public health » MeSH Term
- « preventive medicine » MeSH Term
- « education continue » MeSH Term

De plus, nous avons inclus en « *all fields* » les termes « *stigma* », « *weight stigma* » et « *weight bias* », car ils ne ressortaient pas dans les MeSH Terms.

5.4. Population étudiée

La population principale que nous avons étudiée était la suivante : diététicien-ne-s diplômé-es du monde entier, sans spécialisation particulière requise. En effet, les professionnels de la nutrition sont amenés à travailler plus fréquemment avec une population en excès pondéral. Il n'existait pas suffisamment d'études en Suisse et en Europe sur le sujet. De plus, nous avons décidé de ne pas nous focaliser uniquement sur les diététicien-ne-s spécialisés dans le surpoids et l'obésité (formation continue et/ou influence du lieu de travail). En effet, ceux-ci auraient peut-être une attitude différente sur la question. Le nombre d'études traitant des diététicien-ne-s diplômé-es étant insuffisant, nous avons élargi notre population à tous les professionnels de santé.

5.5. Critères d'inclusion et exclusion

Tableau 10 : Critères d'inclusion et d'exclusion des articles

Inclusion	Exclusion
<ul style="list-style-type: none"> - Tout type d'étude - Diététicien-ne-s diplômé-es et/ou professionnels de santé - Etudes traitant de programmes de sensibilisation sur la stigmatisation au sujet de l'excès pondéral - Adultes de 19 ans et plus - Langues : anglais, français et allemand - Prise en compte du surpoids et de l'obésité, car la distinction n'est pas souvent marquée 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfants et adolescents (jusqu'à 18 ans compris) - Etudes publiées il y a plus de 10 ans (soit avant 2007) - Étudiants en diététique

5.6. Extraction et synthèse des données

Dans notre protocole, nous avons prévu d'extraire les variables selon l'intervention et l'outcome de notre question de recherche. Or, il s'est avéré plus pertinent de les ressortir selon les types d'intervention effectués et les questionnaires utilisés. Dans le but d'avoir une vue d'ensemble des résultats des différentes études, nous les avons incluses dans différents tableaux récapitulatifs (cf. tableaux 11, 13 et 14 en page 35, 38 et 40 à 42). Ces variables ont servi de base pour notre analyse et notre discussion.

5.7. Analyse de la qualité

Nous avons utilisé les grilles d'analyse descriptive et qualitative de la HEdS, afin de vérifier la fiabilité des articles (annexe VII) :

- HEdS - Grille de lecture descriptive.
- HEdS - Analyse qualité d'articles de RECHERCHE.
- HEdS - Analyse qualité d'articles de REVUE DE LITTÉRATURE.

Le résultat de l'analyse qualité des articles nous a permis de nuancer les résultats extraits et de nuancer dans le chapitre discussion.

5.8. Bénéfices et risques

La méthodologie de ce travail étant une revue de littérature, nous ne développerons pas ce point car nous n'impliquons aucune personne physique, mais uniquement des articles scientifiques. Il est évident que nous avons respecté le code de déontologie formulé par l'ASDD. Nous avons pris en compte la fiabilité et les possibles conflits d'intérêts lors des lectures et analyses des études.

5.9. Ressources et budget

Pour mener à bien ce travail, nous avons bénéficié de diverses ressources, détaillées ci-dessous.

- Ressources humaines :
 - o Eliséo Montanini, directeur de notre Travail de Bachelor
 - o Maaïke Kruseman, responsable du module de Méthodologie de Recherche 3 et Biostatistiques ainsi que du module Travail de Bachelor
 - o Isabelle Carrard, chargée de cours pour le module de Méthodologie de Recherche 3 et Biostatistiques à la HEdS
 - o Les différents intervenants dans la relecture de notre travail
 - o Le bibliothécaire du Centre de Documentation des Caroubiers
- Ressources matérielles :
 - o Nos ordinateurs
 - o Logiciel Open Office (Word, Excel, PowerPoint, ...)
 - o Google Drive
 - o Différents sites web et bases de données (Pubmed, CINAHL, Google Scholar, ...)
 - o Logiciel Zotero pour notre bibliographie
 - o Applications Whatsapp et Outlook de l'école pour faciliter la communication

- Ressources budgétaires :
 - Au final, nous avons analysé 5 articles d'une dizaine de pages chacun. Etant donné que chacune de nous a lu l'entièreté des articles et qu'une impression coûte en moyenne 10 centimes par page, ceci nous est revenu à environ à 10 CHF⁴. De plus, il nous a fallu 2 feuilles d'analyse descriptive et une quarantaine de grille d'analyse qualité. Le total s'élève donc à environ 15 CHF pour les coûts d'impression.
 - À cela s'est ajouté des coûts malheureusement impossibles à estimer à ce stade. En effet, l'impression ainsi que la reliure de notre travail de Bachelor, les coûts matériels (feuilles blanches, post-it, stylo, ...) et de transport (abonnements généraux des CFF⁵) s'y sont additionnés.

⁴ Francs suisses

⁵ Chemins de Fer Fédéraux

6. Résultats

Ce chapitre est consacré aux résultats obtenus à la suite de notre recherche de littérature. Pour rappel, notre question de recherche était : *Est-ce que des actions de sensibilisations au sujet de la stigmatisation des individus souffrant de surpoids ou d'obésité auprès des diététicien-ne-s diplômé-es ont un effet sur les comportements/attitudes potentiellement stigmatisants de ceux-ci lors de la prise en charge de ces personnes ?*

6.1. Sélection des études

La première recherche effectuée sur les bases de données sélectionnées avec notre équation de recherche nous a rapporté 156 articles. Medline via Pubmed nous a fourni 108 articles, tant dis que Cinhal Complete en a fourni 48. Les bases de données Cochrane et PsycInfo n'ont donné aucun résultat. Lors de la rédaction de notre protocole, nous avons trouvé des articles qui semblaient pertinents pour notre revue de littérature ; nous ne les avons pas retrouvés dans notre recherche initiale avec les MeSH Terms. C'est pourquoi, nous avons effectué une deuxième recherche en ajoutant les mots suivants : *stigma, weight bias, weight stigma* en « *all fields* ». Nous avons ainsi obtenu un total de 415 articles (cf. figure 4 Graphique de la sélection des études en page 36).

Après lecture du titre et de l'abstract des articles, nous en avons sélectionné 14. La lecture complète de ceux-ci a révélé qu'un seul article correspondait à notre question de recherche. Cependant, les bibliographies des articles non-sélectionnés nous ont permis d'en ajouter 5, dont une revue de la littérature que nous avons finalement exclue. Nous basons donc notre revue de littérature sur les 5 articles présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 11 : Descriptif des articles sélectionnés pour la revue de littérature

Titre de l'article	Auteurs	Date de publication	Pays	Design d'étude	Qualité
Utilizing a bariatric sensitivity educational module to decrease bariatric stigmatization by healthcare professionals. (119)	Falker, Antoinette J; Sledge, Jennifer A;	2011	USA	Etude expérimentale non contrôlée	-
Evaluation of nurse's attitudes toward adult patients of size. (120)	Gujral H, Tea C, Sheridan M.	2011	USA	Essai clinique non randomisé	+
Reducing Anti-fat Prejudice in Preservice Health Students : A Randomized Trial. (121)	O'Brien K, Puhl R, Latner J, Mir A, Hunter J.	2010	Angleterre, USA, Pakistan, Nouvelle Zélande	Essai clinique randomisé	∅
A Service Learning Based Project to Change Implicit and Explicit Bias toward Obese Individuals Kinesiology Pre-Professionals. (122)	Rukavina P, Li W, Shen B, Sun H.	2010	USA	Essai clinique non randomisé	∅
Are Anti-stigma Films a Useful Strategy for Reducing Weight Bias Among Trainee Healthcare Professionals ? Results of a Pilot Randomized Control Trial. (123)	Swift J, Tischler V, Markham S, Gunning I, Glazebrook C, Beer C, Puhl R.	2013	USA	Essai clinique randomisé	+

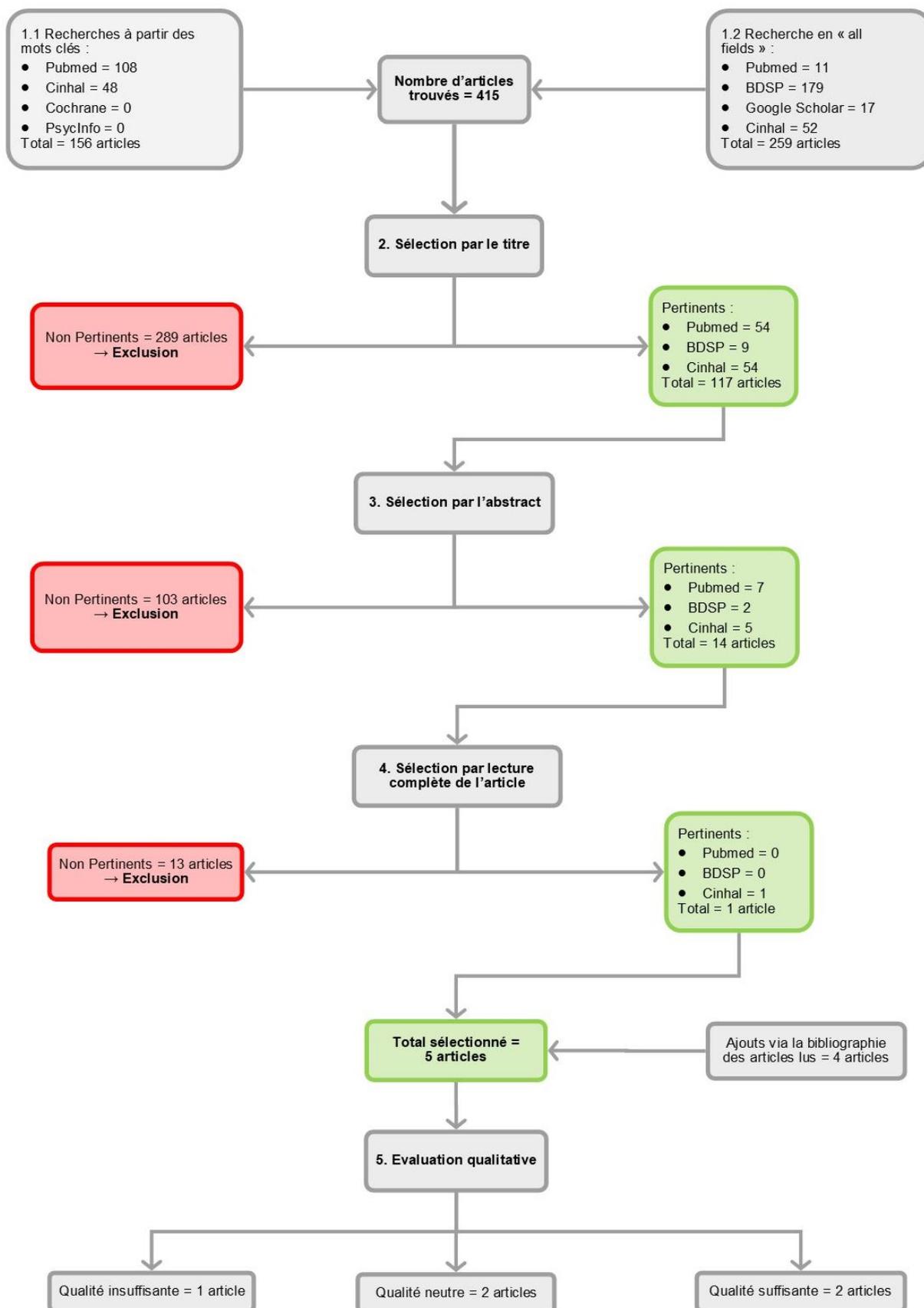


Figure 4. Graphique de la sélection des études

6.2. Caractéristiques des études

Les cinq études sélectionnées dataient de 2010 à 2013. Les caractéristiques détaillées sont explicitées dans le tableau 13 : Caractéristiques des études incluses, en page 38. Dans celles-ci se sont retrouvés deux essais cliniques randomisés (ECR) (121,123), deux non randomisés (ECNR) (120,122) et une étude expérimentale non contrôlée (EENC) (119). Quatre des cinq études ont été réalisées aux Etats-Unis ; la dernière en Angleterre, Etats-Unis, Pakistan et Nouvelle Zélande.

Suite à l'analyse de la qualité grâce aux grilles de l'HEdS (Grille de lecture descriptive et analyse qualité d'articles de RECHERCHE), nous avons pu ressortir que deux études étaient de qualité positive car elles présentaient les biais, le recueil et l'analyse de données de façon claire et précise (120,123). Deux étaient de qualité neutre, c'est-à-dire qu'elles n'étaient pas particulièrement robustes, mais que les résultats pouvaient tout de même être interprétables (121,122). Nous avons jugé l'étude de Falker (119) de manière négative, car elle n'avait pas de groupe contrôle et apportait très peu de précisions sur le recueil et l'analyse des données. Nous avons donc été tout particulièrement attentives à cette étude lors de l'analyse des résultats. Il est vrai que nous avons basé notre revue de littérature sur des articles de qualités diverses, nous en avons tenu compte lors de notre discussion.

Le nombre de participants variait entre 30 et 266 (moyenne = 115.2) et l'âge moyen était de 21.6 ans. Concernant la répartition entre les sexes, les femmes étaient majoritairement représentées dans trois études sur cinq (supérieur à 84%). La moyenne du BMI était de 24.5kg/m², donc dans le haut de la norme « BMI normal » selon l'OMS (1). Il est intéressant de soulever qu'uniquement l'étude de Falker (119) décrivait le nombre d'années de pratique dans les soins (moyenne = 8.2 ans) dans la population étudiée. De plus, cette étude soulignait également que 20% des participants avaient déjà pris part à des précédents programmes traitant de l'obésité. En ce qui concerne les différentes professions représentées dans les études, les professionnels de santé (infirmier-ères, aide-soignant-es) sont étudiés dans deux études alors que trois se basaient sur des étudiants (Bachelor en Santé Publique, kinésiologie, Bachelor en médecine et un Master en Nutrition et Diététique).

Les interventions réalisées étaient pour la plupart des cours dispensés aux participants. Ceux-ci traitaient des causes multifactorielles de l'obésité (génétique, comportementales), du traitement de l'obésité et de la stigmatisation de l'excès pondéral (attitudes négatives, actions discriminatoires, réponses inappropriées). Des témoignages et des jeux de rôles étaient aussi proposés dans l'étude de Rukavina (122). Deux interventions par des cours se focalisaient sur la chirurgie bariatrique, en lien avec l'obésité. Les méthodes d'enseignement étaient variables (professeur, self-learning, recherche et lecture d'articles, examen final). Une seule étude proposait une intervention différente. En effet, les participants de l'étude de Swift (123) étaient invités à visionner deux films sur la stigmatisation de l'obésité et des stratégies de diminution de celle-ci.

Au total, huit questionnaires d'évaluation de la stigmatisation de l'excès pondéral ont été utilisés. Ceux-ci évaluaient la stigmatisation implicite ou explicite et sont présentés ci-dessous :

Tableau 12 : Classement des questionnaires par type de stigmatisation

Stigmatisation implicite	Stigmatisation explicite
- BAOP	- AFAT
- IAT	- AFA
- F-scale	- ATOP
- Dieting Beliefs Scale	- Care of the Bariatric Patient Nursing Survey

Tableau 13 : Caractéristiques des études incluses

Auteurs et date	Design étude	Population							Intervention		Tests statistiques	
		Nbr	Sexe	Âge	BMI	Années de pratique dans les soins	Programme obésité précédemment suivi	Type de profession	Origine	Description		Questionnaires
Falker A – 2011 (119)	EENC	30	F = 87 % H = 10 % I = 3 %	-	\bar{x} = 28.5 kg/m ² Normal = 40 % Surpoids = 16 % Obèse = 37 % Extrêmement obèse = 7%	\bar{x} = 8.2 ans	Oui = 20 % Non = 79 % NSP = 1 %	Infirmière = 80% Secrétaire = 3% Aide-soignant = 17%	-	Cours « self-learning » de sensibilisation à la chirurgie bariatrique (connaissances, compréhension et causes de l'obésité) Cours d'informations sur les stéréotypes de chirurgie bariatrique, les causes de l'obésité, les actions discriminatoires, attitudes négatives et les réponses inappropriées des professionnels de santé.	Questionnaire sociodémographique et anthropométrique Care of the Bariatric Patient Nursing Survey (pré-post)	Tests descriptifs : moyenne
Gujral H – 2011 (120)	ECNR	266	-	-	Normal ou surpoids = 73.1% (H1) et 76% (H2) Obésité = 21.4% (H1) et 18.8 % (H2)	-	-	Infirmière	-	Hôpital 1 (H1) = centre de chirurgie bariatrique, cours online de sensibilisation à la chirurgie bariatrique Hôpital 2 (H2) = pas de chirurgie bariatrique, pas de cours spécialisé	Questionnaire sociodémographique et anthropométrique ATOP (pré-post) BAOP (pré-post)	Tests descriptifs + variance + Wilcoxon + intervalle de confiance + corrélation + p-valeurs
O'Brien K – 2010 (121)	ECR	159	F = 85 % H = 15 %	20.29 ans ± 2.32	23.13 kg/m ² ± 4.12	-	-	Etudiants en Santé Publique (Bachelor)	Européens = 94 % Asiatique = 4 % Îles = 2 %	4X1h de cours 1/sem pour 3 groupes (1 ^{er} = alcool et jeunes, 2 ^{ème} = prévalence obésité, causes comportementales, TTT de l'obésité, 3 ^{ème} = génétique et causes socio-environnementales de l'obésité), lectures, recherches d'articles, discussion et examen oral + écrit à la fin de la thématique	Questionnaire sociodémographique et anthropométrique AFA (pré-post) IAT (pré-post) BAOP (pré-post) Dieting Beliefs Scale (pré-post)	Tests descriptifs + ANOVA, covariances, corrélation de Pearson
Rukavina P – 2010 (122)	ECNR	78	F = 33 % H = 65 % I = 2 %	21.63 ans ± 1.49	-	-	-	Etudiants kinésiologues	Européens = 71 % Africains = 26 % Hispanique = 1 % Autre = 1 % Indéterminé = 1 %	Cours en présentiel et self-learning (stigmatisation obésité, causes multifactorielles de l'obésité, témoignage et jeux de rôle) et proposer de l'activité physique aux enfants en surpoids.	Questionnaire sociodémographique et anthropométrique AFAT (pré-post) IAT (pré-post)	Test descriptifs, ANOVA, MANOVA, Likert value of 3, t-test, 2x2
Swift J – 2013 (123)	ECR	43	F = 84 % H = 16 %	22.9 ans	21.9 kg/m ² ± 3.4	-	-	Etudiants en Nutrition et Diététique (Master) et étudiants en médecine (Bachelor)	-	Intervention : 2 films de 17 minutes sur la stigmatisation de l'obésité avec des stratégies de réduction de celle-ci. Le film contrôle était un film de 34 minutes sur un documentaire historique.	Questionnaire sociodémographique et anthropométrique F-Scale (pré-post) BAOP (pré-post) AFA (pré-post) IAT (pré-post)	ITT, ANOVA, t-test par paire, Friedman test, Mann-Whitney et Wilcoxon, p-valeur

6.3. Résultats des études

Nos résultats sont présentés en deux parties distinctes : par type d'intervention et par questionnaires utilisés. Afin de mieux les comprendre, un tableau les résumant se trouve en pages 40 à 42 (cf. Tableau 14 : Synthèse des résultats de l'impact des interventions sur la stigmatisation).

6.3.1. Résultats par intervention

Comme décrit précédemment, les interventions peuvent se classer en deux catégories : cours et films, que nous allons détailler dans ce chapitre.

Cours

Deux études ont traité de la stigmatisation au travers de la chirurgie bariatrique et la stigmatisation en self-learning. L'étude de Falker (119) a montré que cette intervention peut diminuer la stigmatisation par les professionnels de santé, sans faire de différence entre les types de stigmatisation. L'étude de Gujral (120) a également démontré un effet positif d'un cours de sensibilisation à la chirurgie bariatrique et la stigmatisation. De plus, celle-ci a différencié l'effet de l'intervention sur les types de stigmatisation. La stigmatisation explicite (ATOP) a été positivement modifiée, contrairement à la stigmatisation implicite (BAOP) qui n'a pas eu une modification significative (120).

La mise en place de cours en présentiel et en self-learning ainsi que de témoignages et de jeux de rôle a été évalué par l'étude de Rukavina (122). Les résultats ont indiqué un effet moindre de l'intervention, c'est-à-dire que les stigmatisations implicite et explicite n'ont été que peu modifiées (cf. 6.3.2. Résultats par questionnaires utilisés) (122). Dans l'étude d'O'Brien (121), deux types de cours ont été proposés : causes de l'obésité contrôlables (alimentation et activité physique)⁶ et non contrôlables (gènes, environnement)⁷ en comparaison avec un groupe contrôle⁸. Les participants du cours sur les causes non contrôlables ont présenté une diminution des deux types de stigmatisation (implicite et explicite). Les étudiants du cours sur les causes contrôlables ont au contraire augmenté leur stigmatisation implicite envers l'excès pondéral. La stigmatisation explicite a diminué légèrement (cf. 6.3.2. Résultats par questionnaires utilisés) (121).

Films

Dans l'études de Swift (123), les participants du groupe d'intervention ont visionné deux films sur l'attribution des causes contrôlables du poids, l'influence de l'empathie et les stéréotypes de l'excès pondéral. Cette intervention a démontré un effet positif sur la stigmatisation implicite et explicite, même après 6 semaines (123).

⁶ Représenté par l'intervention n°1 (I n°1)

⁷ Représenté par l'intervention n°2 (I n°2)

⁸ Représenté par le groupe contrôle (C)

Tableau 14 : Synthèse des résultats de l'impact des interventions sur la stigmatisation

Auteur et date	Intervention	BMI	Réduction de la stigmatisation	Autres	Questionnaire(s) utilisé(s)	Comparaison	Résultats	Qualité
Falker A – 2011 (119)	Module de sensibilisation à la chirurgie bariatrique pour les professionnels de santé	Moyenne = 28.5kg/m ² Normal = 40 % Surpoids = 16 % Obèse = 37 % Extrêmement obèse = 7%	Oui		Care of Bariatric Patient Nursing Survey	Avant Après	40 % conscient de l'impact de leurs attitudes sur les patients 30 % connaissent les stéréotypes négatifs 23% sont sensibles aux besoins des patients 60 % conscient de l'impact de leurs attitudes sur les patients 50 % connaissent les stéréotypes négatifs 37% sont sensibles aux besoins des patients	-
Gujral H – 2011 (120)	Hôpital 1 (intervention) = cours de sensibilisation à la chirurgie bariatrique Hôpital 2 (contrôle) = rien	Normal et surpoids = 73.1% (H1) et 76% (H2) Obésité = 21.4% (H1) et 18.8 % (H2)	Oui pour explicite. Non pour implicite.	Pas de différence significative entre les 2 hôpitaux en fonction du BMI. Attention cette étude n'avait pas assez de puissance pour trouver des résultats statistiquement significatifs.	ATOP BAOP ATOP BAOP	Hôpital 1 Hôpital 2	Moyenne = 18.0 Moyenne = 67.1 Moyenne = 16.1 (p-valeur entre 2 hôpitaux = 0.03) Moyenne = 67.1 (p-valeur entre 2 hôpitaux = 0.86)	+
O'Brien K – 2010 (121)	3 groupes : 1 = Alcool et jeunesse 2 = Diet et exercice pour l'obésité 3 = Gènes et environnement de l'obésité	23.13 kg/m ² ± 4.12	Oui	Baseline = pas de différence entre les groupes.	BAOP AFA IAT Dieting Beliefs Scale BAOP AFA	Avant Après	Identique entre les 3 groupes. Identique entre les 3 groupes. Tous très stigmatisant au début (14 et 11 pts). Good-bad : 14x plus d'attribut négatif pour les personnes obèses. Motivated/lazy : 11x plus d'attributs négatifs pour personnes obèses. - Aucun changement pour les 3 groupes. Plus le BMI augmente plus le Willpower diminue. Gènes/environnement : Willpower augmente pré-post (p : 0.001). Diminution du dislike pré-post (p : 0.006) Alcool : Willpower augmente pré-post (p : 0.003) Diet/AP : Pas de changements ANOVA : Les différences entre les groupes ne sont pas significatives (p > 0.05)	Ø

					IAT		Plus l'âge augmente, plus l'implicite diminue. Plus le BMI augmente, plus le « motivated/lazy » s'améliore. Gènes/environnement : diminution (-27%) significative du good/bad Diminution du motivated/lazy (-12%). Alcool : pas de changement pour good/bad Diet/AP : pas de changement pour good/bad Augmentation du motivated/lazy de 27%	
					Dieting Beliefs Scale		Diminution dans le groupe 1 n°2 pour <i>diet and personal control</i> et pour <i>diet, genes and luck</i> .	
Rukavina P – 2010 (122)	Cours sur l'obésité et mise en place d'un programme d'activité physique chez les jeunes obèses	-	Effet moindre.	87% pensent que l'obésité est sous le contrôle de la personne 10 % ne pense pas. 3 % n'ont pas répondu. Ceux qui pensent que c'est sous contrôle de la personne = + de stigmatisation Histoire familiale d'obésité : 9% oui, 90% non, 1% n'a pas répondu. Histoire personnelle d'obésité : 6% oui, 93% non, 1% n'a pas répondu. Attention , possibilité de sensibilisation par le pré-test.	AFAT	Avant	Selon la moyenne : pas de stigmatisation explicite. Mais si on regarde résultats individuellement les questions, stigmatisation selon certains items.	∅
					IAT		Présence dans les deux groupes de stigmatisation implicite forte (smart/stupid ; motivated/lazy)	
					AFAT	Après	Intervention : Diminution pour <i>social/character disparagement</i> et pour <i>weight control/blame</i> mais pas pour <i>physical attractiveness</i> . Contrôle : augmentation chez <i>social/character disparagement</i> . Si non pas autre changement.	
					IAT		Pas de changement significatif dans les 2 items et les 2 groupes.	
Swift J – 2013 (123)	Intervention : 2 films de 17 minutes sur la stigmatisation de l'obésité avec des stratégies de réduction de celle-ci. Contrôle : film de 34 minutes sur un documentaire historique.	21.9 kg/m ² ± 3.4	Oui	Pas de différence entre les groupes (genre, âges). Mais groupe intervention = plus d'étudiants en diététique et BMI plus haut que groupe contrôle. À 6 semaines, les groupes étaient toujours comparables en âge, genre et cours.	BAOP	Avant	Moyenne = 11.3 → croyances stigmatisantes ++	+
					AFA		Willpower : Moyenne = 5.6, pas de différence entre groupe Dislike : Moyenne = 1 Bad/good : moyenne = 4.4 Lazy/motivated : moyenne = 5.5 → Présence de stigmatisation implicite	
					IAT		Résultats en dessous de la moyenne pour les 2 groupes.	
					F-Scale			
					BAOP	Juste après le film	Intervention : augmentation du score (p < 0.001) → moins de croyance que c'est sous contrôle personnel. Contrôle : pas de changement	
					AFA		Willpower : Intervention : diminution du score (p : 0.01) Contrôle : pas de changement	

							<p>Dislike : <u>Intervention :</u> diminue significativement ($p < 0.05$) <u>Contrôle :</u> pas de changement</p>
					IAT		<p>Intervention : diminution Contrôle : diminution</p>
					F-Scale		<p>Intervention : diminution significative ($p < 0.001$) Contrôle : pas de changement</p>
					BAOP	6 semaines après	<p>Intervention : score maintenu ($p < 0.05$) Contrôle : pas de changement</p>
				AFA	<p>Willpower : <u>Intervention :</u> légèrement remonté mais toujours plus bas que contrôle ($p < 0.05$) <u>Contrôle :</u> pas de changement. Dislike : <u>Intervention :</u> maintenu. <u>Contrôle :</u> pas de changement</p>		
				IAT	-		
				F-Scale	<p><u>Intervention :</u> pas de changements significatifs entre le début et à 6 semaines <u>Contrôle :</u> pas de changement</p>		

6.3.2. Résultats par questionnaires utilisés

Stigmatisation explicite

Attitude Toward Obese People (ATOP)

Ce questionnaire sur la stigmatisation explicite a été utilisé uniquement dans l'étude de Gujral (120). Il a présenté une moyenne significativement différente (p-valeur = 0.03) entre l'hôpital 1 et l'hôpital 2 (18.0 Vs. 16.1).

Anti-Fat Attitude Questionnaire (AFA)

Deux études ont utilisé le questionnaire AFA qui mesure la stigmatisation explicite. Ces études se sont basées sur les scores « Willpower » et « Dislike ». Les résultats chiffrés se trouvent dans le tableau suivant (121,123).

O'Brien (121) a tout d'abord démontré que plus le BMI augmente, plus le score de l'AFA est bas donc moins les participants sont stigmatisants. Etonnamment, le score de « Willpower » a augmenté significativement pour le groupe contrôle et le groupe intervention n°2. Pour le critère « Dislike », le groupe intervention n°2 a diminué son score significativement après l'intervention (p-valeur = 0.006) (121).

Chez Swift (123), l'item « Willpower » n'a pas montré de différence entre les groupes avant l'intervention. En post-intervention, le groupe d'intervention a présenté un score significativement plus bas que le groupe contrôle (p-valeur = <0.01), mais pas 6 semaines plus tard. Pour le second item, « Dislike », les résultats pour le groupe d'intervention ont été significativement diminués entre pré-intervention et post-intervention (p-valeur = <0.05). Cependant, les résultats après 6 semaines n'étaient pas significatifs. Le groupe contrôle n'a pas démontré de changements significatifs dans le temps (123).

Tableau 15 : Résultats chiffrés du questionnaire AFA

		Avant	Après	6 semaines après
O'Brien (121)	<i>Willpower</i>	C : 4.6 I n°1 : 5.4 I n°2 : 4.4	C : 5.4 I n°1 : 5.1 I n°2 : 5.1	
	<i>Dislike</i>	C : 2 I n°1 : 2.2 I n°2 : 2.1	C : 2 I n°1 : 2 I n°2 : 1.7	
Swift (123)	<i>Willpower</i>	C : 5.78 I : 5.42	C : 5.94 I : 3.88	C : 5.76 I : 4.64
	<i>Dislike</i>	C : 2.39 I : 1.86	C : 2.15 I : 1.45	C : 2.54 I : 1.57

C = Groupe contrôle / I n°1 = Intervention sur les causes contrôlables / I n°2 = Intervention sur les causes non-contrôlables

Care of the Bariatric Patients Survey

Seule l'étude de Falker (119) utilise ce test. Avant l'intervention, 40% du personnel soignant était conscient de l'impact de leurs attitudes auprès des patients, contre 60% en post-intervention. Une augmentation de la connaissance des stéréotypes négatifs a été relevée (50% contre 30%). Le personnel soignant montrait un taux de sensibilité accru aux besoins des patients après les cours (37% contre 23%) (119).

Anti-Fat Attitude Test (AFAT)

Ce questionnaire a été utilisé dans une seule étude. Il a présenté les résultats suivants : au départ, les résultats généraux du test ont démontré que les participants n'étaient pas stigmatisants pour le total des réponses mais qu'ils l'étaient pour certains items uniquement (« la plupart des gens obèses achètent trop de junk-food », « si les gens voulaient vraiment perdre du poids, ils pourraient », « si j'étais célibataire, je voudrais sortir avec une personne obèse », « les personnes obèses ne devraient pas porter de vêtements trop courts »). En post-intervention, il n'y a pas eu de changement significatif pour l'item « Physical Attractivness ». A contrario, l'item « Weight Control/Blame » a montré une différence significative. Finalement, en post-intervention les items « Weight control/blame » et « Social Character Disparagement » ont diminué tandis que l'item « Physical Attractivness » n'a pas changé de résultat. Le groupe contrôle avait, lui aussi, augmenté son score pour le « Social Character Disparagement » (122).

Stigmatisation impliciteBeliefs About Obese People (BAOP)

Trois de nos études sélectionnées utilisaient le questionnaire BAOP (stigmatisation implicite) (120,121,123). De même que pour l'AFA, un tableau présentant les résultats chiffrés se trouve ci-dessous. L'étude de Gujral (120) a évalué le taux de stigmatisation chez des infirmières entre deux hôpitaux avec soins aux personnes obèses (avec et sans chirurgie bariatrique). Finalement, ce taux était identique entre les deux groupes et une seule mesure a été effectuée (120).

Chez O'Brien (121), il a été relevé que le score a légèrement augmenté après l'intervention pour les 3 groupes (contrôle (C), intervention n°1 (I n°1) et intervention n°2 (I n°2)). Cependant, il n'y a pas de p-valeur pour indiquer la significativité des résultats (121).

La dernière étude à avoir utilisé ce questionnaire est celle de Swift (123). Avant l'intervention, le groupe contrôle et le groupe intervention avaient une forte croyance que l'obésité était sous contrôle personnel. Le groupe d'intervention a augmenté significativement son score (moins de stigmatisation implicite) juste après l'intervention (p-valeur = <0.001). En revanche, ce score diminuait à 6 semaines post-intervention, mais restait néanmoins supérieur à celui du départ. Le groupe contrôle n'a pas montré de changement significatif entre les trois moments de mesure (123).

Tableau 16 : Résultats chiffrés du questionnaire BAOP

	Avant	Après	6 semaines après
Gujral (120)	H1 : 67.1 H2 : 67.1		
O'Brien (121)	C : 13.7 I n°1 : 13.5 I n°2 : 12.9	C : 14.1 I n°1 : 14.3 I n°2 : 13	
Swift (123)	C : 11.4 I : 11.2	C : 11.7 I : 19.9	C : 11 I : 13.7

C = Groupe contrôle / I n°1 = Intervention sur les causes contrôlables / I n°2 = Intervention sur les causes non-contrôlables

Implicit Association Test (IAT)

Le questionnaire IAT a été utilisé par trois études. Celui-ci se compose de deux items « Good/Bad » et « Motivated/Lazy » qui sont résumés dans le tableau ci-dessous. La première étude n'a utilisé qu'un item (Motivated/Lazy). Avant l'intervention, tous les groupes étaient stigmatisants. En revanche, aucun changement significatif n'a été relevé suite à l'intervention (121–123).

O'Brien (121) a démontré une association négative entre l'âge et le score de l'IAT au début de l'étude, c'est-à-dire que les participants les plus âgés étaient les moins stigmatisants. Il en était de même pour le BMI et l'item « Motivated/Lazy ». Il a aussi été soulevé que les deux scores étaient très représentés dans les trois groupes au début de l'étude. Le groupe d'intervention n°2 a diminué son score « Good/Bad » de 27% et de 12% pour « Motivated/Lazy ». Tandis que le groupe d'intervention n°1 a augmenté son score pour « Motivated/Lazy » (121).

L'étude de Swift (123) a montré la présence d'un biais implicite dans les deux groupes avant l'intervention. Étonnement, le score des deux groupes a diminué dans les deux items en comparaison avant-après l'intervention. L'auteur a souligné un possible manque de puissance statistique qui expliquerait ces résultats (123).

Tableau 17 : Résultats chiffrés du questionnaire IAT

		Avant	Après
Rukavina (122)	<i>Motivated/Lazy</i>	C : - 8.23 I : - 8.74	C : - 8.31 I : - 9.33
O'Brien (121)	<i>Good/Bad</i>	C : 14.3 I n°1 : 14 I n°2 : 14.2	C : 14.6 I n°1 : 14.4 I n°2 : 10.3
	<i>Motivated/Lazy</i>	C : 11.6 I n°1 : 10.3 I n°2 : 11	C : 12.4 I n°1 : 13.1 I n°2 : 9.7
Swift (123)	<i>Good/Bad</i>	C : 5.0 I : 3.8	C : 2.7 I : 2.7
	<i>Motivated/Lazy</i>	C : 6.7 I : 4.5	C : 5.4 I : 2.6

C = Groupe contrôle / I n°1 = Intervention sur les causes contrôlables / I n°2 = Intervention sur les causes non-contrôlables

Fat phobia Scale (F-Scale)

Dans l'étude de Swift (123), le F-scale a été réalisé auprès de la population étudiée. Il en est ressorti que les deux groupes ont montré un résultat en dessous de la moyenne au départ (C : 3.9 et I : 3.6). Une diminution significative entre avant et après dans le groupe intervention a aussi pu être soulignée (ce qui signifie qu'ils sont moins stigmatisant). Il n'y a en revanche pas de différence dans ce groupe entre avant l'intervention et à 6 semaines post-intervention (le résultat est pratiquement équivalent à la mesure de départ). Pour le groupe contrôle, aucune différence significative aux trois moments de mesure n'a pu être relevé (123).

Dieting Beliefs Scale

Le dernier test utilisé dans nos cinq études sélectionnées est le Dieting Beliefs Scale. Seul O'Brien (121) a choisi d'utiliser ce test. Il a observé une tendance à la diminution de la croyance

que l'obésité est causée par un manque de contrôle personnel et de volonté. Le groupe d'intervention n°2 a baissé son score pour l'item « Diet and Personal Control » (en comparaison avec les autres groupes) ainsi que dans l'item « Diet, Gene and Luck » (121).

6.3.3. Résultats en fonction des mesures anthropométriques

Un dernier point qu'il était essentiel de faire ressortir dans ce chapitre de résultat est l'étude de Gujral (120) qui a choisi d'associer les tests ATOP et BAOP avec le BMI de la population étudiée (120). Ce qu'il en est ressorti est qu'une possible association entre le BMI et les attitudes ou croyances stigmatisantes est faible et peu significative. Il en a donc tiré la conclusion que le BMI n'influence pas systématiquement le taux de stigmatisation.

6.4. Conclusion des résultats

Au terme de ce chapitre, nous avons pu relever que les cinq types d'interventions ont eu un effet sur la réduction de la stigmatisation implicite et/ou explicite des participants. Pour ce qui est des questionnaires, un résultat significatif a pu être démontré dans les études sélectionnées pour les six questionnaires suivants : ATOP, AFA, Care of the Patient Survey, BAOP, F-Scale et Dieting Beliefs Scale. Ceux-ci étudiaient autant la stigmatisation explicite qu'implicite. Les deux questionnaires n'ayant pas exprimé de résultats significatifs sont AFAT et IAT.

7. Discussion

Dans ce chapitre, nous allons reprendre les résultats pertinents de notre revue de littérature, dans le but de les interpréter et les mettre en relation avec la littérature. Nous discuterons également des limites, biais et points forts de ce travail.

7.1. Synthèse des résultats

Pour rappel, notre question de recherche était : « *Est-ce que des actions de sensibilisations au sujet de la stigmatisation des individus souffrant de surpoids ou d'obésité auprès des diététicien-ne-s diplômé-es ont un effet sur les comportements/attitudes potentiellement stigmatisants de ceux-ci lors de la prise en charge de ces personnes ?* »

Les principaux résultats ont montré une amélioration de la stigmatisation explicite. En revanche, la stigmatisation implicite n'a été que peu améliorée. Au total, huit questionnaires différents ont été utilisés dans les études. Six d'entre eux ont montré des résultats significatifs. Nous pouvons donc confirmer que mener des actions de sensibilisation au sujet de la stigmatisation de l'excès pondéral auprès des professionnels de santé tend à la diminuer.

Notre sous-question de recherche était : « *Quelles sont les composantes des programmes qui semblent modifier le mieux les comportements/attitudes potentiellement stigmatisants des diététicien-ne-s diplômé-es concernant les individus en excès pondéral ?* »

Pour donner suite à nos principaux résultats, nous avons constaté que les deux types d'interventions (cours et films) ont influencé positivement les attitudes et croyances stigmatisantes des participants. Il est nécessaire de souligner qu'il existe peut-être d'autres types d'interventions pouvant réduire la stigmatisation. Or, dans notre revue de littérature, les études avaient mis en place uniquement des cours (soit en self-learning, soit avec un professeur) ou des films.

Nos hypothèses étaient que les interventions menées auprès des professionnels de santé diminuaient tout type de stigmatisation et que les cours dispensés par des experts ou ateliers avaient le plus d'impact sur celle-ci. Cependant, nous avons pu relever que la stigmatisation implicite est plus difficilement modulable, en comparaison avec la stigmatisation explicite. Les cours ainsi que les films sont des interventions pouvant modifier positivement la stigmatisation.

7.2. Interprétation des résultats et mise en perspective

Stigmatisation : rappel des impacts et effets d'une réduction de celle-ci

Comme expliqué dans notre cadre de référence, la stigmatisation de l'excès pondéral engendre de nombreuses conséquences sur la personne atteinte. Les principaux impacts sont notamment d'ordre psychique (baisse de l'estime de soi, anxiété et dépression), biologique (augmentation du taux de cortisol, impact sur le comportement alimentaire, maintien du poids et augmentation du risque de syndrome métabolique) et socio-environnemental (diminution de l'employabilité, injustice sociale, diminution du recours au soin) (5,61,65,66,84,85,90–98). La figure ci-dessous illustre l'impact global de la stigmatisation de l'excès pondéral sur le maintien voire la péjoration de ce dernier.

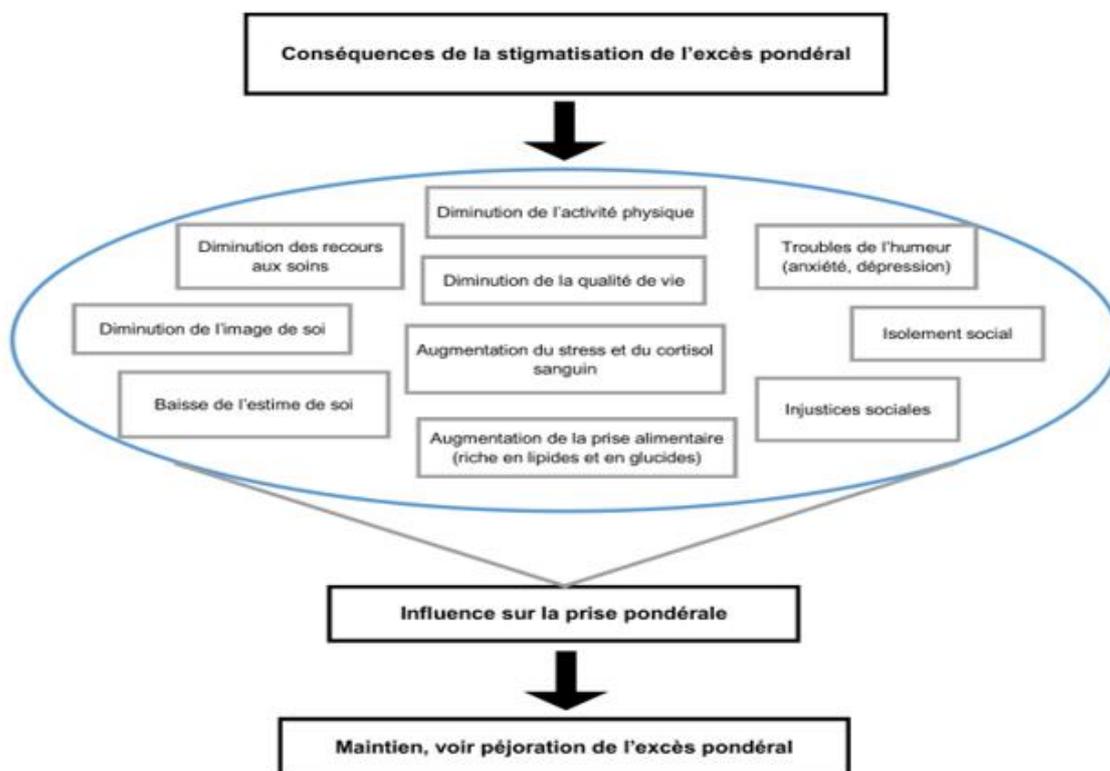


Figure 5. Résumé des conséquences et impacts de la stigmatisation de l'excès pondéral

Le professionnel de santé stigmatisant adopte, quant à lui, diverses attitudes estimées comme non adéquates. Une attitude non verbale inappropriée (posture fermée, regard non soutenu, une position de retrait), un temps de consultation réduit, moins d'engagement dans la relation thérapeutique et une tendance à proposer moins d'interventions (5,82).

Les effets (social, psychologique, ...) de la réduction de la stigmatisation ne sont pas encore suffisamment étudiés. En revanche, au terme de ce travail, nous pouvons en déduire que diminuer la stigmatisation par les professionnels de santé améliorerait la prise en charge des patients en excès pondéral. Nous pensons que placer la relation professionnel-patient au centre de la prise en charge est primordiale. Ainsi, nous pouvons par exemple espérer une meilleure adhésion aux traitements, une amélioration de l'alliance thérapeutique et une assiduité aux rendez-vous. De plus, de nombreux bénéfices sont aussi à souligner pour le patient (amélioration de la qualité de vie, meilleure estime de soi, amélioration des liens sociaux, ...). Selon nous, il n'existe pas d'effet négatif direct à la diminution de la stigmatisation.

Maintien des résultats dans le temps

Dans une seule de nos études sélectionnées, les mesures ont été réalisées avant, après et à six semaines post-intervention. L'intervention se basait sur deux films au sujet de la stigmatisation de l'obésité et des stratégies de réduction de celle-ci, avec un groupe contrôle visionnant un film historique. Les deux types de stigmatisation ont été mesurés (explicite et implicite). Il est intéressant de souligner qu'à la suite de l'intervention, la stigmatisation explicite ainsi que l'implicite se sont abaissées chez le groupe d'intervention. Cependant, après six semaines, le taux de stigmatisation mesuré est alors remonté, mais sans atteindre le taux initial pré-intervention (123). Il est donc possible d'imaginer que les interventions fonctionnent rapidement, mais que leur maintien dans le temps est faible et qu'il serait nécessaire de maintenir des actions de manière ponctuelle et régulière.

En effet, comme le souligne Sartorius (124), suite à un programme de diminution de la stigmatisation de la schizophrénie, toute action visant à réduire la stigmatisation doit s'inscrire dans un processus de longue durée. De plus, il estime que l'évaluation de tout programme devrait porter sur l'amélioration perçue par les personnes stigmatisées et non sur la réduction de celle-ci sur la population étudiée (124).

Stigmatisation implicite et explicite

En 2010, une revue systématique de la littérature a été effectuée par Danielsdottir et al. au sujet de la réduction de la stigmatisation explicite (125). Les interventions réalisées portaient sur la manipulation des croyances sur les causes de l'obésité, le suscitement de l'empathie et de l'acceptation, les consensus et normes sociales ou encore des stratégies combinant plusieurs de ces facteurs. Il en est ressorti que, de manière générale, les diverses méthodes employées ne diminuaient pas significativement la stigmatisation. Cependant, celle concernant les normes sociales est la plus prometteuse. La conclusion finale est d'autant plus alarmante. Il souligne le manque d'efforts pour la recherche à ce sujet, un manque d'intérêt, ainsi qu'une acceptation de la stigmatisation par notre société. Il affirme aussi qu'il serait plus aisé de modifier les croyances et comportements menant à de la stigmatisation plutôt que la stigmatisation explicite ou implicite en elle-même. En effet, les connaissances des causes non contrôlables de l'obésité étaient mieux intégrées, tandis que le sentiment d'aversion de l'obésité était maintenu (125). Notre travail est en accord avec ces résultats. Il est vrai que la stigmatisation implicite est difficilement modifiable, comme représentée par ce sentiment retrouvé dans la revue de littérature de Danielsdottir et al (125). Nous hypothétisons que ce type de stigmatisation est entre autres influencé par l'éducation, les expériences personnelles et les connaissances de l'individu. Les interventions basées sur l'évolution des connaissances ne peuvent modifier que partiellement cette stigmatisation. De plus, nous savons qu'un changement de comportement demande une mise en place et un suivi sur le long terme. Une croyance ancrée et établie depuis l'enfance est alors d'autant plus difficile à modifier (50–52). Comme le souligne Sartorius (124), les attitudes et comportements sociaux sont profondément ancrés et ne peuvent être modifiés en quelques heures ou jours de sensibilisation (124).

Professionnels de santé, diététicien-ne-s et étudiants en santé : quelle(s) disparité(s) ?

Comme exprimé dans le chapitre de la méthodologie, il n'existe pas suffisamment d'études sur la diminution de la stigmatisation chez les diététicien-ne-s. C'est pourquoi, nous avons pris la décision d'élargir notre revue de littérature aux professionnels de santé. Or, les diététicien-ne-s étant fréquemment en contact avec des personnes en excès pondéral, il serait intéressant de mener des études sur cette population. Nous ne pouvons affirmer qu'une intervention de sensibilisation agirait mieux sur les diététicien-ne-s que sur tout autre professionnel de santé. Cependant, elle permettrait une prise de conscience de l'impact de leurs attitudes et croyances potentiellement stigmatisantes sur la prise en charge de l'excès pondéral. Parallèlement, très peu d'heures d'enseignement sont dédiées à ce sujet dans le cursus de formation suisse, bien qu'il existe à ce jour des formations continues (entretien motivationnel, éducation thérapeutique) visant à perfectionner la relation au patient et l'accompagnement de celui-ci. Il serait primordial de créer une formation continue sur la stigmatisation de l'excès pondéral, amenant des recommandations pratiques aux professionnels. A cela s'ajoute aussi les étudiants en santé. En effet, trois de nos cinq études sont basées sur ce type de population (121–123). Il est difficile d'estimer si le fait qu'ils soient étudiants modifie leurs comportements ou croyances stigmatisantes. Selon nous, et comme appuyé par la littérature, la stigmatisation implicite, qui est profondément ancrée en nous peut se manifester dès le plus jeune âge (65). De plus, comme le sujet n'est que peu abordé dans les cursus scolaires, du moins en Suisse (voire en Europe), nous pouvons penser que les attitudes et pensées stigmatisantes sont les mêmes que chez les professionnels de santé diplômés.

Liens avec la société occidentale et les normes sociales

Dans notre cadre de référence, nous avons évoqué la prévalence de la stigmatisation de l'excès pondéral au travers de son origine et de l'impact des médias. Cependant, depuis peu d'années, un nouveau mouvement se met en marche auprès des grandes marques. En effet, nous avons parlé des formes élancées de *Barbie*[®] et *Ken*[®]. Cependant, *Mattel*[®] a sorti trois nouvelles *Barbies*[®] : une de couleur de peau noire, une petite en taille et une avec des formes qui ressemblent plus au standard féminin. Par ce biais, *Mattel*[®] souhaite montrer son adaptation à la culture actuelle de l'acceptation de tous, afin que les enfants puissent s'identifier à un jouet qui leur ressemble (126). Certaines marques de vêtements comme *Mark & Spencer*[®] ont renommé leur gamme « Plus Size » en gamme « Curvy » afin de diminuer la stigmatisation autour de ces vêtements et des personnes qui les portent. En effet, le mot « courbe » a une connotation jugée plus positive, contrairement aux termes « grandes tailles ». Par cette démarche, *Mark & Spencer*[®] souhaitent flatter les femmes s'habillant dans cette gamme et espèrent qu'elles se sentent plus à l'aise (127). Nous nous posons tout de même la question du réel intérêt de ces marques : diminuer leur impact sur la stigmatisation ou profiter d'une nouvelle part de marché ?

Une autre influence commence à faire sa place dans les pensées actuelles : le Body Positive. Ce concept est caractérisé par une acceptation du corps humain tel qu'il est, afin de valoriser l'identité unique de chacun (128). Le but est de diminuer les conséquences de la stigmatisation sur les personnes en excès pondéral, leur estime d'eux-mêmes étant alors plus élevée. Nous imaginons alors que les conséquences de la stigmatisation, détaillées dans le cadre de référence, sont diminuées. Cependant un autre point de vue nous intrigue. L'augmentation de la prévalence de l'excès pondéral dans la population est constante et appuyée par un mouvement de Body Positive, est-ce que les normes sociétales au niveau du poids ont évolué ?

Rappelons qu'une norme sociale s'appuie sur les comportements ou conduites d'une société et qu'elle est souvent composée de jugements, attitudes ou croyances. Elle est l'expression d'une collectivité, elle est désirable, mais n'est pas forcément une vérité. Sa fonction est de distinguer divers événements selon leur désirabilité par le groupe qui la génère. Elle nous inflige implicitement ce qui est correct ou incorrect de penser (129). En sachant que le surpoids et l'obésité sont de plus en plus considérés comme une norme, il est possible que les personnes dans cette situation ne considèrent pas les conséquences sur leur santé. Dans une étude réalisée en Angleterre, il a été relevé que 38,5% des hommes et 17,2% des femmes souffrant de surpoids ou d'obésité considèrent que leurs poids est correct (130). Le pourcentage d'individus qui sous-estime leur poids augmente aussi avec le temps. Il est donc clair qu'ils ne voient pas l'intérêt d'une démarche de perte de poids. De plus, 72,6% des participants estiment être en très bonne santé (130). C'est un point à soulever, car une normalisation de l'excès pondéral peut finalement se trouver fortement liée à une promotion de la prise pondérale. Egalement en lien avec ce mouvement Body Positive et l'acceptation de soi, il est possible que de moins en moins de personnes en situation d'excès pondéral souhaitent perdre du poids.

Un fossé se crée alors entre l'acceptation de soi, la diminution de la stigmatisation et des conseils de santé. En tant que professionnel-le-s de santé spécialisé-e-s en nutrition, nous avons le devoir d'aider les individus à trouver l'alimentation leur correspondant le mieux et ayant le moins de conséquences sur leur état de santé (physique et mentale). Peut-être que nos messages de prévention de l'obésité par le biais d'une alimentation saine et d'une activité physique régulière peuvent être perçus comme de la stigmatisation. Il se peut donc que les patients aient peur d'être jugés négativement par le professionnel de santé et n'osent pas s'engager véritablement dans la relation patient-professionnel (131).

7.3. Limites, biais et points forts du travail

Dans le but de porter un regard critique sur notre travail, nous allons décrire quelques limites et biais de celui-ci, ainsi que les points forts qui peuvent être soulevés.

En ce qui concerne les principales limites, il est notamment possible de citer notre équation de recherche. Malgré nos nombreux essais, celle-ci n'a ressorti qu'un seul article pertinent pour notre revue de littérature, le reste de nos articles ayant été sélectionnés dans les bibliographies des articles lus durant le début du processus de recherche. Dans cette perspective, il est probable que nous ayons omis certains articles pertinents. Une autre limite que nous pouvons soulever est qu'il nous a rapidement fallu élargir notre population à tous les professionnels de santé confondus, ainsi qu'aux étudiants en santé. En effet, le nombre de publications mettant en place des actions de sensibilisation de la stigmatisation de l'excès pondéral auprès des diététicien-ne-s était faible. Il est alors possible que nos résultats aient été influencés par la population étudiée et son niveau initial de sensibilisation à la stigmatisation. Un autre point concerne l'excès pondéral. Il était impossible pour nous de déterminer si les actions mises en place différenciaient ou non le surpoids de l'obésité. Il serait peut-être intéressant d'évaluer une éventuelle disparité de ces deux niveaux d'excès pondéral dans les futures études.

Sur nos cinq études sélectionnées, seules deux montraient une qualité jugée positive selon la grille d'analyse qualité d'articles de revue de littérature de la HEdS (120,123). En ce qui concerne les trois autres articles, deux étaient de qualité neutre et un a été jugé comme ayant une qualité moindre. Les résultats de ces trois articles sont donc à prendre en considération de façon critique (119,121,122). De plus, il existe de nombreux questionnaires susceptibles d'évaluer la stigmatisation. Dans notre revue de littérature, nous en avons recensés huit. Il a parfois été difficile de les comparer entre eux. Dans le cas où il existerait un nombre réduit de questionnaires validés et utilisés dans la plupart des études, il serait plus aisé de les comparer et d'obtenir un résultat uniforme. Finalement, nous avons pu identifier un biais concernant le sujet dans sa généralité. Effectivement, la stigmatisation est souvent étudiée par les mêmes auteurs, dont Puhl. Ce point sera également repris dans le chapitre 8.2 recommandations pour la recherche.

Une interrogation persiste à la fin de ce travail : existe-il des biais (désirabilité sociale et sensibilisation post-questionnaire) entre avant et après l'intervention ? Nous nous questionnons sur le fait que les participants désirent répondre juste et « plaire » via des réponses estimées plus adéquates. La stigmatisation étant un sujet tabou, il est difficile d'accepter et d'affirmer être stigmatisant. De plus, il se pourrait qu'effectuer un questionnaire sur la stigmatisation participe à sa sensibilisation. Il serait alors difficile de discerner les effets de l'intervention ou du test en lui-même.

Lors de la rédaction de notre cadre de référence, nous avons sollicité diverses universités et Hautes Ecoles de France et de Belgique. Cette démarche avait comme but de connaître plus précisément le parcours de formation des étudiants en diététique dans ces pays et de nous renseigner sur des potentielles méthodes de sensibilisation à la stigmatisation. Malheureusement, nous n'avons obtenu qu'une seule réponse à nos mails. Si nous devions reproduire la démarche, il serait judicieux d'envoyer les mails bien à l'avance et éventuellement d'effectuer une relance.

Ce travail contient aussi plusieurs points forts. Malgré des difficultés au sujet de l'équation de recherche, nous avons obtenu le soutien du bibliothécaire du centre de documentation des Caroubiers pour définir quels mots clés utiliser. Puis, nous n'avons pas hésité à élargir nos recherches aux bibliographies de nombreux articles. Au final, nous avons essayé d'ajouter à notre équation de recherche les MeSH Terms utilisés dans les cinq articles sélectionnés.

Grâce à cette démarche, nous avons tenté de diminuer les limites de notre méthodologie. Un autre point fort n'est autre que les mises en perspectives que ce travail a pu fournir. En effet, il s'agit d'un sujet bien étudié, mais encore tabou dans notre société. Etablir des recommandations pour la pratique, mais aussi pour la recherche, pourrait permettre de les insérer dans le domaine médical et plus particulièrement auprès des diététicien-ne-s. De plus, nous avons pu mettre en avant toute la complexité de l'obésité, de la stigmatisation et des rôles des professionnels de santé dans notre cadre de référence riche et complet.

8. Perspectives

Dans cette dernière section, il s'agit d'exposer des recommandations pour la pratique ainsi que la recherche sur la base de nos résultats et de la discussion. Il a déjà été démontré que pour modifier positivement la stigmatisation des personnes en excès pondéral par le grand public, il est possible de montrer des images positives d'individus en excès pondéral (132). Les professionnels de santé peuvent également jouer un rôle primordial auprès de la société, de leurs pairs et des étudiants. Effectivement, ils peuvent être les vecteurs des connaissances sur les causes multifactorielles de l'obésité. Il est également possible de suivre des cours, axés pour les professionnels de santé, auprès de l'Université de Yale. Ce Rudd Center (133) y propose un module de huit cours autoadministrés permettant d'approfondir ou de découvrir les connaissances générales sur la stigmatisation de l'excès pondéral, comment la diminuer et améliorer sa relation avec les patients.

8.1. Recommandations pour la pratique

Pour commencer, comme énoncé dans le cadre de référence, la diminution de la stigmatisation de l'excès pondéral et ses impacts, doit être entreprise tant sur les individus potentiellement stigmatisants (professionnels de santé dans ce travail) que sur les personnes stigmatisées. Nous recommandons aux professionnels de santé de s'inspirer du modèle de Sobal (100) et de le proposer aux patients en excès pondéral souffrant de stigmatisation (chapitre 2.2.6 : Diminuer la stigmatisation ou ses impacts). En effet, celui-ci leur permettrait d'avoir des outils pour faire face à la stigmatisation et d'en réduire les impacts. Afin de limiter la stigmatisation de l'excès pondéral, un certain nombre de recommandations a été établi dans diverses études et sociétés savantes pour la pratique des diététicien-ne-s, ainsi que de tous professionnels de la santé (9,133,134).

Premièrement, il est important de faire la distinction entre la maladie et l'être humain. Identifier un individu comme obèse participe à sa déshumanisation pour le qualifier en tant que maladie. Il serait plus approprié et moins stigmatisant d'identifier ces individus comme souffrant d'obésité ou d'excès pondéral. Nous avons également vu dans le cadre de référence que le discours employé par tout professionnel se doit d'être non jugeant et empathique. Il est donc nécessaire de choisir ses mots et d'éviter ceux qui rendent la personne coupable de sa situation (9,133). Pour ceci, il est recommandé d'avoir une réflexion sur sa pratique personnelle et son attitude auprès des patients en excès pondéral (133). Par exemple, il est important de prendre en considération que les patients souffrant d'excès pondéral ont fait face à de multiples échecs de perte pondérale et expériences négatives en lien avec leur poids (134). La HAS (9) affirme que les personnes souffrant d'excès pondéral sont victimes de stigmatisation et que le médecin doit s'assurer d'en mesurer l'impact sur toutes les dimensions de vie du patient. Elle estime aussi que celui-ci doit tenir compte des préoccupations liées à l'image corporelle, l'estime de soi et la représentation que le patient se fait de sa maladie (9). La prise en charge doit donc prendre en compte, selon l'ASEMO (27), toutes les dimensions de la personne :

- Dimension cognitive (compréhension de la maladie dans son ensemble)
- Dimension affective (lien avec les émotions et sentiments)
- Dimension perceptive (ressenti psychologique et corporel)
- Dimension métacognitive (les valeurs et les projets futurs)
- Dimension infracognitive (les pensées et croyances implicites)

Ceci rejoint également un modèle de prise en charge multidimensionnel des maladies chroniques, illustré ci-dessous. Ce modèle met en avant le rôle actif du patient dans la gestion de sa maladie. Pour ce faire, la prise en charge doit être complète afin de permettre au patient

de mobiliser ses ressources (identifiées par l'équipe soignante) et de les mettre en lien avec des connaissances acquises de sa maladie pour en améliorer l'autogestion.

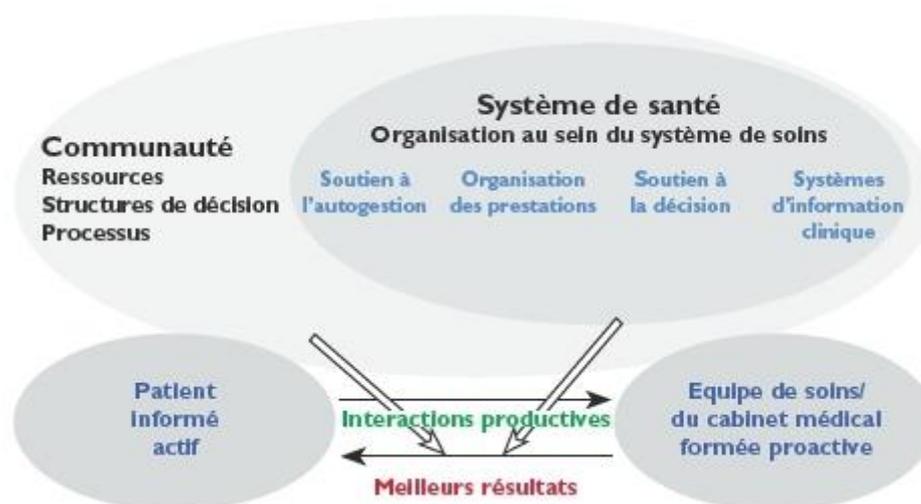


Figure 6. Chronic care model (135)

L'Obesity Society (134) propose quelques questions pour aider le professionnel de santé à réfléchir à sa pratique auprès des individus en excès pondéral, reprises également dans le Consensus du le Traitement de l'Obésité de l'ASEMO en 2016 (27):

Tableau 18 : Questions pour identifier sa propre stigmatisation (traduction libre) (134)

1. Est-ce que je fais des propositions uniquement basées sur le poids ou en prenant en compte le caractère de la personne, son succès professionnel, son statut de santé ou son comportement ?
2. Est-ce que je me sens confortable de travailler avec des personnes de toute corpulence ?
3. Est-ce que je fais des feedbacks appropriés encourageant des changements de comportements bénéfiques sur la santé ?
4. Suis-je sensible aux besoins et préoccupations des personnes obèses ?
5. Est-ce que je traite des personnes ou seulement des maladies ?

Pour donner suite aux différentes lectures ainsi que nos réflexions et expériences professionnelles et personnelles, nous proposons un tableau de recommandations et astuces permettant de diminuer la stigmatisation des individus en excès pondéral par les professionnels de santé :

Tableau 19 : Recommandations pratiques pour diminuer la stigmatisation

Le matériel utilisé devrait toujours être adapté à la personne en situation d'excès pondéral (chaises sans accoudoirs, tensiomètre, toise, pèse-personne, blouses adaptées, lectures non jugeantes) (9,133,134).
Mettre l'accent sur les changements de comportements plutôt que sur le chiffre sur la balance. Proposer d'autres objectifs que le poids (134).
Utiliser des mots corrects et non jugeants. Demander au patient s'il souhaite parler de son poids et comment le nommer (poids, excès pondéral, obésité, ...) (133)
Demander l'autorisation de peser le patient et le faire dans un endroit privé. Le professionnel doit noter le poids sans commentaire (133). Respecter un patient qui ne veut pas se peser ou qui ne souhaite pas savoir son poids.
Reconnaître qu'une perte de poids minime peut entraîner des modifications bénéfiques pour la santé (134)
Proposer des conseils concrets adaptés à l'individu, au lieu de simplement lui dire de « perdre du poids » (134).
Explorer toutes les causes du problème présenté, pas uniquement le poids (134).

8.2. Recommandations pour la recherche

Un point régulièrement soulevé par un bon nombre d'études est les biais et les limites de leur méthodologie. Il serait nécessaire d'adopter une méthodologie plus rigoureuse pour de futures recherches (125,133). L'étude de Swift propose de faire passer le premier questionnaire quelques jours avant le début de l'intervention afin de limiter le biais de désirabilité sociale (123). Nous ajoutons qu'il serait intéressant de distinguer le surpoids et l'obésité dans les recherches afin d'évaluer s'il existe une différence entre les deux types d'excès pondéral. De plus, la différence de stigmatisation entre les genres ou l'âge des personnes en excès pondéral pourrait être un point à approfondir. Ceci permettrait de faire plus d'études sur le sujet et surtout de varier les auteurs des études pour en diminuer les biais et élargir les points de vue. Sartorius (124) souligne qu'un programme de réduction de la stigmatisation devrait être multidisciplinaire afin d'éviter les disparités entre les professionnels de santé. De plus, celui-ci devrait inclure des individus ayant subi de la stigmatisation à propos de leur excès pondéral afin de parler de leur ressentis et atteintes sur leur estime d'eux-mêmes (124).

Au niveau de l'évaluation des programmes, il faudrait évaluer l'amélioration de la qualité de vie sur la population touchée et non uniquement la réduction de la stigmatisation (124). Ceci permettrait de justifier la mise en place de programmes auprès de cette population. Evaluer également une réduction de la stigmatisation couplée avec des stratégies pour le patient pour y faire face serait d'autant plus pertinent pour mesurer l'amélioration de la qualité de vie des individus.

De manière générale, il a été démontré que des programmes en ligne semblent être prometteurs pour diminuer la stigmatisation et impacterait sur tous les professionnels de santé confondus (133).

9. Conclusion

L'excès pondéral est un problème de santé de plus en plus prévalent. Les conséquences engendrées ont de nombreux impacts au niveau physique, psychique et social. De plus, la stigmatisation qui s'y ajoute les accentue. Les professionnels de santé agissant auprès des patients souffrant de surpoids et d'obésité ont un taux de stigmatisation égal à celui de la population générale.

Le but principal de ce travail était d'observer les différents programmes de sensibilisation à la stigmatisation de l'excès pondéral auprès des diététicien-ne-s. Nous avons dû élargir notre population à tous les professionnels de santé et aux étudiants en santé, suite à un manque d'études sur les diététicien-ne-s. Il s'agissait également d'étudier quelles composantes de ces programmes étaient les plus efficaces. Nous avons pu ressortir qu'une intervention basée sur des cours (causes de l'obésité, stigmatisation, traitements, ...) ainsi que des films sur la stigmatisation de l'excès pondéral tend à réduire principalement la stigmatisation explicite. Nous soulignons que la stigmatisation implicite est plus difficilement modifiable et que des programmes plus soutenus (théorie, mise en situation, exercices, témoignages, durée, intervenants, ...) permettraient de la diminuer.

Notre second but était de rendre les diététicien-ne-s conscients de leur propre comportement stigmatisant. Suite à ce travail et au poster réalisé, nous espérons pouvoir sensibiliser les professionnels à cette problématique, car il est vrai que la reconnaissance du problème est la première étape du changement. C'est pour cela que nous avons établi des propositions pour la pratique sur la base de sociétés savantes.

Ce travail a été d'une grande richesse pour nous, car il nous a permis de nous confronter à nos propres croyances à propos de l'obésité, de la stigmatisation et de notre propre rôle de diététicienne. Il nous a également permis de réaliser leurs impacts sur notre prise en charge, ainsi que sur le patient dans sa globalité.

Pour conclure, nous souhaitons souligner que cette problématique est complexe. En effet, la stigmatisation est subjective malgré les questionnaires élaborés pour la mesurer et reste un sujet tabou. Nous espérons qu'à l'avenir de plus en plus de personnes seront sensibilisées à cette thématique et que les sociétés savantes développeront des recommandations pratiques avec un niveau de preuve élevé.

10. Remerciements

Nous tenons à remercier sincèrement toutes les personnes qui nous ont apporté leur aide ou soutien tout au long du cheminement de ce travail de Bachelor :

Monsieur Eliséo Montanini notre directeur de travail de Bachelor pour ses nombreuses idées et suggestions ainsi que sa disponibilité durant la supervision de notre travail.

Madame Martine Benoît, diététicienne à l'Hôpital Intercantonal de la Broye pour sa future participation en tant que membre du jury.

Les enseignants et intervenants à la HEdS pour leurs conseils avisés.

Tous nos proches et amis pour leur relecture et encouragements durant la réalisation de notre travail.

11. Bibliographie

1. World Health Organization. Obésité et surpoids [En ligne]. World Health Organization. 16 février 2018 [consulté le 21 mai 2018]. Disponible : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Office Fédéral de la Santé Publique. Surpoids et obésité [En ligne]. 2018 [consulté le 10 juillet 2017]. Disponible : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/mensch-gesundheit/koerpergewicht-bewegung/koerpergewicht/uebergewicht-und-adipositas.html>
3. Diversi TM, Hughes R, Burke KJ. The prevalence and practice impact of weight bias amongst Australian dietitians. *Obes Sci Pract*. 2016;2(4):456- 465.
4. Puhl RM, Brownell KD. Confronting and Coping with Weight Stigma: An Investigation of Overweight and Obese Adults. *Obesity*. 2006;14(10):1802- 1815.
5. Jung FU, Luck-Sikorski C, Wiemers N, Riedel-Heller SG. Dietitians and Nutritionists: Stigma in the Context of Obesity. A Systematic Review. *PLOS ONE*. 2015;10(10):1-16.
6. World Health Organization. Body mass index - BMI [En ligne]. 2018 [consulté le 14 juin 2018]. Disponible : <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
7. Basdevant A. Médecine et chirurgie de l'obésité. Lavoisier; 2011. 833 p.
8. Funk L, Jolles S, Voils C. Obesity as a Disease: Has the AMA resolution had an impact on how physicians view obesity? *Surg Obes Relat Dis*. 2016;12(7):1431-1435.
9. Haute Autorité de Santé (HAS). Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours - recommandations pour la pratique clinique [En ligne]. 2011 [consulté le 14 juin 2018]. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_30_obesite_adulte_argumentaire.pdf
10. Ziegler O, Bertin E, Jouret B, Calvar R, Sanguignol F, Avignon A, et al. Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. *Obésité*. 2014;9(4):302- 328.
11. Hilbert A, Rief W, Braehler E. Stigmatizing Attitudes Toward Obesity in a Representative Population-based Sample. *Obesity*. 2008;16(7):1529- 1534.
12. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. 1985;100(2):126- 131.
13. Santé Publique France. Synthèse pour les professionnels des recommandations de l'Anses de février 2016 sur l'activité physique et la sédentarité. 2017;1-35.
14. Office Fédéral du Sport, Réseau Suisse Santé et Activité Physique. Recommandations en matière d'activité physique [En ligne]. 2013 [consulté le 3 juillet 2018]. Disponible : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/mensch-gesundheit/koerpergewicht-bewegung/bewegungsfoerderung/bewegungsempfehlungen.html>
15. Vuillemin A. Méthodes et outils d'évaluation de l'activité physique et de la sédentarité. S.d.:97- 113.
16. World Health Organization. Activité physique [En ligne]. WHO. S.d. [consulté le 14 juin 2018]. Disponible : <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/>

17. Association Suisse pour l'Etude du Métabolisme, et de l'Obésité (ASEMO). Consensus sur le traitement de l'obésité en Suisse II [En ligne]. 2006 [consulté le 7 juin 2018]. Disponible : http://gito-ge.ch/wp-content/uploads/2015/02/consensus2_f.pdf
18. Glover-Bondeau AS, Laszlo E, Antenne des Diététiciens Genevois. Tabac et poids corporel [En ligne]. Stop-tabac.ch. 2018 [consulté le 3 juillet 2018]. Disponible : <https://www.stop-tabac.ch/fr/gerer-le-manque-de-la-cigarette-ou-du-tabac/1061-tabac-et-poids-corporel>
19. Bernstein M, Munoz N, Academy of Nutrition and Dietetics. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: food and nutrition for older adults: promoting health and wellness. *J Acad Nutr Diet.* 2012;112(8):1255- 1277.
20. Swiss Study Group for Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB). Directives pour le traitement chirurgical de l'obésité [En ligne]. 2018 [consulté le 3 juillet 2018]. Disponible : <http://www.smob.ch/fr/component/jdownloads/send/1-root/64-smob-directives-medicales-2018-01-01>
21. Bergouignan A, Blanc S, Simon C. « Calories » et obésité : quantité ou qualité ? *Cah Nutr Diététique.* 1 2010;35-45.
22. de Graaf C. Why liquid energy results in overconsumption. *Proc Nutr Soc.* 2011;70(02):162- 170.
23. Ziegler O, Quilliot D, Guerci B. Physiopathologie de l'obésité. *Ann Endocrinol.* 2000;61:12- 23.
24. Poulain JP. Les dimensions sociales de l'obésité. *J Pédiatrie Puériculture.* 2001;14(3):59-96.
25. Castro D, M J, Castro D, S E. Spontaneous meal patterns of humans: influence of the presence of other people. *Am J Clin Nutr.* 1989;50(2):237- 247.
26. GROS A. Restriction cognitive et régimes [En ligne]. G.R.O.S. 2011 [consulté le 19 juin 2018]. Disponible : <https://www.gros.org/restriction-cognitive-et-regimes>
27. Laederach K, Durrer D, Gerber P, Pataky Z. Consensus du traitement de l'obésité 2016 [En ligne]. Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie. [consulté le 3 juillet 2018]. Disponible: http://sgedssed.ch/fileadmin/files/1_ueber_uns/16_asemo/2017_11_03_consensus_FINAL_FR_Druckboegen.pdf
28. Bellisle F. Faim et satiété, contrôle de la prise alimentaire. *EMC - Endocrinol.* 2005;2(4):179- 197.
29. Thomas C, Hooper L, Petty R, Thomas F, Rosenberg G, Vohra J. New evidence on TV marketing and junk food consumption amongst 11-19 years old 10 years after broadcast re regulations [En ligne]. 2018 [consulté le 20 juillet 2018]; Disponible : https://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/10_years_on_full_report.pdf
30. Blaine BE, DiBlasi DM, Connor JM. The Effect of Weight Loss on Perceptions of Weight Controllability: Implications for Prejudice Against Overweight People. *J Appl Biobehav Res.* 2002;7(1):44- 56.
31. Richa S. Impact psychologique des maladies chroniques. *Ann Philos Sci Hum.* 2006;(22):325- 333.

32. World Health Organization. Obesity : preventing and managing the global epidemic : report of a WHO consultation. Obésité : prévention et prise en charge de l' épidémie mondiale : rapport d' une consultation de l' OMS. 2000;284 p.
33. Academy of Nutrition and Dietetics, Galibois I. Manuel de référence de la terminologie internationale de diététique et de nutrition (TIDN). Terminologie normalisée pour le processus de soins en nutrition. Guide de poche. Edition 2013. De Boeck; 2013. 344 p.
34. Raynor HA, Champagne CM. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Interventions for the Treatment of Overweight and Obesity in Adults. J Acad Nutr Diet. 2016;116(1):129- 147.
35. HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève. Programme Contrepoids à Genève aux HUG [En ligne]. HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève. 2018 [consulté le 20 juillet 2018]. Disponible : <https://www.hug-ge.ch/contrepoids>
36. Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. Grandir en forme [En ligne]. Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. S.d. [consulté le 20 juillet 2018]. Disponible : https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dedop/documents/dedop-flyer_grandir_en_forme_2.pdf
37. Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie. Guide pratique contre l'obésité - Version courte du Consensus du traitement de l'obésité à l'intention des médecins et professionnel-le-s de la santé [En ligne]. 2017 [consulté le 26 juin 2018]. Disponible : http://sgedssed.ch/fileadmin/files/1_ueber_uns/16_asemo/praxisleitfaden-consensus-adipositas-druck-fr.pdf
38. National Institute for Health and Care Excellence. Obesity prevention | Guidance and guidelines [En ligne]. 2006 [consulté le 21 juin 2018]. Disponible : <https://www.nice.org.uk/guidance/Cg43>
39. Institute for Clinical Systems Improvement. Diet programs for weight loss in adults. Inst Clin Syst Improv ICSI [En ligne]. 20 sept 2004 [consulté le 3 juillet 2018]; Disponible : <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?ID=32004000729>
40. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, Schindler K, Busetto L, Micic D, et al. European Guidelines for Obesity Management in Adults. Obes Facts. 2015;8(6):402- 424.
41. Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. By-pass gastrique [En ligne]. CHUV. 2018 [consulté le 21 juin 2018]. Disponible : <http://www.chuv.ch/fr/chirurgie-viscerale/chv-home/en-bref/staff/nos-teams/oesophage-estomac-paroi/by-pass-gastrique/>
42. Jung M. Chirurgie de l'obésité - Des réponses à vos questions [En ligne]. Hôpitaux Universitaires de Genève. 2017 [consulté le 21 juin 2018]. Disponible : https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/chirurgie_obesite.pdf
43. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. Springer Publishing Company; 1984. 460 p.
44. Carver CS, Weintraub JK, Scheier MF. Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. J Pers Soc Psychol. 1989;56(2):267- 283.
45. Organisation Mondiale de la Santé. Education Thérapeutique du Patient. Programme Form Contin Pour Prof Soins Dans Domaine Prév Mal Chron. 1998;1- 56.

46. Lu AH, Dickin K, Dollahite J. Development and Application of a Framework to Assess Community Nutritionists' Use of Environmental Strategies to Prevent Obesity. *J Nutr Educ Behav.* 2014;46(6):475- 483.
47. Office Fédéral de la Santé Publique. Promotion de la santé et prévention des maladies non transmissibles [En ligne]. 2018 [consulté le 21 juin 2018]. Disponible : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/mensch-gesundheit/nichtuebertragbare-krankheiten/gesundheitsfoerderung-praevention.html>
48. Goffman E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity.* Simon and Schuster; 2009. 164 p.
49. Ratcliffe D, Ellison N. Obesity and Internalized Weight Stigma: A Formulation Model for an Emerging Psychological Problem. *Behav Cogn Psychother.* 2015;43(2):239- 252.
50. Li W, Rukavina PB. Implicit and Explicit Obesity Bias in Pre-adolescents and their Relations to Self-Reported Body Mass Index. *Stigma Res Action.* 2011;1(1):18- 26.
51. Blair IV, Ma JE, Lenton AP. Imagining stereotypes away: the moderation of implicit stereotypes through mental imagery. *J Pers Soc Psychol.* 2001;81(5):828- 841.
52. Greenwald AG, Banaji MR. Implicit social cognition: attitudes, self-esteem, and stereotypes. - PubMed - NCBI. *Psychological Rev.* 1995;102(1):4- 27.
53. Lewis RJ, Cash TF, Bubb- Lewis C. Prejudice Toward Fat People: The Development and Validation of the Antifat Attitudes Test. *Obes Res.* 1997;5(4):297- 307.
54. Allison DB. Scoring instruction for the ATOP and BAOP [En ligne]. Preventing Weight Bias. S.d. [consulté le 21 juin 2018]. Disponible : <http://biastoolkit.uconnruddcenter.org/toolkit/Module-1/1-08-SelfAssessmentTools/1-0806-ScoringATOPBAOP.pdf>
55. Crandall CS. Prejudice against fat people: ideology and self-interest. *J Pers Soc Psychol.* 1994;66(5):882- 894.
56. Allison DB, Basile VC, Yunker HE. The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *Int J Eat Disord.* 1991;10(5):599- 607.
57. Blaison C, Chassard D, Kop J-L, Gana K. L'IAT (Implicit Association Test) ou la mesure des cognitions sociales implicites. *Année Psychol.* 2006;106(2):305- 335.
58. Bacon JG, Scheltema KE, Robinson BE. Fat phobia scale revisited: the short form. *Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes.* 2001;25(2):252- 257.
59. Stotland S, Zuroff DC. A new measure of weight locus of control: the Dieting Beliefs Scale. *J Pers Assess.* 1990;54(1- 2):191- 203.
60. Deswarte E. Catégorisation, stéréotypes et préjugés [En ligne]. *Psychologie-sociale.* 2018 [consulté le 16 juillet 2018]. Disponible : <http://www.psychologie-sociale.net/images/football.jpg>
61. Lillis J, Thomas JG, Levin ME, Wing RR. Self-stigma and weight loss: The impact of fear of being stigmatized. *J Health Psychol.* 2017. DOI : 0.1177/1359105317739101.
62. Puhl RM, Andreyeva T, Brownell KD. Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *Int J Obes.* 2008;32(6):992- 1000.

63. Larousse É. Définitions : discrimination - Dictionnaire de français Larousse [En ligne]. S.d. [consulté le 3 juillet 2018]. Disponible : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/discrimination/25877>
64. Larousse É. Définitions : préjudice - Dictionnaire de français Larousse [En ligne]. S.d. [consulté le 3 juillet 2018]. Disponible : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9judice/63515>
65. Puhl R, A Heuer C. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *Am J Public Health*. 2010;100:1019- 1028.
66. Puhl RM, Heuer CA. The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*. 2009;17(5):941- 964.
67. Sikorski C, Luppia M, Glaesmer H, Brähler E, König H-H, Riedel-Heller SG. Attitudes of Health Care Professionals towards Female Obese Patients. *Obes Facts*. 2013;6(6):512- 522.
68. Puhl RM, Schwartz MB, Brownell KD. Impact of perceived consensus on stereotypes about obese people: a new approach for reducing bias. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. 2005;24(5):517- 525.
69. Biedert E, Margraf J. *Psychosocial Aspects of Obesity*. 2004. p. 119- 138.
70. Carof S. Les représentations sociales du corps « gros »: Un enjeu conflictuel entre soignants et soignés. *Anthropol Santé*. 2017.
71. Vigarello G. *Les métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité*. Points. 2013. 362 p. (Points histoire).
72. Pequet S, Simon C. Obésité, les normes en question. *Serv Educ Perm Quest Santé Absl*. 2009;1-20.
73. Château de Versaille. Madame Palatine [En ligne]. Château de Versailles. 2016 [consulté le 16 juillet 2018]. Disponible : <http://www.chateauversailles.fr/decouvrir/histoire/madame-palatine>
74. Frédérick M. Comment se représente t'on l'obésité ? *Association Socialite de la Personne Handicapée*. 2015;1-7
75. Poulain JP. « La lutte contre la stigmatisation des sujets en surpoids: une voie de prévention de l'obésité » in Jean-Philippe Zermati, Gérard Apfeldorfer, Bernard Waysfeld. *Traiter l'obésité et le surpoids*. Odile Jacob. 2010;289-303.
76. Extenso. Le poids : source de préjugés et de discrimination ? [En ligne]. 2015 [consulté le 20 juin 2018]. Disponible : <http://www.extenso.org/article/le-poids-source-de-prejuges-et-de-discrimination/>
77. Howard JB, Skinner AC, Ravanbakht SN, Brown JD, Perrin AJ, Steiner MJ, et al. Obesogenic Behavior and Weight-Based Stigma in Popular Children's Movies, 2012 to 2015. *Pediatrics*. 2017;140(6)1-8.
78. Boyland EJ, Whalen R. Food advertising to children and its effects on diet: review of recent prevalence and impact data. *Pediatr Diabetes*. 2015;16(5):331-337.
79. Shepell.fgi. Les médias et la stigmatisation [En ligne]. Shepell.fgi. 2018 [consulté le 20 juin 2018]. Disponible : <http://www.shepellfgi.com/managingstigma/article.aspx?aid=57&lang=2>

80. Inconnu. Les médias et l'image corporelle [En ligne]. Manipulation médiatique. [consulté le 20 juin 2018]. Disponible : <http://manipulationmediatique.e-monsite.com/pages/les-medias-et-l-image-corporelle/>
81. Amadiou J-F. Société du paraître - Les beaux, les jeunes... et les autres [En ligne]. Odile Jacob. Paris - France; 2016 [consulté le 20 juin 2018]. Disponible : https://www.odilejacob.fr/catalogue/sciences-humaines/anthropologie-ethnologie/societe-du-paraitre_9782738134325.php
82. Stone O, Werner P. Israeli Dietitians' Professional Stigma Attached to Obese Patients. *Qual Health Res.* 2012;22(6):768-776.
83. Netgen. La stigmatisation: un problème fréquent aux conséquences multiples. *Rev Médicale Suisse.* 2017;13:478-481.
84. Himmelstein MS, Belsky ACI, Tomiyama AJ. The weight of stigma: Cortisol reactivity to manipulated weight stigma. *Obesity.* 2015;23(2):368-374.
85. Papadopoulos S, Brennan L. Correlates of weight stigma in adults with overweight and obesity: A systematic literature review. *Obesity.* 2015;23(9):1743-1760.
86. Epel E, Lapidus R, McEwen B, Brownell K. Stress May Add Bite to Appetite in Women: A Laboratory Study of Stress-Induced Cortisol and Eating Behavior. *Psychoneuroendocrinology.* 2001;26:37-49.
87. Major B, Hunger J, P. Bunyan D, Miller C. The Ironic Effects of Weight Stigma. *J Exp Soc Psychol.* 2014;51:74–80.
88. Peckett AJ, Wright DC, Riddell MC. The effects of glucocorticoids on adipose tissue lipid metabolism. *Metabolism.* 2011;60(11):1500-1510.
89. Newman E, O'Connor D, Conner M. Daily hassles and eating behaviour: The role of cortisol reactivity status. *Psychoneuroendocrinology.* 2007;32:125-132.
90. Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Haines J, Wall M. Weight-teasing and emotional well-being in adolescents: Longitudinal findings from Project EAT. *J Adolesc Health.* 2006;38(6):675-683.
91. Griffiths LJ, Page AS. The Impact of Weight-related Victimization on Peer Relationships: The Female Adolescent Perspective. *Obesity.* 2008;16(2):S39-45.
92. Puhl RM, Luedicke J, DePierre JA. Parental Concerns about Weight-Based Victimization in Youth. *Child Obes.* 2013;9(6):540-548.
93. Latzer Y, Stein D. A review of the psychological and familial perspectives of childhood obesity. *J Eat Disord.* 2013;1:1-7.
94. Greenleaf C, Petrie TA, Martin SB. Relationship of Weight-Based Teasing and Adolescents' Psychological Well-Being and Physical Health. *J Sch Health.* 2014;84(1):49-55.
95. Sikorski C, Luppia M, Kaiser M, Glaesmer H, Schomerus G, König H-H, et al. The stigma of obesity in the general public and its implications for public health - a systematic review. *BMC Public Health.* 2011;11:1-8.
96. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, Ryn M van. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev.* 2015;16(4):319-326.

97. Amy NK, Aalborg A, Lyons P, Keranen L. Barriers to routine gynecological cancer screening for White and African-American obese women. *Int J Obes*. 2006;30(1):147-155.
98. Hellbardt M, Riedel-Heller S, Luck-Sikorski C. Dieticians' attitudes towards obese patients. *Ernahrungsumschau*. 2014;61:78-81.
99. Adler NE, Stewart J. Reducing Obesity: Motivating Action While Not Blaming the Victim. *Milbank Q*. 2009;87(1):49-70.
100. Sobal J. Obesity and Nutritional Sociology : A Model for Coping with the Stigma of Obesity. *Clin Sociol Rev*. 1991;9(1):125-141.
101. European Federation of the Associations of Dietitians. Efad | Definition of a dietitian [En ligne]. Definition of a dietitian. 2016 [consultée le 13 décembre 2017]. Disponible : <http://www.efad.org/en-us/about-efad/definition-of-a-dietitian/>
102. Rufener A, Fontana G, Jent S. Diététicien-ne ASDD [En ligne]. 2017 [consulté le 13 décembre 2017]. Disponible : http://www.svde-asdd.ch/wp-content/uploads/2016/11/svde_pro_image_12s_FR_V2.pdf
103. Mahlstein A. Berufsstatistik : vo steht die Ernährungsberatung heute ? *NutriDays 2018*; 2018; Centre des Congrès - Bienne.
104. Gout P. Comment devenir diététicien ? [En ligne]. *Ma Formation*. 2016 [consulté le 26 juin 2018]. Disponible : <https://www.maformation.fr/actualites/comment-devenir-dieteticien-34206>
105. Haute Ecole de la Province de Liège. Bachelier en Diététique : la formation [En ligne]. Province de Liège. S.d. [consulté le 26 juin 2018]. Disponible : <http://www.provincedeliege.be/fr/art249>
106. Haute Ecole de Santé Genève. Formation continue - Sessions courtes - Nutrition et Diététique [En ligne]. Haute Ecole de Santé Genève. S.d. [consulté le 30 juin 2018]. Disponible : <https://www.hesge.ch/heds/fc/sessions-courtes/Nutrition-Dietetique>
107. Haute école spécialisée bernoise. Offre de formation continue - Santé [En ligne]. Berner Fachhochschule. S.d. [consulté le 30 juin 2018]. Disponible : <https://www.bfh.ch/index.php?id=179&L=1#defaultProvider=FBG%20>.
108. Association suisse des diététicien-ne-s. Formation - Vue d'ensemble des cours [En ligne]. SVDE ASDD. 2018 [consultée le 30 juin 2018]. Disponible : <http://www.svde-asdd.ch/fr/formation/formation-continue-et-post-grade/vue-densemble-des-cours/>
109. Harvey EL, Summerbell CD, Kirk SFL, Hill AJ. Dietitians' views of overweight and obese people and reported management practices. *J Hum Nutr Diet*. 2002;15(5):331-347.
110. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA, et al. Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults. *Circulation*. 2014;129(25 Suppl 2):102-138.
111. S. Bucher Della Tore DDC. Knowledge, attitudes, representations and declared practices of nurses and physicians about obesity in a university hospital: training is essential. *Clin Obes*. 2018;1-9.
112. 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*. 2003;11(10):1168-1177.

113. Schwartz MB, Chambliss HO, Brownell KD, Blair SN, Billington C. Weight Bias among Health Professionals Specializing in Obesity. *Obes Res.* 2003;11(9):1033-1039.
114. Weiner B, Perry RP, Magnusson J. An attributional analysis of reactions to stigmas. *J Pers Soc Psychol.* 1988;55(5):738-748.
115. Pantenburg B, Sikorski C, Luppia M, Schomerus G, König H-H, Werner P, et al. Medical Students' Attitudes towards Overweight and Obesity. *PLoS ONE* [En ligne]. 5 novembre 2012 [consulté le 31 mai 2018];7(11). Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3489830/>
116. Schwartz MB, Chambliss HO, Brownell KD, Blair SN, Billington C. Weight Bias among Health Professionals Specializing in Obesity. *Obes Res.* 2003;11(9):1033-1039.
117. Les revues systématiques (systematic reviews). *Cochrane Suisse.* S.d. [En ligne]. [consultée le 29 mai 2018]. Disponible : </fr/les-revues-syst%C3%A9matiques-systematic-reviews>
118. Haute Autorité de Santé. Niveau preuve gradation [En ligne]. 2013 [consulté le 10 novembre 2017]. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
119. Falker AJ, Sledge JA. Utilizing a Bariatric Sensitivity Educational Module to Decrease Bariatric Stigmatization by Healthcare Professionals. *Bariatr Nurs Surg Patient Care.* 2011;6(2):73-78.
120. Gujral H, Tea C, Sheridan M. Evaluation of nurse's attitudes toward adult patients of size. *Surg Obes Relat Dis.* 2011;7(4):536-540.
121. O'Brien KS, Puhl RM, Latner JD, Mir AS, Hunter JA. Reducing Anti-Fat Prejudice in Preservice Health Students: A Randomized Trial. *Obesity.* 2010;18(11):2138-2144.
122. Rukavina PB, Li W, Shen B, Sun H. A Service Learning Based Project to Change Implicit and Explicit Bias toward Obese Individuals in Kinesiology Pre-Professionals. *Obes Facts.* 2010;3(2):117-126.
123. Swift JA, Tischler V, Markham S, Gunning I, Glazebrook C, Beer C, et al. Are Anti-Stigma Films a Useful Strategy for Reducing Weight Bias Among Trainee Healthcare Professionals? Results of a Pilot Randomized Control Trial. *Obes Facts.* 2013;6(1):91-102.
124. Sartorius N. Les leçons d'un programme mondial de 10 ans contre la stigmatisation et la discrimination liées à une maladie. *Inf Psychiatr.* 2007;83(10):788-792.
125. Daníelsdóttir S, O'Brien KS, Ciao A. Anti-fat prejudice reduction: a review of published studies. *Obes Facts.* 2010;3(1):47-58.
126. Vulser N. Ronde, petite ou grande, la poupée Barbie va (enfin) changer. *Le Monde.fr* [En ligne]. 28 janvier 2016 [consulté le 7 juillet 2018]. Disponible : https://www.lemonde.fr/entreprises/article/2016/01/28/une-poupee-barbie-retrecie-et-dodie_4855616_1656994.html
127. Cartner-Morley J. Plus-size reinvented: « We were told to hide, wear a sack – now we want equality ». *The Guardian* [En ligne]. 9 janvier 2018 [consulté le 7 juillet 2018]. Disponible : <http://www.theguardian.com/fashion/2018/jan/09/plus-size-reinvented-curve-marks-and-spencer-range>

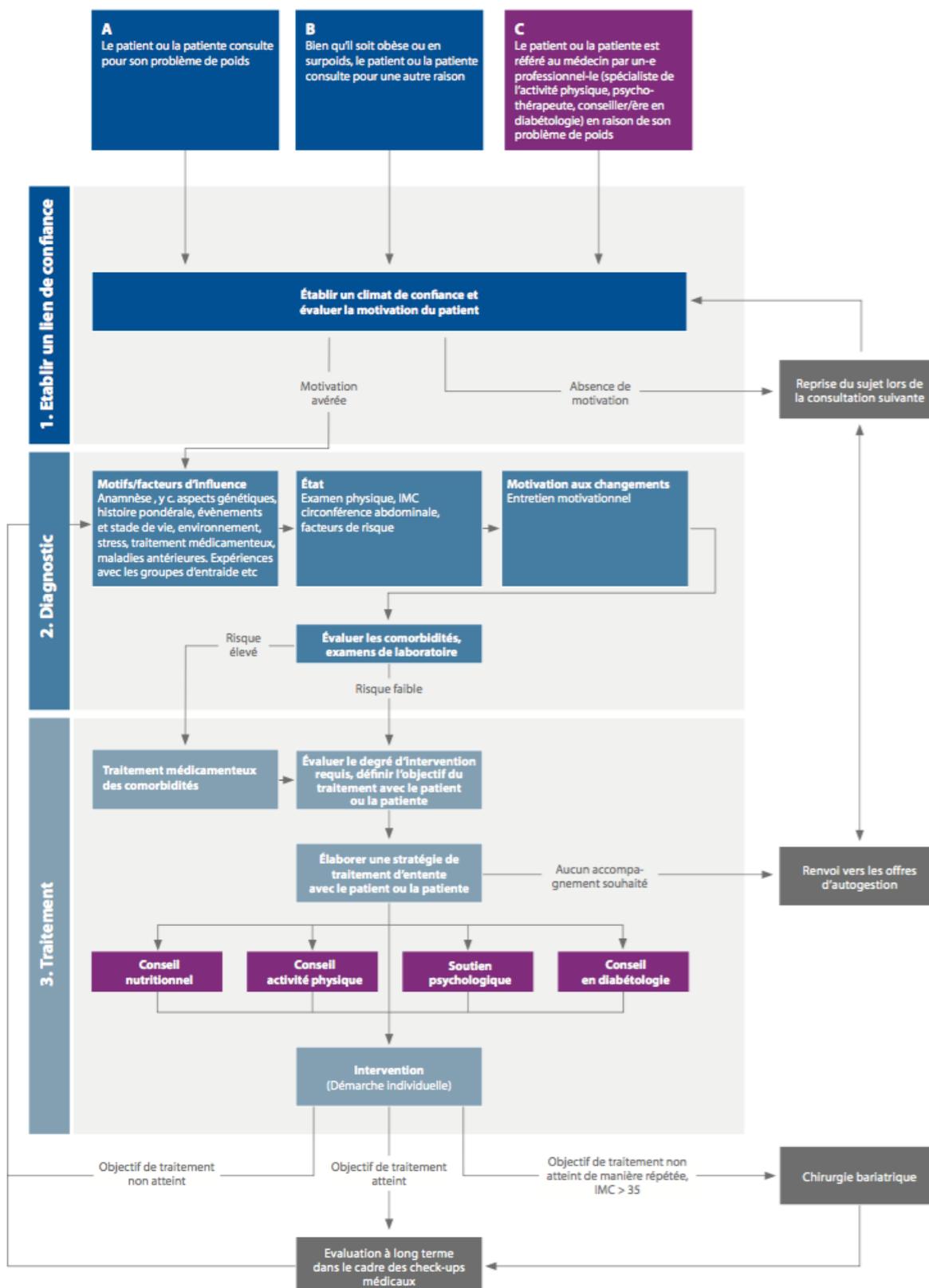
128. The Body Positive. Welcome to The Body Positive [En ligne]. 2018 [consulté le 7 juillet 2018]. Disponible : <https://www.thebodypositive.org/>
129. Deswarte E. Les normes sociales [En ligne]. Psychologie-sociale. 2018 [consulté le 16 juillet 2018]. Disponible : <http://www.psychologie-sociale.net/images/football.jpg>
130. Muttarak R. Normalization of Plus Size and the Danger of Unseen Overweight and Obesity in England. *Obes Silver Spring Md.* 2018;26(7):1125-1129.
131. Barthassat V, Lager G, Golay A. Représentations, comportements et obésité. *Rev Médicale Suisse.* 2008;4:848-853.
132. Pearl RL, Puhl RM, Brownell KD. Positive media portrayals of obese persons: impact on attitudes and image preferences. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* 2012;31(6):821-829.
133. Fruh SM, Nadglowski J, Hall HR, Davis SL, Crook ED, Zlomke K. Obesity Stigma and Bias. *J Nurse Pract JNP.* 2016;12(7):425-432.
134. Obesity Society. Obesity, Bias, and Stigmatization [En ligne]. S.d. [consulté le 26 juin 2018]. Disponible : <http://tosconnect.obesity.org/obesity/resources/facts-about-obesity/bias-stigmatization>
135. Steurer-Stey C, Frei A, Rosemann T. Le « Chronic care model » en médecine de famille en Suisse. *Rev Médicale Suisse [En ligne].* 2010 [consulté le 9 juillet 2018]. Disponible : <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-249/Le-Chronic-care-model-en-medecine-de-famille-en-Suisse>

12. Annexes

I. Algorithme de prise en charge de l'obésité selon la SSED

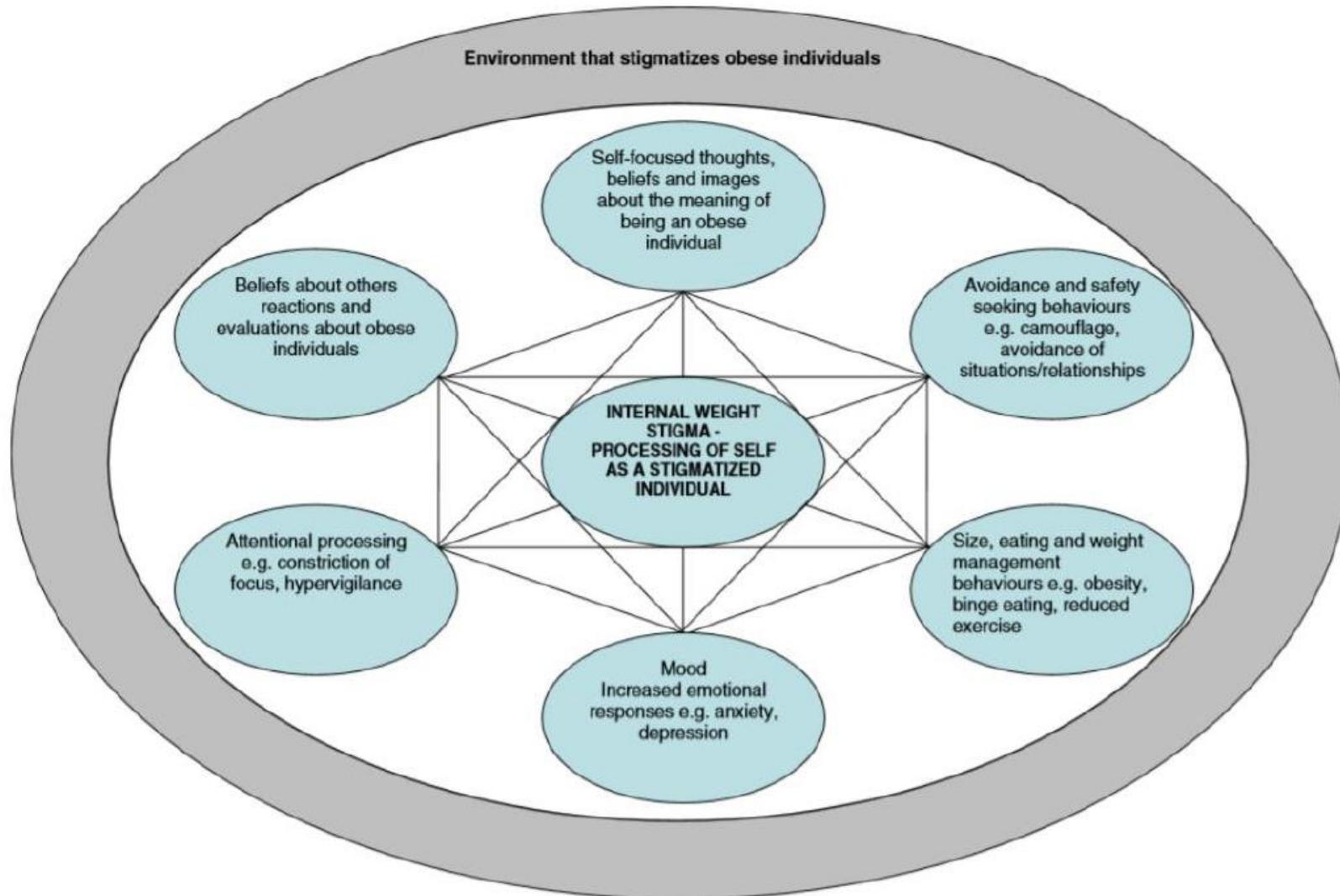
Source : Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie (37)

Traitement du surpoids et de l'obésité



II. Figure de la stigmatisation internalisée

Source : Ratcliffe et Ellison (49)



III. Questionnaires évaluant la stigmatisation

Antifat Attitudes Questionnaire (AFA)¹

The AFA is scored using a Likert-type response format (0 = very strongly disagree; 9 = very strongly agree). Higher scores indicate stronger anti-fat attitudes.

Dislike

1. I really don't like fat people much.
2. I don't have many friends that are fat.
3. I tend to think that people who are overweight are a little untrustworthy.
4. Although some fat people are surely smart, in general, I think they tend not to be quite as bright as normal weight people.
5. I have a hard time taking fat people too seriously.
6. Fat people make me somewhat uncomfortable.
7. If I were an employer looking to hire, I might avoid hiring a fat person.

Fear of Fat

8. I feel disgusted with myself when I gain weight.
9. One of the worst things that could happen to me would be if I gained 25 pounds.
10. I worry about becoming fat.

Willpower

11. People who weigh too much could lose at least some part of their weight through a little exercise.
12. Some people are fat because they have no willpower.
13. Fat people tend to be fat pretty much through their own fault.

¹ Crandall, C.S. (1994). Prejudice against fat people: Ideology and self-interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 882-894.

Antifat Attitudes, Lewis et al.

Table 1. AFAT items and factor loadings

Item	Loading
I. Social/Character Disparagement	
9. If fat people don't get hired, it's their own fault.	0.46
12. Fat people don't care about anything except eating.	0.64
13. I'd lose respect for a friend who started getting fat.	0.58
14. Most fat people are boring.	0.54
16. Society is too tolerant of fat people.	0.58
17. When fat people exercise, they look ridiculous.	0.44
21. Fat people are just as competent in their work as anyone.	-0.60
23. Being fat is sinful.	0.46
26. I prefer not to associate with fat people.	0.53
28. Most fat people are moody and hard to get along with.	0.67
29. If bad things happen to fat people, they deserve it.	0.65
30. Most fat people don't keep their surroundings neat and clean.	0.55
31. Society should respect the rights of fat people.	-0.55
41. Fat people are unclean.	0.60
44. It's hard to take fat people seriously.	0.65
II. Physical/Romantic Unattractiveness	
2. If I were single, I would date a fat person.	-0.58
5. Fat people are physically unattractive.	0.65
6. Fat people shouldn't wear revealing clothing in public.	0.44
15. I can't believe someone of average weight would marry a fat person.	0.51
24. It's disgusting to see fat people eating.	0.42
32. It's hard not to stare at fat people because they are so unattractive.	0.43
36. I would not want to continue in a romantic relationship if my partner became fat.	0.55
38. I don't understand how someone could be sexually attracted to a fat person.	0.69
40. People who are fat have as much physical coordination as anyone.	-0.57
42. Fat people should be encouraged to accept themselves the way they are.	-0.45
III. Weight Control/Blame	
1. There's no excuse for being fat.	0.55
4. Most fat people buy too much junk food.	0.59
19. Most fat people are lazy.	0.52

Table 1. Continued

Item	Loading
22. If fat people really wanted to lose weight, they could.	0.64
25. Fat people have no will power.	0.52
35. The idea that genetics causes people to be fat is just an excuse.	0.60
39. If fat people knew how bad they looked, they would lose weight.	0.53
43. Most fat people will latch onto almost any excuse for being fat.	0.47
45. Fat people do not necessarily eat more than other people.	-0.44
IV. Additional Items	
3. Jokes about fat people are funny.	NL
7. If someone in my family were fat, I'd be ashamed of him or her.	DL
8. I can't stand to look at fat people.	DL
10. Fat people are disgusting.	DL
11. If I have the choice, I'd rather not sit next to a fat person.	DL
18. I hate it when fat people take up more room than they should in a theater or on a bus or plane.	NL
20. Most fat people don't care about anyone but themselves.	DL
27. Fat people don't care about their appearance.	DL
33. If I owned a business, I would not hire fat people because of the way they look.	DL
34. I'd feel self-conscious being seen in public with a fat person.	DL
37. The existence of organizations to lobby for the rights of fat people in our society is a good idea.	NL
46. Fat people obviously have a character flaw, otherwise they wouldn't become fat.	DL
47. It makes me angry to hear anybody say insulting things about people because they are fat.	NL

Additional items include those items that either did not load uniquely on a factor (DL) or did not sufficiently load (NL).

women on the AFAT indicated significant differences on the composite score ($p < 0.002$) and on Social/Character Disparagement ($p < 0.001$), but not on the other subscales. Thus, the fact that men held stronger antifat attitudes than did

Attitudes Toward Obese Persons Scale

Please mark each statement below in the left margin, according to how much you agree or disagree with it. Please do not leave any blank. Use the numbers on the following scale to indicate your response. Be sure to place a minus or plus sign (- or +) beside the number that you choose to show whether you agree or disagree.

-3	-2	-1	+1	+2	+3
I strongly disagree	I moderately disagree	I slightly disagree	I slightly agree	I moderately agree	I strongly agree

1. _____ Obese people are as happy as nonobese people.
2. _____ Most obese people feel that they are not as good as other people.
3. _____ Most obese people are more self-conscious than other people.
4. _____ Obese workers cannot be as successful as other workers.
5. _____ Most nonobese people would not want to marry anyone who is obese.
6. _____ Severely obese people are usually untidy.
7. _____ Obese people are usually sociable.
8. _____ Most obese people are not dissatisfied with themselves.
9. _____ Obese people are just as self-confident as other people.
10. _____ Most people feel uncomfortable when they associate with obese people.
11. _____ Obese people are often less aggressive than nonobese people.
12. _____ Most obese people have different personalities than nonobese people.
13. _____ Very few obese people are ashamed of their weight.
14. _____ Most obese people resent normal weight people.
15. _____ Obese people are more emotional than nonobese people.
16. _____ Obese people should not expect to lead normal lives.
17. _____ Obese people are just as healthy as nonobese people.
18. _____ Obese people are just as sexually attractive as nonobese people.
19. _____ Obese people tend to have family problems.
20. _____ One of the worst things that could happen to a person would be for him to become obese.

BAOP: Beliefs About Obese Persons Scale

Please mark each statement below in the left margin, according to how much you agree or disagree with it. Please do not leave any blank. Use the numbers on the following scale to indicate your response. Be sure to place a minus or plus sign (- or +) beside the number that you choose to show whether you agree or disagree.

-3	-2	-1	+1	+2	+3
I strongly disagree	I moderately disagree	I slightly disagree	I slightly agree	I moderately agree	I strongly agree

1. ____ Obesity often occurs when eating is used as a form of compensation for lack of love or attention.
2. ____ In many cases, obesity is the result of a biological disorder.
3. ____ Obesity is usually caused by overeating.
4. ____ Most obese people cause their problem by not getting enough exercise.
5. ____ Most obese people eat more than nonobese people.
6. ____ The majority of obese people have poor eating habits that lead to their obesity.
7. ____ Obesity is rarely caused by a lack of willpower.
8. ____ People can be addicted to food, just as others are addicted to drugs, and these people usually become obese.

Allison, D.B., Basile, V.C., & Yaker, H. E. (1991). The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 599-607.

Fat Phobia Scale

Listed below are 14 pairs of adjectives sometimes used to describe obese or fat people. For each adjective pair, please place an X on the line closest to the adjective that you feel best describes your feelings and beliefs.

1. lazy	_____	_____	_____	_____	_____	industrious
	5	4	3	2	1	
2. no will power	_____	_____	_____	_____	_____	has will power
	5	4	3	2	1	
3. attractive	_____	_____	_____	_____	_____	unattractive
	5	4	3	2	1	
4. good self-control	_____	_____	_____	_____	_____	poor self-control
	5	4	3	2	1	
5. fast	_____	_____	_____	_____	_____	slow
	5	4	3	2	1	
6. having endurance	_____	_____	_____	_____	_____	having no endurance
	5	4	3	2	1	
7. active	_____	_____	_____	_____	_____	inactive
	5	4	3	2	1	
8. weak	_____	_____	_____	_____	_____	strong
	5	4	3	2	1	
9. self-indulgent	_____	_____	_____	_____	_____	self-sacrificing
	5	4	3	2	1	
10. dislikes food	_____	_____	_____	_____	_____	likes food
	5	4	3	2	1	
11. shapeless	_____	_____	_____	_____	_____	shapely
	5	4	3	2	1	
12. undereats	_____	_____	_____	_____	_____	overeats
	5	4	3	2	1	
13. insecure	_____	_____	_____	_____	_____	secure
	5	4	3	2	1	
14. low self-esteem	_____	_____	_____	_____	_____	high self-esteem
	5	4	3	2	1	



Scoring

- 1) For items 3, 4, 5, 6, 7, 10, and 12: score as 1 2 3 4 5
- 2) For items 1, 2, 8, 9, 11, 13, and 14: score as 5 4 3 2 1
- 3) Add up the score for each item to get the total score. Then divide by 14 (or the number of items answered, whichever is less). The range of scores is 1 – 5. High scores = more “fat phobia”. Low scores = less “fat phobia”.

For more information on the Fat Phobia Scale (short form):

Bacon JG, Scheltema KE, Robinson BE. Fat phobia scale revisited: the short form. *International Journal of Obesity*. 2001; 25: 252-257.



Dieting Beliefs Scale (Stotland & Zuroff, 1990) – A measure of weight locus of control

Instructions:

Please respond to the following statements by indicating how well each statement describes your beliefs. Place a number from 1 (*not at all descriptive of my beliefs*) to 6 (*very descriptive of my beliefs*) in the box to the right of each statement.

*Not at all
descriptive
of my beliefs*

1

2

3

4

5

*Very
descriptive
of my beliefs*

6

- 1. By restricting what one eats, one can lose weight.
- 2. When people gain weight, it is because of something they have done or not done.
- 3.* A thin body is largely a result of genetics.
- 4.* No matter how much effort one puts into dieting, one's weight tends to stay about the same
- 5.* One's weight is, to a great extent, controlled by fate.
- 6.* There is so much fattening food around that losing weight is almost impossible.
- 7.* Most people can only diet successfully when other people push them to do it.
- 8. Having a slim and fit body has very little to do with luck.
- 9. People who are overweight lack the willpower necessary to control their weight.
- 10. Each of us directly is responsible for our weight.
- 11. Losing weight is simply a matter of wanting to do it and applying yourself.
- 12.* People who are more than a couple of pounds overweight need professional help to lose weight.
- 13. By increasing the amount one exercises, one can lose weight.
- 14.* Most people are at their present weight because that is the weight level that is natural for them.
- 15. Unsuccessful dieting is due to lack of effort.
- 16.* In order to lose weight, people must get a lot of encouragement from others.

Note: * indicates items that are reverse scored.

References

Stotland, S. & Zuroff, D.C. (1990). A new measure of weight locus of control: The Dieting Beliefs Scale. *Journal of Personality Assessment*, 54, 191-203.

IV. Mails envoyés aux écoles



Neuenschwander Dehlia (HES)
jeu. 14/06, 07:02
Rey Salomé (HES); Montanini Eliséo (HES); ✕

Répondre à tous | ▼

Bonjour,

Nous sommes deux étudiantes en 3^{ème} année de Bachelor en Nutrition et Diététique à la Haute Ecole de Santé de Genève, Suisse. Nous effectuons notre Travail de Bachelor sur le sujet de la stigmatisation de l'excès pondéral par les professionnels de santé. Un chapitre de notre cadre de référence est consacré à la formation initiale ou post-grade du métier de diététicien-nes en Suisse ainsi qu'en France et en Belgique.

Nous aurions donc aimé savoir si dans le parcours de formation que vous proposez, il existe des cours/chapitres/modules traitant de la stigmatisation de l'excès pondéral ? Et si tel est le cas, quel en est le contenu et à quel moment du cursus de formation ce sujet est-il traité ?

Merci infiniment pour vos précieuses informations qui vont nous être utiles pour notre travail.

Salutations distinguées,

Salomé Rey & Dehlia Neuenschwander

V. Protocole

h e d s

Haute école de santé
Genève
Filière Nutrition et diététique

Travail de Bachelor
3^{ème} année Bachelor / 2017-2018

Stigmatisation des personnes en excès pondéral par les diététicien-nes diplômé-es

Protocole Travail de Bachelor

Est-ce que des actions de sensibilisations au sujet de la stigmatisation des individus en surpoids ou obèses auprès des diététicien-nes diplômé-es ont un effet sur les comportements/attitudes potentiellement stigmatisants de ceux-ci lors de la prise en charge de ces personnes ?

Directeur de Travail de Bachelor : Eliséo Montanini
Dehlia Neuenschwander et Salomé Rey
Décembre 2017

Table des matières

1. Liste des abréviations utilisées	1
2. Résumé.....	2
3. Introduction	3
4. But et objectifs.....	5
4.1. But	5
4.2. Objectifs.....	5
5. Question de Recherche.....	6
6. Méthode	6
6.1. Design.....	6
6.2. Sélection des articles	7
6.2.1. Déroulement	7
6.2.2. Population étudiée	7
6.2.3. Sources bibliographiques	7
6.2.4. Mots-clés.....	7
6.2.5. Critères d'inclusion/exclusion	8
6.3. Analyse et extraction des données.....	9
7. Organisation.....	9
8. Bénéfices et risques	10
9. Budget et ressources	10
10. Bibliographie	11
11. Annexes.....	13
11.1. Schéma de la stigmatisation internalisée	13
11.2. Grilles d'analyses descriptive et qualitative	14
11.3. Schéma de sélection des articles	24
11.4. Tableau des articles sélectionnés.....	25
11.5. Mots-Clés.....	26
11.6. Tableau des résultats quantitatifs des études.....	27
11.7. Tableau des résultats qualitatifs des études.....	28
11.8. Organisation – GANTT du travail de Bachelor.....	29
11.9. Journal de bord	31

1. Liste des abréviations utilisées

ASDD	Association Suisse des Diététicien-ne-s
BMI	Body Mass Index (Indice de Masse Corporelle en français)
CFF	Chemins de Fer Fédéraux
CHF	Francs Suisse
EFAD	European Federation of the Associations of Dietitians
ENG	English (anglais en français)
FR	Français
HEdS	Haute Ecole de Santé – Genève
MeSH	Terms Medical Subject Headings Terms
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

2. Résumé

Introduction

Le surpoids et l'obésité sont un problème de santé publique de plus en plus présent dans notre société actuelle. Au niveau mondial, en 2016, 39% des adultes de plus de 18 ans présentent un surpoids et 13% une obésité. En ce qui concerne la stigmatisation, celle concernant l'excès pondéral obtient actuellement la prévalence la plus élevée dans notre société. Nous avons constaté que les personnes en excès pondéral qui sont stigmatisées souffrent de conséquences non négligeables sur leur santé (niveau d'activité physique diminué, mauvaises habitudes alimentaires, baisse de l'estime de soi, anxiété, ...). Goffman définit la stigmatisation comme étant « un processus de discréditation et d'exclusion envers une personne étiquetée comme anormale ». Selon une étude réalisée auprès de spécialistes de l'obésité, la stigmatisation est bien présente malgré une connaissance de la maladie. 76% des diététiciens préfèrent prendre en charge les personnes de poids normal, en comparaison avec des personnes obèses. Actuellement des programmes de santé publique concernant la stigmatisation des personnes en excès pondéral ont été mis en place pour sensibiliser les professionnels de santé à cette problématique, c'est pourquoi nous désirons approfondir cette thématique.

But

Dans ce travail, le but principal est d'observer quels programmes de sensibilisation sur la stigmatisation concernant l'excès pondéral ont été mis en place auprès de diététicien-nés. Le but secondaire est d'analyser les composantes les plus efficaces de ceux-ci.

Question de recherche

Suite à cela, notre question de recherche est la suivante : « *Est-ce que des actions de sensibilisations au sujet de la stigmatisation des individus en surpoids ou obèses auprès des diététicien-nés diplômé-es ont un effet sur les comportements/attitudes potentiellement stigmatisants de ceux-ci lors de la prise en charge de ces personnes ?* »

Nous définissons aussi une sous-question de recherche : « *Quelles sont les composantes des programmes qui semblent modifier le mieux les comportements/attitudes potentiellement stigmatisants des diététicien-nés diplômé-es concernant les individus en excès pondéral ?* »

Méthode

Nous débiterons ce travail par un cadre de référence permettant de définir les thèmes suivants : l'obésité et le surpoids, la stigmatisation (concept, types et impacts) en général et dans le cas particulier de l'excès pondéral, la profession de diététicien et le parcours de formation. Pour répondre à notre question de recherche, nous réaliserons une revue de littérature à l'aide des mots clés sélectionnés, sur les bases de données suivantes : Medline via Pubmed, CINAHL, Cochrane, PsycINFO et Google Scholar. Nous sélectionnerons nos articles selon un schéma prédéfini et des critères d'inclusions/exclusions. Suite aux lectures, nous analyserons la qualité des articles grâce aux grilles descriptive et qualitative de la HEdS. L'extraction des données se fera au travers de variables quantitatives et qualitatives. La population étudiée est les diététicien-nés diplômé-es du monde entier, sans spécialisation particulière requise.

Conclusion

Pour conclure, notre travail de Bachelor permettra d'apporter des données sur les programmes de sensibilisation de la stigmatisation concernant l'excès pondéral auprès des professionnels de santé. Ceci pouvant contribuer à l'élaboration de recommandations de pratique afin de diminuer la stigmatisation et ses impacts. De plus nous aimerions au travers de ce travail que les professionnels soient plus conscients de leur attitude potentiellement stigmatisante, ce qui permettrait d'améliorer la prise en charge des individus en excès pondéral.

3. Introduction

Le surpoids et l'obésité sont un problème de santé publique de plus en plus présent dans la société actuelle. En effet, au niveau mondial en 2016, 39% des adultes de plus de 18 ans présentent un surpoids et 13% une obésité [1]. Cette prévalence a doublé entre 1980 et 2014 selon les chiffres de l'OMS [1]. En Suisse, les données sont identiques avec 12.7% des personnes entre 18 et 75 ans souffrant d'obésité et 30.7% de surpoids [2]. Au sujet de la différence entre les sexes, le surpoids est deux fois plus présent chez les hommes (41.6%) que chez les femmes (19.6%). L'obésité touche également plus d'hommes (13,9%) que de femmes (11.6%) [2]. Dans ce travail, nous utiliserons le terme « excès pondéral » pour désigner le surpoids et l'obésité. L'OMS définit l'excès pondéral comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse qui présente un risque pour la santé » [1]. Les normes fixées par celle-ci pour définir le surpoids et l'obésité sont un BMI compris entre 25 et 29.9 kg/m² pour le surpoids, et égal ou plus élevé à 30kg/m² pour l'obésité [1]. Cet excès pondéral engendre de nombreuses comorbidités au niveau physique (maladies cardio-vasculaires, diabète, dyslipidémies, douleurs ostéoarticulaires, ...), psychique (anxiété, dépression, ...) et sociale (stigmatisation, discrimination, ...)

Selon l'EFAD, nous pouvons définir la profession de diététicien-ne comme ceci : « Toute personne possédant une qualification légalement reconnue en nutrition et diététique, qui applique les sciences de la nutrition à l'alimentation et l'éducation de groupes de population et de personnes individuelles qu'ils soient bien-portants ou malades » [3]. En Suisse, l'ASDD ajoute à cette définition que ceux-ci s'appuient sur des bases scientifiques, maintiennent un niveau de connaissance nécessaire à l'exercice de la profession en suivant des formations continues et s'engagent à respecter le code de déontologie et d'éthique professionnelle édité par l'association [4]. Les principaux domaines d'activités sont la clinique, la santé publique, l'industrie alimentaire ou pharmaceutique, ainsi que la recherche et l'enseignement [4].

Nous avons effectué le constat qu'au travers de nos recherches, connaissances (lectures, cours, ...) et observations personnelles durant nos différents stages que la stigmatisation des personnes souffrant d'obésité a des conséquences non négligeables sur leur santé. En effet, selon la définition de Goffman la stigmatisation est « un processus de discréditation et d'exclusion envers une personne étiquetée comme anormale » [5]. Celle concernant l'excès pondéral obtient actuellement la prévalence la plus élevée dans notre société, et est rarement remise en question [6]. De plus, il a été démontré que la stigmatisation concernant l'excès pondéral impacte notamment sur le niveau de stress, et donc de cortisol dans le sang, des personnes obèses stigmatisées [7]. Un niveau d'activité physique diminué et de mauvaises habitudes alimentaires peuvent également survenir à la suite de stigmatisation [7]. En effet, comme expliqué dans la revue systématique de Jung en 2015, environ 80% des participants affirment que « manger » est une stratégie de coping face à la stigmatisation [7]. Nous supposons que cette méthode mise en place par les individus leur apporterait un certain réconfort ou permettrait peut-être de combler un vide (affectif, isolement, ...). Des impacts d'ordre psychologiques sont aussi démontrés : diminution de l'estime de soi et de l'image de soi [8], anxiété [9], isolement social [10], baisse de la qualité de vie [11], dépression [12], etc. Tout ceci influençant la prise de poids et favorisant donc un maintien, voire une péjoration de l'excès pondéral [7]. La stigmatisation peut être déclinée en deux concepts : intériorisée ou externalisée. Selon Goffman, le processus d'intériorisation se déroule ainsi : un jugement est apposé à un individu qui se retrouve réduit à son stigmaté. Ce dernier justifie des discriminations sociales que la personne stigmatisée va intérioriser et considérer comme légitimes. C'est ainsi que l'individu devient coupable de sa propre situation [5]. Ratcliffe et

Ellison définissent l'externalisation comme une série de discriminations, jugements et critiques au niveau sociétale auprès de personnes catégorisées selon leur âge, corpulence, sexe, ethnique, ... (annexe 11.1) [13]. Il se peut également que la personne obèse elle-même porte un regard stigmatisant à l'égard d'individus souffrant d'excès pondéral [13]. De plus des évidences suggèrent que les impacts de la stigmatisation du poids sont plus néfastes lorsque celle-ci est intériorisée et combinée avec des stratégies de coping inadaptées (évitement, déni, humour, ...) [14].

Selon une étude réalisée auprès de spécialistes de l'obésité (chercheurs et médecins), la stigmatisation est bien présente malgré une connaissance de la maladie. Cependant, elle est moins marquée que dans la population générale. Cette étude montre également qu'une attitude stigmatisante par les soignants concernant l'excès pondéral est influencée par différents items tels que l'âge, le sexe, le BMI personnel, les expériences professionnelles et personnelles, ainsi que la présence de personnes obèses dans l'entourage [15]. Par exemple, les résultats d'une étude montrent que 16% des étudiants en diététique ont un niveau de stigmatisation particulièrement élevé envers les personnes obèses [16]. Il en est de même pour les professionnels de santé avec plus de 45% ayant une attitude négative auprès des individus en excès pondéral. Celle-ci étant également ressentie comme négative par les patients pris en charge [16].

Si nous nous focalisons maintenant plus précisément sur les diététicien-nes, ceux-ci estiment être les mieux équipés pour prendre en charge des patients en excès pondéral, ce qui n'empêche pas la stigmatisation [16]. En effet, une revue systématique de littérature effectuée en Allemagne affirme que 76% de ceux-ci préféreraient prendre en charge les personnes de poids normal, en comparaison avec des personnes obèses [7]. De plus, il semblerait que les professionnels âgés de 20 à 29 ans seraient plus enclin à prendre en charge des personnes ni en surpoids, ni obèses [7]. La majorité des études analysées montre une stigmatisation par les professionnels de la nutrition et une croyance que la personne obèse est responsable de son état et de la résolution de celui-ci [7]. Il est vrai que si ces professionnels sont convaincus que leurs patients sont simplement fainéants ou sans motivation, il sera plus difficile pour eux de planifier des stratégies de pertes de poids [Jung]. L'encouragement, la valorisation et l'empathie devraient pourtant faire partie intégrante de l'accompagnement de la personne en excès pondéral. De plus, trois types de discrimination ont été relevée : l'évitement instrumental (p.ex. temps de consultation réduit), professionnel (p.ex. moins d'engagement dans la prise en charge par le professionnel) et interpersonnel (p.ex. langage non-verbal négatif, ton de voix, posture, ...) [7]. Pour appuyer ces propos, il a été relevé que 36% des patients obèses indiquent avoir subi de la stigmatisation de la part des diététicien-nes au cours d'un suivi [17].

Notre première question de recherche était de déterminer les impacts de la stigmatisation lors de la prise en charge diététique de personnes obèses. Cependant, comme nous l'avons vu ci-dessus, il s'agit d'un sujet déjà traité et nous voulions approfondir le questionnement. En effet, certains programmes de santé publique concernant la stigmatisation des personnes en excès pondéral ont été mis en place pour sensibiliser les professionnels de santé à cette problématique (campagnes de prévention, formations et recommandations de bonne pratique) [18]. C'est pourquoi nous choisissons d'axer notre recherche sur les impacts de ces programmes auprès des diététiciens sur le sujet de la stigmatisation. En partant des résultats de nos recherches, nous pourrions formuler des pistes de recommandations pour la pratique.

4. But et objectifs

4.1. But

Dans ce travail, le but principal est d'observer quels programmes de sensibilisation sur la stigmatisation concernant l'excès pondéral ont été mis en place auprès de diététicien-nes. De plus, nous aimerions analyser les composantes les plus efficaces de ceux-ci.

Suite à cela, un second but peut être formulé, mais qui ne rentrera pas dans le cadre de ce travail : après la mise en place de programmes spécifiques de sensibilisation, les diététicien-nes deviennent conscients de la stigmatisation potentiellement exercée auprès des personnes en surpoids et obèses. Ceci pouvant les pousser à œuvrer en faveur d'une mise en place de stratégies pouvant aider à la diminuer. En effet, ces professionnel-le-s étant au plus proche de la problématique pondérale, ils peuvent être vecteurs de changement auprès de divers professionnels de santé.

La finalité de notre travail serait donc de diminuer les comportements stigmatisants des diététicien-nes diplômé-es lors de la prise en charge de personnes adultes en surpoids ou obèses.

4.2. Objectifs

Objectifs de nos recherches

- Définir les différents types de stigmatisation, dont ceux spécifiques à l'excès pondéral.
- Identifier les différences de stigmatisation selon le genre et selon l'amplitude de l'excès pondéral.
- Comprendre l'impact de cette stigmatisation sur les individus concernés et sur la prise en charge médicale et/ou paramédicale (diététiciens, physiothérapeutes, soins infirmiers, ...) de ceux-ci.
- Quels types d'actions préventives de la stigmatisation concernant l'excès pondéral existent actuellement.

Objectifs de notre revue de la littérature

- Observer l'impact des actions préventives de la stigmatisation sur la prise en charge d'individus en excès pondéral.
- Faire émerger les types d'action ayant le plus d'impact sur cette stigmatisation.
- Quels types d'intervention ont le plus de succès auprès des diététicien-nes diplômé-es.

5. Question de Recherche

P : Les diététicien-nes diplômé-es

I : Actions de sensibilisation au sujet de la stigmatisation des individus souffrant de surpoids ou d'obésité

C : Aucune action de sensibilisation

O : Comportement/attitude potentiellement stigmatisant des diététicien-nes diplômé-es lors de la prise en charge d'individus en excès pondéral

Question de recherche :

Est-ce que des actions de sensibilisations au sujet de la stigmatisation des individus en surpoids ou obèses auprès des diététicien-nes diplômé-es ont un effet sur les comportements/attitudes potentiellement stigmatisants de ceux-ci lors de la prise en charge de ces personnes ?

Sous-question :

Quelles sont les composantes des programmes qui semblent modifier le mieux les comportements/attitudes potentiellement stigmatisants des diététicien-nes diplômé-es concernant les individus en excès pondéral ?

6. Méthode

Nous allons débiter ce travail par un cadre de référence permettant de définir les thèmes suivants : l'obésité et le surpoids, la stigmatisation et ses impacts, plus précisément celle concernant l'excès pondéral, les types de stigmatisation, l'origine de celle-ci, la profession de diététicien et le parcours de formation (initiale et postgrade) ainsi que l'influence du lieu de travail. Pour ce faire, des lectures d'articles et d'études devront être réalisées, sans toutefois effectuer une revue de littérature.

Pour répondre à notre question de recherche, nous allons réaliser une revue de littérature à l'aide des mots clés sélectionnés (cf. Mots-clés).

6.1. Design

Selon la Cochrane, « une revue systématique [...] est une démarche scientifique rigoureuse constituée d'étapes bien définies incluant une recherche de littérature systématique, une évaluation de la qualité de chaque étude, une synthèse, quantifiée ou non, des résultats obtenus. » [19] En d'autres termes cela permet de combiner et analyser les résultats de plusieurs études traitant d'une question de recherche. Les études sont sélectionnées de manière précise et la qualité est prise en compte. Le niveau de preuve d'une telle recherche est considéré comme élevé (Grade 1 ou A) [20].

Afin de répondre à notre question de recherche, un essai clinique randomisé aurait été intéressant et nous permettrait de répondre de manière précise sur les éléments/population étudiés. Cependant, une telle étude n'est pas réalisable au niveau temporel et budgétaire. C'est pourquoi, nous optons pour une revue systématique de littérature. Celle-ci se basant sur des articles déjà publiés, elle nous permettra d'avoir une vision plus globale de la question.

6.2. Sélection des articles

6.2.1. Déroulement

Après avoir défini une première question de recherche, nous avons précisé notre population cible. Suite à cela, les recherches seront effectuées en binôme sur différentes bases de données grâce à une sélection de mots-clés. Suivant le nombre de résultats obtenus, le premier tri, se basant sur le titre des articles, pourra être partagé. Puis, selon l'abstract ainsi que nos critères d'inclusion et d'exclusion, nous ne garderons que les études pouvant être incluses à notre revue systématique. D'un commun accord, nous lirons l'ensemble des articles retenus. En cas de désaccord sur l'inclusion d'articles dans notre travail, une discussion avec notre directeur de Travail de Bachelor sera effectuée.

En parallèle, nous utiliserons les grilles d'analyse descriptive et qualitative de la HEdS, afin de vérifier la fiabilité des articles (annexe 11.2) :

- HEdS - Grille de lecture descriptive.
- HEdS - Analyse qualité d'articles de RECHERCHE.
- HEdS - Analyse qualité d'articles de REVUE DE LITTÉRATURE.

Un schéma illustrant le déroulement de la sélection des articles est présenté en annexe 11.3. Les articles qui auront retenu notre attention, seront répertoriés dans un tableau avec les coordonnées de ceux-ci apportant une vue d'ensemble (annexe 11.4).

6.2.2. Population étudiée

La population que nous étudierons est la suivante : diététicien-nes diplômé-es du monde entier, sans spécialisation particulière requise. En effet, les professionnels de la nutrition sont amenés à travailler plus fréquemment avec une population en excès pondéral. Actuellement, il n'existe pas suffisamment d'études en Suisse et en Europe sur le sujet. De plus, nous avons décidé de ne pas nous focaliser uniquement aux diététicien-nes spécialisés dans le surpoids et l'obésité (formation continue et/ou influence du lieu de travail). En effet, ceux-ci ont peut-être une attitude différente sur la question.

Il est possible que lors de nos recherches, le nombre d'études traitant des diététicien-nes diplômé-es soit insuffisant. Nous élargirons donc notre population à tous les professionnels de santé, en rédigeant un chapitre spécifique sur notre future profession.

6.2.3. Sources bibliographiques

Nous prendrons en compte tout type d'études traitant de notre sujet. Celles-ci seront recherchées sur les bases de données suivantes : Medline via Pubmed, CINAHL, Cochrane, PsycINFO et Google Scholar. Nous utiliserons des mots-clés identiques partout (sauf CINAHL qui a son propre thésaurus). Pour permettre une uniformité dans nos recherches, les mots qui ont retenu notre attention ont été traduits en MeSH Terms grâce au thésaurus HeTOP. Dans le cas où nos résultats ne seraient pas suffisants, nous nous permettrons d'utiliser des mots-clés libres (« all fields »).

Afin d'élargir notre champ de recherche, nous prenons la liberté de nous inspirer des bibliographies des articles sélectionnés.

6.2.4. Mots-clés

Notre stratégie de recherche est basée sur divers concepts : la population, la stigmatisation, l'excès pondéral et les programmes mis en place. Pour chacun d'entre eux, nous avons défini des mots-clés pouvant guider nos recherches. Le tableau détaillé de nos mots-clés se trouve en annexe 11.5.

Travail de Bachelor
3^{ème} année Bachelor / 2017-2018

Le premier concept est celui de la population :

- « nutritionists » MeSH Term
- « dietitians » MeSH Term
- « dieticians » MeSH Term
- « health personnel » MeSH Term

Le second concept traite de la stigmatisation :

- « stereotyping » MeSH Term
- « prejudice » MeSH Term
- « discrimination (psychology) » MeSH Term
- « social perception » MeSH Term
- « attitude of health personnel » MeSH Term

Notre troisième concept se porte sur l'excès de poids :

- « obesity » MeSH Term
- « overweight » MeSH Term
- « body weight » MeSH Term

Les programmes mis en place sont notre dernier concept :

- « public health » MeSH Term
- « preventive medicine » MeSH Term
- « education continue » MeSH Term

De plus, nous avons inclus en « all fields » les termes « stigma », « weight stigma » et « weight bias » car ils ne ressortaient pas dans les MeSH Terms.

6.2.5. Critères d'inclusion/exclusion

Inclusion	Exclusion
<ul style="list-style-type: none"> - Tout type d'études - Diététicien-nes diplômé-es et/ou professionnels de santé - Etudes traitant de programmes de sensibilisation sur la stigmatisation au sujet de l'excès pondéral - Adultes 19 ans et plus - Langues : anglais, français et allemand - Prise en compte du surpoids et de l'obésité car la distinction n'est pas souvent marquée 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfants et adolescents (jusqu'à 18 ans compris) - Etudes publiées il y a plus de 10 ans (soit avant 2007) - Étudiants en diététique

6.3. Analyse et extraction des données

Nos variables sont organisées selon qu'elles évaluent l'intervention ou l'outcome de notre question de recherche, avec l'indication de leur nature (qualitative ou quantitative). Dans le but d'avoir une vue d'ensemble des résultats des différentes études, nous les incluons dans deux tableaux Excel récapitulatifs en fonction des variables observées et de leur nature (annexes 11.6 et 11.7). Afin de faciliter l'analyse des résultats, nous avons décidé de classer nos variables en deux tableaux qualitatif et quantitatif et non comme ci-dessous.

Variables d'intervention

- Types d'action mise en place (quantitatif)
- Nombre d'offres de formation/sensibilisation pour diminuer la stigmatisation (quantitatif)
- Nombre d'inscriptions des diététicien-nes aux formations/sensibilisations (quantitatif)
- Modification du nombre d'annulations de rendez-vous après la formation/sensibilisation (quantitatif)
- Adhérence des diététicien-nes aux actions mises en place (quantitatif et/ou qualitatif)

Variables de l'outcome

- Modification du comportement potentiellement stigmatisant (point de vue des diététicien-nes et des patients) (qualitatif et/ou quantitatif)
- Modification des impacts de la stigmatisation sur la prise en charge des patients (qualitatif)
- Modification de la compliance/adhérence/observance au traitement par le patient (qualitatif et/ou quantitatif)
- Satisfaction du patient (qualitatif et/ou quantitatif)
- Alliance thérapeutique (qualitatif et/ou quantitatif)
- Modification du nombre de consultations après la formation/sensibilisation (quantitatif)
- Modification du nombre d'annulations de rendez-vous après la formation/sensibilisation (quantitatif)

Le choix des variables analysables s'est avéré difficile pour nous. En effet, il s'agit, pour la plupart, de mesures subjectives, c'est-à-dire non mesurables (p.ex. : modification du comportement stigmatisant, alliance thérapeutique, ...). Ces variables serviront de base pour notre analyse et notre discussion. Du fait de la nature subjective des indicateurs, nous effectuerons principalement des analyses qualitatives.

7. Organisation

L'organisation de la réalisation de ce travail est détaillée en annexe 11.8. Tout au long de l'année, des rendez-vous réguliers seront fixés avec notre directeur de travail de Bachelor afin de vérifier et discuter de l'avancement du travail. Lors de ces rendez-vous, des procès-verbaux seront tenus et mis à disposition sur Google Drive, qui constitue notre plateforme de travail. La plupart du temps, nous travaillerons en binôme sauf pour les lectures et analyses des articles. Suite à cela, une mise en commun sera effectuée. Nous tiendrons également à jour un journal de bord de nos rencontres et du travail réalisé (annexe 11.9).

8. Bénéfices et risques

La méthodologie de ce travail étant une revue de littérature, nous ne développerons pas ce point car nous n'impliquons aucune personne physique, uniquement des articles scientifiques. Il est évident que nous respecterons le code de déontologie formulé par l'ASDD. Nous tiendrons compte lors de la lecture et l'analyse des études de leur fiabilité, des possibles conflits d'intérêt.

9. Budget et ressources

Notre budget principal ne devrait contenir que les coûts liés à l'achat et/ou l'impression des articles sélectionnés ainsi que pour leurs analyses. Cependant, la Haute Ecole de Santé de Genève nous octroie la possibilité d'obtenir 10 articles payants par personne, soit 20 articles payants pour notre travail. Selon nos premières recherches de littérature, nous estimons analyser une dizaine d'articles pour une moyenne de 10 pages. Etant donné que chacune de nous lira l'entièreté des articles et qu'une impression coûte en moyenne 10cts/page, ceci devrait nous revenir à 20 CHF. De plus, il nous faudra 2 feuilles d'analyse descriptive et une quarantaine de grille d'analyse qualité, nous revenant à 4.20 CHF, soit un total de 24.20 CHF. À cela s'ajoutera des coûts malheureusement impossibles à estimer à ce stade. En effet, l'impression ainsi que la reliure de notre travail de Bachelor, les coûts matériels (feuilles blanches, post-it, stylo, ...) et de transport (abonnements généraux des CFF) s'y additionneront.

Les ressources humaines à notre disposition sont les suivantes : notre directeur de travail de Bachelor : Eliséo Montanini, la responsable du module de Méthodologie de Recherche 3 et Biostatistiques : Maaïke Kruseman, les différents intervenants dans la relecture de notre travail, le bibliothécaire du Centre de Documentation des Caroubiers, ...

Pour terminer, nous utiliserons diverses ressources matérielles telles que nos ordinateurs, le logiciel Open Office (Word, Excel, PowerPoint, ...), Google Drive, différents sites web et bases de données (Pubmed, CINAHL, Google Scholar, ...), le logiciel Zotero pour notre bibliographie ainsi que l'application Whatsapp et Outlook de l'école pour faciliter la communication au sein du binôme ainsi qu'avec notre directeur de travail de Bachelor.

10. Bibliographie

- [1] World Health Organisation. Obesity and overweight [En ligne]. 2016 [consulté le 13 décembre 2017]. Disponible : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
- [2] MenuCH / Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires. Indice de masse corporelle (IMC) en Suisse en 2014 et 2015 [En ligne]. Suisse : Confédération Suisse ; 2016 [consulté le 10 juillet 2017]. Disponible : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/mensch-gesundheit/koerpergewicht-bewegung/koerpergewicht/uebergewicht-und-adipositas.html>
- [3] European Federation of the Associations of Dietitians (EFAD). Definition of a dietitian [En ligne]. 2015 [consulté le 13 décembre 2017]. Disponible : <http://www.efad.org/everyone/5196/5/0/80>
- [4] Rufener A, Fontana G, Jent S / SVDE ASDD. Diététicien-ne ASDD [En ligne]. 2017 [consulté le 13 décembre 2017]. Disponible : http://www.svde-asdd.ch/wp-content/uploads/2016/11/svde_pro_image_12s_FR_V2.pdf
- [5] Goffman, E. Stigma : notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs ; 1963.
- [6] Puhl RM, Andreyeva T, Brownell KD. Perceptions of weight discrimination : prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. Int J Obes. 2008 ;32 :992-1000.
- [7] Jung F, and al. Dietitians and Nutritionists : Stigma in the Contexte of Obesity. A Systematic Review. PLoS ONE. 2015 ; 10 (10). doi : 10.1371/journal.pone.014027
- [8] Eisenberg M. E, Neumark-Sztainer D, Haines J, Wall M. Weight-teasing and emotional well-being in adolescents : longitudinal findings from Project EAT. The Journal of Adolescent Health [En ligne] 2006 [consulté le 26 juin 2017] ; 38(6) : 675-83. Disponible : <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.07.002>
- [9] Griffiths L.J, Page A.S. The Impact of Weight-related Victimization on Peer Relationships: The Female Adolescent Perspective. Obesity Research [En ligne]. 2008 [consulté le 26 juin 2017] ; 16(2) : 39-45. Disponible : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2008.449/epdf>
- [10] Puhl R.M, Luedicke J, DePierre J.A. Parental Concerns about Weight-Based Victimization in Youth. Childhood Obesity [En ligne]. 2013 [consulté le 26 juin 2017] ; 9(6) : 540-48. Disponible : <https://doi.org/10.1089/chi.2013.0064>
- [11] Latzer Y, Stein D. A review of the psychological and familial perspectives of childhood obesity. Journal of eating disorders [En ligne]. 2013 [consulté le 26 juin 2017] 1(7) : 1-13. Disponible : <https://jeatdisord.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/2050-2974-1-7?site=jeatdisord.biomedcentral.com>
- [12] Greenleaf C, Petrie T.A, Martin S.B. Relationship of Weight-Based Teasing and Adolescents' Psychological Well-Being and Physical Health. Journal of School Health. 2013 ; 84(1) : 49-55. doi : 10.1111/josh.12118

- [13] Ratcliffe D, Ellison N. Obesity and Internalized Weight Stigma : A Formulation Model for an Emerging Psychological Problem. *Behav Cogn Psychother*. 2015 ;43(2) :239-52. DOI : 10.1017/S1352465813000763.
- [14] Lillis J, Thomas J, Levin M, Wing R. Self-stigma and weight loss : The impact of fear of being stigmatized. *JHP*. 2017 : 1-9. DOI : 10.1177/1359105317739101.
- [15] Schwartz M.B, and al. Weight Bias among Health Professional Specializing in Obesity. *Obesity Research* [En ligne]. 2003 [consulté le 26 juin 2017] ; 11(9) : 1033-39. Disponible : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2003.142/abstract>
- [16] Diversi T, Hughes R, Burke K. The prevalence and practice impact of weight bias amongst Australians dietitians. *Obesity Science & Practice*. 2016 : 456-65. DOI : 10.1002/osp4.83
- [17] Puhl RM, Brownell KD. Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity (Silver Spring)* 2006; 14(10):1802–15.
- [18] Apfeldorfer G, Zermati JP. Politique de santé publique en matière d'obésité [En ligne]. Paris : G.R.O.S ; 2015 [mis à jour le 19 novembre 2015 ; consulté le 10 novembre 2017]. Disponible : <https://www.gros.org/politique-de-sante-publique-en-matiere-d-obesite>
- [19] Cochrane Suisse. Les revues systématiques (systematic reviews). [En ligne]. Suisse : The Cochrane Collaboration. 2017 [consulté le 10 novembre 2017]. Disponible : <http://swiss.cochrane.org/fr/les-revues-systematiques-systematic-reviews>
- [20] Haute Autorité de Santé (HAS). Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique [En ligne]. 2013 [consulté le 10 novembre 2017]. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf

11. Annexes

11.1. Schéma de la stigmatisation internalisée

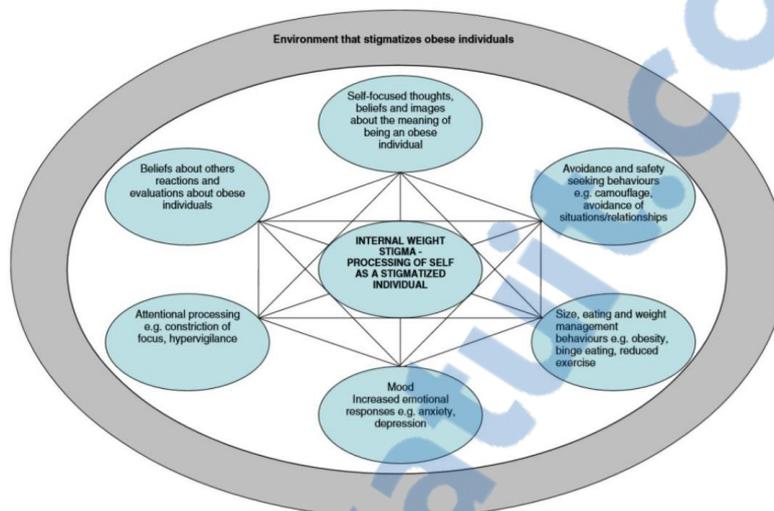


Figure 1. (Colour online) A formulation model of internalized weight stigma

Rapport-Gratuit.com

11.2. Grilles d'analyses descriptive et qualitative



Filière Nutrition et diététique

Module « Méthodologie de recherche 3 et biostatistiques »

Grille de lecture descriptive

Quelle est la question posée par les auteurs ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quelle est la question de recherche ? (PICO) 2. Est-elle bien argumentée et justifiée ? (expliquez brièvement) 3. Une hypothèse est-elle formulée explicitement? 4. Quelle est-elle ?
Quel type d'étude a été effectué ?	<ol style="list-style-type: none"> 5. Quel est le design de l'étude ? 6. La récolte de données était-elle longitudinale, transversale? Rétrospective ou prospective ? 7. Y a-t-il eu une comparaison entre groupes ? Si oui, lesquels ?
Quelles sont les méthodes utilisées ?	<ol style="list-style-type: none"> 8. De quelle population les sujets sont-ils issus ? 9. Quels sont les principaux critères d'inclusion et d'exclusion ? 10. Comment les sujets ont-ils été sélectionnés? 11. Y a-t-il un risque de biais de sélection ? 12. Quelles sont les variables étudiées ? 13. Les outils de mesure sont-ils valides, fiables? 14. Quelles sont les principales analyses statistiques effectuées ?
Quels sont les résultats de l'étude ?	<ol style="list-style-type: none"> 15. Quels sont les principaux résultats ? Et que signifient-ils concrètement? 16. Répondent-ils aux objectifs ? 17. Les tableaux et graphiques sont-ils pertinents, clairement légendés ?
Puis-je appliquer ces résultats à ma pratique ? Analyse personnelle	<ol style="list-style-type: none"> 18. Quels sont les éléments importants de la discussion ? 19. Les auteurs présentent-ils les limites et les biais ? En manque-il ?? 20. La revue de littérature est-elle pertinente ? 21. La conclusion est-elle logique ? Découle-t-elle des résultats de l'étude ? 22. Selon vous, les résultats sont-ils plausibles ? En lien avec ce que vous connaissez ? 23. Que pensez-vous de cette étude ? Appliqueriez-vous les résultats ?





DOCUMENT INTERNE A NE PAS DIFFUSER

Analyse qualité d'articles de RECHERCHE¹

Résumé descriptif

Référence	
Devis d'étude	
Niveau de qualité	<input type="checkbox"/> + (Positif) <input type="checkbox"/> - (Négatif) <input type="checkbox"/> ⊖ (Neutre)
But de la recherche	
Critères d'inclusion	
Critères d'exclusion	
Description du protocole de l'étude	Recrutement : Design : Aveuglement (si applicable) : Intervention (si applicable) : Analyses statistiques :
Recueil de données	Moments de mesure : Variables dépendantes : Variables indépendantes : Autres variables en lien :
Description de l'échantillon étudié	N initial sujets: (.....Hommes ;Femmes) N final analysé : (Taux de retrait :) Age (moyenne ; groupes ; etc.): Origine : Autres caractéristiques démographiques : Données anthropométriques : Lieu de recrutement :

¹ Traduction libre de Worksheet template and Quality criteria checklist : Primary Research. Academy of Nutrition and Dietetics, Evidence Analysis Library®. <http://www.andeal.org/evidence-analysis-manual> (accédé le 18 janvier 2017)

Juin 2014 IC, MK, NS. Revu Janvier 2017 MK



Résumé des résultats	Constatations principales : Constatations secondaires :
Conclusion des auteurs	
Commentaires	
Source de financement	

Analyse qualité

Symboles	Légende
+	Positif : Indique que l'article a abordé clairement les critères d'inclusion et d'exclusion, les biais, la généralisabilité, le recueil et l'analyse des données.
-	Négatif : Indique que les éléments ci-dessus n'ont pas été abordés de manière suffisante.
⊖	Neutre : Indique que l'article n'est ni particulièrement robuste ni particulièrement faible.

Checklist

Questions de pertinence	
1. En cas de résultat positif de l'intervention étudiée, est-ce que sa mise en application résulterait en une amélioration pour le groupe cible ? (Non applicable pour certaines études épidémiologiques).	O N PP NA
2. Est-ce que l'outcome ou le thème étudié (variable dépendante) est important du point de vue du groupe cible ?	O N PP NA
3. Est-ce que l'intervention ou la procédure (variable indépendante) ou le thème de l'étude est une préoccupation fréquente en pratique diététique ?	O N PP NA
4. Est-ce que l'intervention ou la procédure est réalisable/faisable ? (Non applicable pour certaines études épidémiologiques).	O N PP NA

Oui=O ; Non=N ; Peu de précisions=PP ; Ne s'applique pas=NA

Travail de Bachelor
3^{ème} année Bachelor / 2017-2018

Questions de validité	
1. Est-ce que la <u>question de recherche</u> a été clairement posée ?	O-N-PP-NA
1.1 Est-ce que l'intervention ou la procédure (variable indépendante) a été identifiée ?	O-N-PP-NA
1.2 Est-ce que les variables de résultat (outcome, variables dépendantes) ont été clairement indiquées ?	O-N-PP-NA
1.3 Est-ce que la population cible et le cadre de l'étude ont été spécifiés ?	O-N-PP-NA
2. Est-ce que la <u>sélection</u> des sujets de l'étude était exempte de biais ?	O-N-PP-NA
2.1 Est-ce que les critères d'inclusion et d'exclusion étaient spécifiés (facteurs de risque, stade de la maladie, critères de diagnostic, comorbidités, etc.) et avec suffisamment de détails, sans omettre ceux essentiels pour l'étude ?	O-N-PP-NA
2.2 Est-ce que les critères ont été appliqués de manière identique dans tous les groupes étudiés ?	O-N-PP-NA
2.3 Est-ce que les caractéristiques de santé, les caractéristiques sociodémographiques et les autres caractéristiques des sujets sont décrites?	O-N-PP-NA
2.4 Est-ce que les sujets peuvent être considérés comme un échantillon représentatif de la population cible?	O-N-PP-NA
3. Est-ce que les groupes étudiés étaient <u>comparables</u>?	O-N-PP-NA
3.1 Est-ce que la méthode de répartition des sujets dans les groupes était décrite et non biaisée ? En cas d'essai contrôlé randomisé, est-ce que la méthode de randomisation était explicitée ?	O-N-PP-NA
3.2 Est-ce qu'au début de l'étude la distribution des caractéristiques (stade de la maladie, facteurs pronostiques ou sociodémographiques) était similaire dans les groupes de l'étude ?	O-N-PP-NA
3.3 Est-ce que les sujets du groupe contrôle étaient inclus en même temps que les autres sujet d'étude ? (Suivi en parallèle préféré au suivi rétrospectif)	O-N-PP-NA
3.4 S'il s'agit d'une étude de cohorte ou transversale, est-ce que les groupes étaient comparables en termes de facteurs de confusion et est-ce que les différences préexistantes étaient prises en compte lors des analyses statistiques ? (ajustement, p.ex.).	O-N-PP-NA
3.5 S'il s'agit d'une étude cas-témoin, est-ce que les facteurs de confusion potentiels étaient similaires chez les cas et les témoins? (s'il s'agit d'une étude de cas ou si les sujets étaient leur propre contrôle [cross-over] ce critère n'est pas applicable ; idem dans certaines études transversales).	O-N-PP-NA
3.6 S'il s'agit d'une étude visant à évaluer un test diagnostique, est-ce qu'il y avait une comparaison indépendante faite en aveugle avec un <i>Gold standard</i> ?	O-N-PP-NA

<p>4. Est-ce que la gestion des <u>retraits</u> (sujets ayant arrêté l'étude volontairement ou non) a été décrite ?</p> <p>4.1 Est-ce que les méthodes de suivi des sujets ont été décrites et étaient-elles identiques pour tous les groupes ?</p> <p>4.2 Est-ce que le nombre de retraits et les motifs (abandons, perdus de vue, etc.) ou le taux de réponse (études transversales) étaient décrits pour chaque groupe ? (Le taux de suivi pour une étude robuste est de 80%).</p> <p>4.3 Est-ce que tous les sujets inclus dans l'échantillon de départ ont été pris en compte dans l'analyse?</p> <p>4.4 Est-ce que les raisons de retrait étaient similaires dans tous les groupes ?</p> <p>4.5 S'il s'agit d'une étude visant à évaluer un test diagnostique: est-ce que la décision d'effectuer le test de référence (gold standard) n'était pas influencée par les résultats du test étudié (nouveau test) ?</p>	<p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p>
<p>5. Est-ce que des <u>méthodes en aveugle</u> ont-été utilisées pour empêcher les biais ?</p> <p>5.1 S'il s'agit d'une étude d'intervention, est-ce que les cliniciens et les investigateurs étaient aveugles concernant l'attribution des groupes ?</p> <p>5.2 Est-ce que les personnes chargées de recueillir les données étaient aveugles concernant l'évaluation des résultats? (<i>Si le résultat était évalué par un test objectif, p.ex. une valeur biologique, ce critère est d'emblée acquis</i>).</p> <p>5.3 S'il s'agit d'une étude de cohorte ou d'une étude transversale, est-ce que les mesures de résultat et de facteurs de risque des sujets ont été effectuées à l'aveugle ?</p> <p>5.4 S'il s'agit d'une étude cas-témoins, est-ce que la définition d'un cas était explicite et son attribution au groupe « cas » non-influencée par le fait qu'il ait été exposé ou non au facteur étudié ?</p> <p>5.5 S'il s'agit d'une étude visant à évaluer un test diagnostique, est-ce que les résultats du test étaient traités en aveugle, relativement à l'histoire du patient et aux résultats d'autres tests ?</p>	<p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p>
<p>6. Est-ce que l'<u>intervention</u>, les plans de traitement, les facteurs d'exposition ou la procédure, ainsi que les comparaisons ont été décrites en détail?</p> <p>6.1 S'il s'agit d'un essai randomisé contrôlé ou d'une autre étude d'intervention, est-ce que les protocoles étaient décrits pour chacun des plans de traitement étudiés ?</p> <p>6.2 S'il s'agit d'une étude d'observation, est-ce que les interventions, le cadre de l'étude et les professionnels impliqués étaient décrits?</p> <p>6.3 Est-ce que l'intensité et la durée de l'intervention ou du facteur d'exposition étaient suffisantes pour produire un effet significatif?</p> <p>6.4 Est-ce que l'ampleur de l'exposition et, le cas échéant, la compliance du sujet, était mesurée?</p> <p>6.5 Est-ce que les co-interventions (traitements auxiliaires, autres thérapies, etc.)</p>	<p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p>

4

étaient décrites?	
6.6 Est-ce que les traitements supplémentaires ou non planifiés étaient décrits?	O-N-PP-NA
6.7 Est-ce que les données relatives aux questions, 6.4, 6.5, et 6.6 étaient évaluées de la même manière pour tous les groupes ?	O-N-PP-NA
6.8 S'il s'agit d'une étude visant à évaluer un test diagnostique, est-ce que la manière d'effectuer les tests et leur reproduction étaient suffisamment décrits ?	O-N-PP-NA
7. Est-ce que les <u>variables de résultat</u> étaient clairement définies et les <u>mesures valides et fiables</u>?	O-N-PP-NA
7.1 Est-ce que les critères de résultats (endpoints) primaires et secondaires étaient décrits et pertinents pour répondre à la question ?	O-N-PP-NA
7.2 Est-ce que les mesures nutritionnelles étaient appropriées pour étudier la question et les résultats d'intérêt ?	O-N-PP-NA
7.3 Est-ce que la période de suivi était suffisamment longue pour que les résultats puissent se produire ?	O-N-PP-NA
7.4 Est-ce que les observations et les mesures étaient basées sur des instruments, tests ou procédures de recueil de données standardisés, valides et fiables?	O-N-PP-NA
7.5 Est-ce que la mesure de l'effet était d'un niveau de précision approprié ?	O-N-PP-NA
7.6 Est-ce que d'autres facteurs pouvant influencer les résultats étaient pris en compte?	O-N-PP-NA
7.7 Est-ce que les mesures étaient conduites de façon systématique dans chacun des groupes?	O-N-PP-NA
8. Est-ce que les <u>analyses statistiques</u> étaient appropriées pour le design d'étude et pour le type de variables de résultat?	O-N-PP-NA
8.1 Est-ce que les analyses statistiques étaient suffisamment décrites et les résultats rapportés de manière adéquate ?	O-N-PP-NA
8.2 Est-ce que les tests statistiques utilisés étaient corrects et est-ce que les hypothèses des tests étaient respectées ?	O-N-PP-NA
8.3 Est-ce que les résultats statistiques étaient rapportés avec les niveaux de signification ou les intervalles de confiance ?	O-N-PP-NA
8.4 Est-ce que l'analyse des résultats était effectuée pour l'ensemble des sujets en «intention de traiter» ? (le cas échéant, y avait-il une analyse des résultats pour les personnes les plus exposées ou une analyse dose-effet) ?	O-N-PP-NA
8.5 Est-ce que des ajustements pour les facteurs de confusion potentiels étaient faits de manière adéquate ? (analyses multivariées p.ex.)	O-N-PP-NA
8.6 Est-ce que la signification clinique ainsi que la signification statistique étaient mentionnées ?	O-N-PP-NA
8.7 Si les résultats étaient négatifs, est-ce qu'un calcul de puissance permettait d'identifier une éventuelle erreur de type II ?	O-N-PP-NA

Travail de Bachelor
3^{ème} année Bachelor / 2017-2018

9. Est-ce que <u>les conclusions étaient étayées par les résultats</u> et tenaient compte des biais et des limites ?	O-N-PP-NA
9.1 Est-ce qu'il y a une discussion des résultats ?	O-N-PP-NA
9.2 Est-ce que les biais et les limites de l'étude sont identifiés et discutés ?	O-N-PP-NA
10. Est-ce qu'un biais dû au <u>financement ou au sponsoring</u> de l'étude est peu probable ?	O-N-PP-NA
10.1 Est-ce que les sources de financement et les affiliations des investigateurs sont mentionnées ?	O-N-PP-NA
10.2 Est-ce qu'il n'y avait pas de conflit d'intérêt apparent ?	O-N-PP-NA

Cotation**POSITIF (+)**

Si la majorité des réponses aux questions de validité ci-dessus sont « Oui », y compris les critères 2, 3, 6 et 7 ainsi qu'au moins une réponse « Oui » à une autre question, l'article devrait être désigné par le symbole plus (+).

NEGATIF (-)

Si la plupart ($\geq 6/10$) des réponses aux questions de validité ci-dessus sont « Non », l'article devrait être désigné par le symbole moins (-).

NEUTRE (⊙)

Si les réponses aux questions de validité 2, 3, 6 et 7 n'indiquent pas que l'étude est particulièrement robuste, l'article devrait être désigné par le symbole neutre (⊙).

6



DOCUMENT INTERNE A NE PAS DIFFUSER

Analyse qualité d'articles de REVUE DE LITTÉRATURE¹

Résumé descriptif

Référence	
Devis d'étude	
Niveau de qualité	<input type="checkbox"/> + (Positif) <input type="checkbox"/> - (Négatif) <input type="checkbox"/> ⊖ (Neutre)
But de la revue de littérature	
Critères d'inclusion des articles	
Critères d'exclusion des articles	
Description du protocole de l'étude	Bases de données utilisées : N investigateurs impliqués dans la sélection des articles : Designs d'études incluses : Méta-analyse présente ou non :
Extraction des variables	Variables dépendantes : Variables indépendantes : Autres variables en lien :
Description de l'échantillon étudié	N articles inclus au final: Présence d'un schéma descriptif du processus de sélection des articles avec n exclus et raisons (oui ou non) : Origines des études incluses : N (min et max) des sujets inclus dans les études :

¹ Traduction libre de Worksheet template and Quality criteria checklist : Review Articles. Academy of Nutrition and Dietetics, Evidence Analysis Library®. <http://www.andeanal.org/evidence-analysis-manual> (accédé le 18 janvier 2017)

Décembre 2014 IC, MK, NS. Revu Janvier 2017 MK



Travail de Bachelor
3^{ème} année Bachelor / 2017-2018

Résumé des résultats	Constatations principales : Constatations secondaires :
Conclusion des auteurs	
Commentaires	
Source de financement	

Analyse qualité

Symboles	Légende
+	Positif : Indique que l'article a abordé clairement les critères d'inclusion et d'exclusion, les biais, la généralisabilité, le recueil et l'analyse des données
-	Négatif : Indique que les éléments ci-dessus n'ont pas été abordés de manière suffisante
⊖	Neutre : Indique que l'article n'est ni particulièrement robuste ni particulièrement faible

Checklist

Questions de pertinence		
1.	Est-ce que la réponse à la question de recherche, en admettant qu'elle soit vraie, aura un impact direct sur la santé des patients ou du groupe cible?	O-N-PP-NA
2.	Est-ce que l'outcome ou le thème étudié (variable dépendante) est important du point de vue du groupe cible ?	O-N-PP-NA
3.	Est-ce que l'intervention ou la procédure (variable indépendante) ou le thème de la revue de littérature est pertinent en pratique diététique ?	O-N-PP-NA
4.	Est-ce que l'information, en admettant qu'elle soit vraie, requerra un changement de pratique ?	O-N-PP-NA

Oui=O ; Non=N ; Peu de précisions=PP ; Ne s'applique pas=NA

Questions de validité		
1.	La question de recherche de la revue de littérature était-elle appropriée et ciblée de manière claire ?	O-N-PP-NA
2.	La stratégie de recherche utilisée pour trouver les études pertinentes était-elle exhaustive ? Y avait-il une description des bases de données examinées et des termes de recherche utilisés ?	O-N-PP-NA

2

Travail de Bachelor
3^{ème} année Bachelor / 2017-2018

3. Les méthodes de sélection des études à inclure dans la revue étaient-elles explicites ? Est-ce que les critères d'inclusion/exclusion étaient spécifiés et étaient-ils appropriés ? La sélection des études à inclure dans la revue était-elle exempte de biais ?	O-N-PP-NA
4. Est-ce que la revue incluait une évaluation de la qualité et de la validité des études incluses ? Si oui, est-ce que les méthodes d'évaluation étaient explicitées, appropriées et reproductibles ?	O-N-PP-NA
5. Y avait-il une description de traitements, d'interventions ou d'expositions spécifiques ? Les différents traitements étaient-ils suffisamment similaires pour être réunis/combinés ?	O-N-PP-NA
6. Est-ce que la variable de résultat était explicitée clairement ? Est-ce que des variables complémentaires étaient examinées ?	O-N-PP-NA
7. Est-ce que les modalités d'extraction de données, de synthèse et d'analyse des résultats étaient décrites ? Ces modalités étaient-elles utilisées systématiquement pour chaque étude et chaque groupe ? La synthèse (qualitative ou quantitative) était-elle effectuée de manière appropriée ? La variabilité des résultats entre les études était-elle analysée ? Est-ce que les problèmes d'hétérogénéité ont été pris en compte ? En cas d'agrégation de données pour une méta-analyse, la procédure était-elle décrite ?	O-N-PP-NA
8. Est-ce que les résultats sont présentés clairement, de manière narrative et/ou quantitative ? En cas de présentation de statistiques, est-ce que les niveaux de signification ou les intervalles de confiance sont inclus ?	O-N-PP-NA
9. Les conclusions sont-elles étayées par les résultats et tiennent-elles compte des biais et limites ? Est-ce que les faiblesses de la revue sont identifiées et discutées ?	O-N-PP-NA
10. Est-ce qu'un biais dû au financement ou au sponsoring de l'étude était peu probable ?	O-N-PP-NA

Cotation**POSITIF (+)**

Si la majorité des réponses aux questions de validité ci-dessus sont « Oui », y compris les critères 1, 2, 3 et 4, l'article de revue devrait être désigné par le symbole plus (+).

NEGATIF (-)

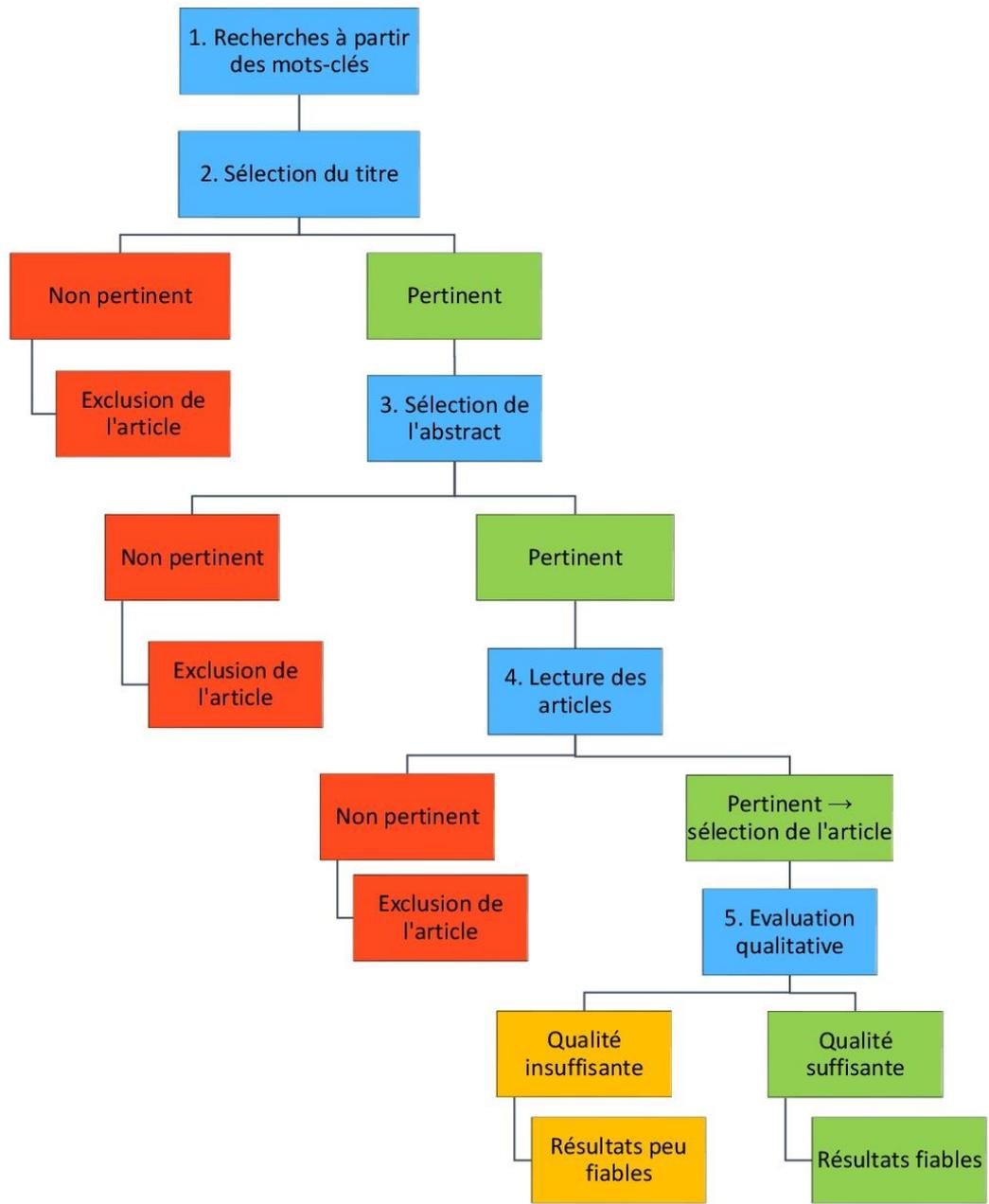
Si la plupart (≥ 6) des réponses aux questions de validité ci-dessus sont « Non », l'article de revue devrait être désigné par le symbole moins (-).

NEUTRE (⊙)

Si la réponse à l'une des quatre premières questions de validité (1-4) est « Non », mais que d'autres critères révèlent des points forts, l'article de revue devrait être désigné par le symbole neutre (⊙).

3

11.3 Schéma de sélection des articles



11.4 Tableau des articles sélectionnés

Titre de l'article	Auteurs	MeSH Terms et filtres	Date de publication	Design d'étude	But de l'étude	Intervention	Qualité

11.5 Mots-Clés

	HeTOP select (MeSH en FR)	MeSH (ENG)	CINAHL (ENG)	Cochrane (ENG)	Google Scholar et PsycINFO (FR ou ENG)
Diététicien	Nutritionnistes	Nutritionists Dietitians Dieticians	Dietitians Dietitians attitude	Nutritionists Dietitians Dieticians	Diététicien Nutritionniste Nutritionists Dietitians / Dieticians
Professionnel de santé	Personnel de santé	Health personnel	Health personnel	Health personnel	Professionnel / Personnel de santé Health personnel
Stigmatisation	Stéréotypage	Stereotyping	Stereotyping Stigma Attitude (/)	Stereotyping	Stigmatisation Stéréotypage Stereotyping Stigma Attitude (/)
Préjugé	Prejugé	Prejudice	Prejudice	Prejudice	Préjugé Prejudice
Discrimination	Discrimination (psychologie)	Discrimination (psychology)	Discrimination (/)	Discrimination (psychology)	Discrimination (FR et ENG)
Perception sociale	Perception sociale	Social perception	Social behavior	Social perception	Perception sociale Social perception Social behavior
Attitude du personnel soignant	Attitude du personnel soignant	Attitude of health personnel	Attitude of health personnel (/)	Attitude of health personnel	Attitude du personnel soignant Attitude of health personnel
Obésité	Obésité	Obesity	Obesity Attitude to obesity	Obesity	Obésité Obesity Attitude to obesity
Surpoids	Surpoids	Overweight	Obesity	Overweight	Surpoids Overweight
Poids	Poids du corps	Body weight	Body weight (/)	Body weight	Poids Body weight
Santé publique	Santé publique	Public health	Public health (/) Public health nutrition	Public health	Santé publique Public health
Prévention	Médecine préventive	Preventive medicine	Preventive health care	Preventive medicine	Prévention Preventive medicine Preventive health care
Formation continue	Formation continue	Education continue	Education, continuing	Education continue	Formation continue Education continue

11.6 Tableau des résultats quantitatifs des études

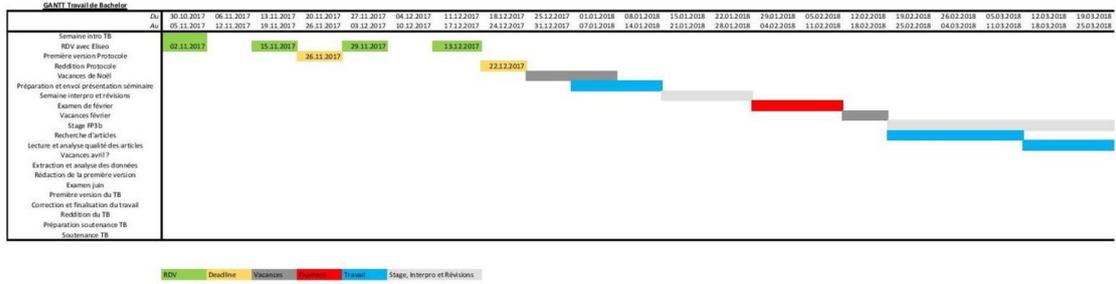
Titre de l'article	Types d'action mise en place	Nombre d'offres de formation/ sensibilisation pour diminuer la stigmatisation	Nombre d'inscription des diététicien-ne-s aux formations/ sensibilisation	Modification du nombre de consultations après la formation/ sensibilisation	Modification du nombre d'annulations de rendez-vous après la formation/ sensibilisation

11.7 Tableau des résultats qualitatifs des études

Titre de l'article	Adhérence des diététicien-ne-s aux actions mise en place	Modification du comportement potentiellement stigmatisant	Modification des impacts de la stigmatisation sur la prise en charge des patients	Modification de la compliance/adhérence/ observance au traitement par le patient	Satisfaction du patient	Alliance thérapeutique

11.8 Organisation – GANTT du travail de Bachelor

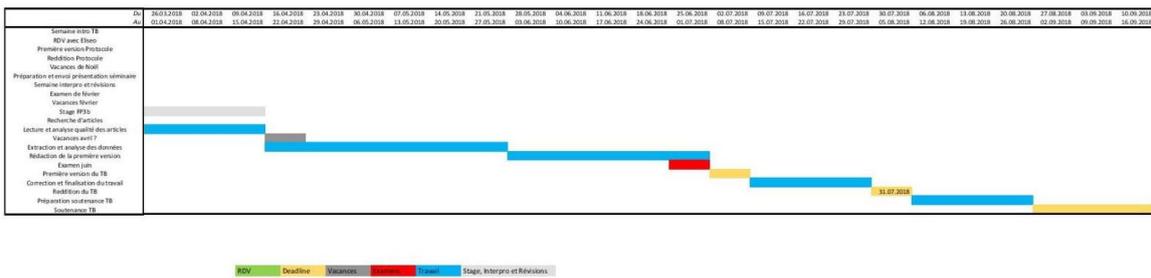
Travail de Bachelor
3^{ème} année Bachelor / 2017-2018



Dehlia Neuenschwander et Salomé Rey

29

Travail de Bachelor
3^{ème} année Bachelor / 2017-2018



Dehlia Neuenschwander et Salomé Rey

30

11.9 Journal de bord

	<i>Travail</i>
Date : 1.11.17 Personne : SR & DN	Mindmap Esquisse protocole QR Mots-clés
Date : 2.11.17 Personne : DN & SR & EM	RDV TB Revu QR et PICO Mots-clés Protocole
Date : 10.11.17 Personne : DN et SR	Vu MK Commencer la méthode Introduction protocole QR
Date : 12.11.17 Personne : DN & SR	Relecture du travail de vendredi (mise à jour du but...) Poursuite de la méthodologie (jusqu'à critère d'inclusion/exclusion)
Date : 15.11.17 Personne : DN & SR & EM	RDV tuteur Correction Poursuite de la méthodologie
Date : 26.11.17 Personne : DN & SR	Fin d'un premier jet du protocole
Date : 29.11.17 Personne : DN & SR & EM	Discussion autour du premier jet du protocole
Date : 6.12.17 Personne : DN & SR	Modification et correction du protocole
Date : 12.12.17 Personne : DN & SR	Insertion des annexes dans le protocole
Date : 13.12.17 Personne : DN & SR & EM	RDV tuteur Corrections Résumé du TB Reprise des annexes (schéma, ordre, ...) Etalement de l'introduction
Date : 18.12.17 Personne : DN & SR	Dernière correction Bibliographie RDV avec MK
Date : 20.12.17 Personne : DN & SR	Rendu du protocole

VI. Mots-clés de la recherche de littérature

	<i>HeTOP select (MeSH en FR)</i>	<i>MeSH (ENG)</i>	<i>CINAHL (ENG)</i>	<i>Cochrane (ENG)</i>	<i>Google Scholar et PsycINFO (FR ou ENG)</i>
Diététicien	Nutritionnistes	Nutritionists Dietitians Dieticians	Dietitians Dietitians attitude	Nutritionists Dietitians Dieticians	Diététicien Nutritionniste Nutritionists Dietitians / Dieticians
Professionnel de santé	Personnel de santé	Health personnel	Health personnel	Health personnel	Professionnel / Personnel de santé Health personnel
Stigmatisation	Stéréotypage	Stereotyping	Stereotyping Stigma Attitude (/)	Stereotyping	Stigmatisation Stéréotypage Stereotyping Stigma Attitude (/)
Préjugé	Prejugé	Prejudice	Prejudice	Prejudice	Préjugé Prejudice
Discrimination	Discrimination (psychologie)	Discrimination (psychology)	Discrimination (/)	Discrimination (psychology)	Discrimination (FR et ENG)
Perception sociale	Perception sociale	Social perception	Social behavior	Social perception	Perception sociale Social perception Social behavior
Attitude du personnel soignant	Attitude du personnel soignant	Attitude of health personnel	Attitude of health personnel (/)	Attitude of health personnel	Attitude du personnel soignant Attitude of health personnel
Obésité	Obésité	Obesity	Obesity Attitude to obesity	Obesity	Obésité Obesity Attitude to obesity
Surpoids	Surpoids	Overweight	Obesity	Overweight	Surpoids Overweight
Poids	Poids du corps	Body weight	Body weight (/)	Body weight	Poids Body weight
Santé publique	Santé publique	Public health	Public health (/) Public health nutrition	Public health	Santé publique Public health
Prévention	Médecine préventive	Preventive medicine	Preventive health care	Preventive medicine	Prévention Preventive medicine Preventive health care
Formation continue	Formation continue	Education continue	Education, continuing	Education continue	Formation continue Education continue

VII. Grille d'analyse qualité d'articles de la HEdS

		DOCUMENT INTERNE A NE PAS DIFFUSER
Analyse qualité d'articles de RECHERCHE¹		
Résumé descriptif		
Référence		
Devis d'étude		
Niveau de qualité	<input type="checkbox"/> + (Positif) <input type="checkbox"/> - (Négatif) <input type="checkbox"/> ⊙ (Neutre)	
But de la recherche		
Critères d'inclusion		
Critères d'exclusion		
Description du protocole de l'étude	Recrutement : Design : Aveuglement (si applicable) : Intervention (si applicable) : Analyses statistiques :	
Recueil de données	Moments de mesure : Variables dépendantes : Variables indépendantes : Autres variables en lien :	
Description de l'échantillon étudié	N initial sujets: (.....Hommes ; Femmes) N final analysé : (Taux de retrait :) Age (moyenne ; groupes ; etc.): Origine : Autres caractéristiques démographiques : Données anthropométriques : Lieu de recrutement :	
<hr/> <p>¹ Traduction libre de Worksheet template and Quality criteria checklist : Primary Research. Academy of Nutrition and Dietetics, Evidence Analysis Library®. http://www.andea.org/evidence-analysis-manual (accédé le 18 janvier 2017)</p>		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Jun 2014 IC, MK, NS. Revu Janvier 2017 MK  </div>		

Résumé des résultats	Constatations principales : Constatations secondaires :
Conclusion des auteurs	
Commentaires	
Source de financement	

Analyse qualité

Symboles	Légende
+	Positif : Indique que l'article a abordé clairement les critères d'inclusion et d'exclusion, les biais, la généralisabilité, le recueil et l'analyse des données.
-	Négatif : Indique que les éléments ci-dessus n'ont pas été abordés de manière suffisante.
⊖	Neutre : Indique que l'article n'est ni particulièrement robuste ni particulièrement faible.

Checklist

Questions de pertinence	
1. En cas de résultat positif de l'intervention étudiée, est-ce que sa mise en application résulterait en une amélioration pour le groupe cible ? (Non applicable pour certaines études épidémiologiques).	O N PP NA
2. Est-ce que l'outcome ou le thème étudié (variable dépendante) est important du point de vue du groupe cible ?	O N PP NA
3. Est-ce que l'intervention ou la procédure (variable indépendante) ou le thème de l'étude est une préoccupation fréquente en pratique diététique ?	O N PP NA
4. Est-ce que l'intervention ou la procédure est réalisable/faisable ? (Non applicable pour certaines études épidémiologiques).	O N PP NA

Oui=O ; Non=N ; Peu de précisions=PP ; Ne s'applique pas=NA

Questions de validité	
<p>1. Est-ce que la <u>question de recherche</u> a été clairement posée ?</p> <p>1.1 Est-ce que l'intervention ou la procédure (variable indépendante) a été identifiée ?</p> <p>1.2 Est-ce que les variables de résultat (outcome, variables dépendantes) ont été clairement indiquées ?</p> <p>1.3 Est-ce que la population cible et le cadre de l'étude ont été spécifiés ?</p>	<p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p>
<p>2. Est-ce que la <u>sélection</u> des sujets de l'étude était exempte de biais ?</p> <p>2.1 Est-ce que les critères d'inclusion et d'exclusion étaient spécifiés (facteurs de risque, stade de la maladie, critères de diagnostic, comorbidités, etc.) et avec suffisamment de détails, sans omettre ceux essentiels pour l'étude ?</p> <p>2.2 Est-ce que les critères ont été appliqués de manière identique dans tous les groupes étudiés ?</p> <p>2.3 Est-ce que les caractéristiques de santé, les caractéristiques sociodémographiques et les autres caractéristiques des sujets sont décrites?</p> <p>2.4 Est-ce que les sujets peuvent être considérés comme un échantillon représentatif de la population cible?</p>	<p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p>
<p>3. Est-ce que les groupes étudiés étaient <u>comparables</u>?</p> <p>3.1 Est-ce que la méthode de répartition des sujets dans les groupes était décrite et non biaisée ? En cas d'essai contrôlé randomisé, est-ce que la méthode de randomisation était explicitée ?</p> <p>3.2 Est-ce qu'au début de l'étude la distribution des caractéristiques (stade de la maladie, facteurs pronostiques ou sociodémographiques) était similaire dans les groupes de l'étude ?</p> <p>3.3 Est-ce que les sujets du groupe contrôle étaient inclus en même temps que les autres sujet d'étude ? (Suivi en parallèle préféré au suivi rétrospectif)</p> <p>3.4 S'il s'agit d'une étude de cohorte ou transversale, est-ce que les groupes étaient comparables en termes de facteurs de confusion et est-ce que les différences préexistantes étaient prises en compte lors des analyses statistiques ? (ajustement, p.ex.).</p> <p>3.5 S'il s'agit d'une étude cas-témoin, est-ce que les facteurs de confusion potentiels étaient similaires chez les cas et les témoins? (s'il s'agit d'une étude de cas ou si les sujets étaient leur propre contrôle [cross-over] ce critère n'est pas applicable ; idem dans certaines études transversales).</p> <p>3.6 S'il s'agit d'une étude visant à évaluer un test diagnostique, est-ce qu'il y avait une comparaison indépendante faite en aveugle avec un <i>Gold standard</i> ?</p>	<p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p>

<p>4. Est-ce que la gestion des <u>retraits</u> (sujets ayant arrêté l'étude volontairement ou non) a été décrite ?</p> <p>4.1 Est-ce que les méthodes de suivi des sujets ont été décrites et étaient-elles identiques pour tous les groupes ?</p> <p>4.2 Est-ce que le nombre de retraits et les motifs (abandons, perdus de vue, etc.) ou le taux de réponse (études transversales) étaient décrits pour chaque groupe ? (Le taux de suivi pour une étude robuste est de 80%).</p> <p>4.3 Est-ce que tous les sujets inclus dans l'échantillon de départ ont été pris en compte dans l'analyse?</p> <p>4.4 Est-ce que les raisons de retrait étaient similaires dans tous les groupes ?</p> <p>4.5 S'il s'agit d'une étude visant à évaluer un test diagnostique: est-ce que la décision d'effectuer le test de référence (gold standard) n'était pas influencée par les résultats du test étudié (nouveau test) ?</p>	<p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p>
<p>5. Est-ce que des <u>méthodes en aveugle</u> ont été utilisées pour empêcher les biais ?</p> <p>5.1 S'il s'agit d'une étude d'intervention, est-ce que les cliniciens et les investigateurs étaient aveugles concernant l'attribution des groupes ?</p> <p>5.2 Est-ce que les personnes chargées de recueillir les données étaient aveugles concernant l'évaluation des résultats? (<i>Si le résultat était évalué par un test objectif, p.ex. une valeur biologique, ce critère est d'emblée acquis</i>).</p> <p>5.3 S'il s'agit d'une étude de cohorte ou d'une étude transversale, est-ce que les mesures de résultat et de facteurs de risque des sujets ont été effectuées à l'aveugle ?</p> <p>5.4 S'il s'agit d'une étude cas-témoins, est-ce que la définition d'un cas était explicite et son attribution au groupe « cas » non-influencée par le fait qu'il ait été exposé ou non au facteur étudié ?</p> <p>5.5 S'il s'agit d'une étude visant à évaluer un test diagnostique, est-ce que les résultats du test étaient traités en aveugle, relativement à l'histoire du patient et aux résultats d'autres tests ?</p>	<p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p>
<p>6. Est-ce que l'<u>intervention</u>, les plans de traitement, les facteurs d'exposition ou la procédure, ainsi que les comparaisons ont été décrites en détail?</p> <p>6.1 S'il s'agit d'un essai randomisé contrôlé ou d'une autre étude d'intervention, est-ce que les protocoles étaient décrits pour chacun des plans de traitement étudiés ?</p> <p>6.2 S'il s'agit d'une étude d'observation, est-ce que les interventions, le cadre de l'étude et les professionnels impliqués étaient décrits?</p> <p>6.3 Est-ce que l'intensité et la durée de l'intervention ou du facteur d'exposition étaient suffisantes pour produire un effet significatif?</p> <p>6.4 Est-ce que l'ampleur de l'exposition et, le cas échéant, la compliance du sujet, était mesurée?</p> <p>6.5 Est-ce que les co-interventions (traitements auxiliaires, autres thérapies, etc.)</p>	<p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p>

étaient décrites?	
6.6 Est-ce que les traitements supplémentaires ou non planifiés étaient décrits?	O-N-PP-NA
6.7 Est-ce que les données relatives aux questions, 6.4, 6.5, et 6.6 étaient évaluées de la même manière pour tous les groupes ?	O-N-PP-NA
6.8 S'il s'agit d'une étude visant à évaluer un test diagnostique, est-ce que la manière d'effectuer les tests et leur reproduction étaient suffisamment décrits ?	O-N-PP-NA
7. Est-ce que les <u>variables de résultat</u> étaient clairement définies et les <u>mesures valides et fiables</u>?	O-N-PP-NA
7.1 Est-ce que les critères de résultats (endpoints) primaires et secondaires étaient décrits et pertinents pour répondre à la question ?	O-N-PP-NA
7.2 Est-ce que les mesures nutritionnelles étaient appropriées pour étudier la question et les résultats d'intérêt ?	O-N-PP-NA
7.3 Est-ce que la période de suivi était suffisamment longue pour que les résultats puissent se produire ?	O-N-PP-NA
7.4 Est-ce que les observations et les mesures étaient basées sur des instruments, tests ou procédures de recueil de données standardisés, valides et fiables?	O-N-PP-NA
7.5 Est-ce que la mesure de l'effet était d'un niveau de précision approprié ?	O-N-PP-NA
7.6 Est-ce que d'autres facteurs pouvant influencer les résultats étaient pris en compte?	O-N-PP-NA
7.7 Est-ce que les mesures étaient conduites de façon systématique dans chacun des groupes?	O-N-PP-NA
8. Est-ce que les <u>analyses statistiques</u> étaient appropriées pour le design d'étude et pour le type de variables de résultat?	O-N-PP-NA
8.1 Est-ce que les analyses statistiques étaient suffisamment décrites et les résultats rapportés de manière adéquate ?	O-N-PP-NA
8.2 Est-ce que les tests statistiques utilisés étaient corrects et est-ce que les hypothèses des tests étaient respectées ?	O-N-PP-NA
8.3 Est-ce que les résultats statistiques étaient rapportés avec les niveaux de signification ou les intervalles de confiance ?	O-N-PP-NA
8.4 Est-ce que l'analyse des résultats était effectuée pour l'ensemble des sujets en «intention de traiter» ? (le cas échéant, y avait-il une analyse des résultats pour les personnes les plus exposées ou une analyse dose-effet) ?	O-N-PP-NA
8.5 Est-ce que des ajustements pour les facteurs de confusion potentiels étaient faits de manière adéquate ? (analyses multivariées p.ex.)	O-N-PP-NA
8.6 Est-ce que la signification clinique ainsi que la signification statistique étaient mentionnées ?	O-N-PP-NA
8.7 Si les résultats étaient négatifs, est-ce qu'un calcul de puissance permettait d'identifier une éventuelle erreur de type II ?	O-N-PP-NA

9. Est-ce que les conclusions étaient étayées par les résultats et tenaient compte des biais et des limites ?	O-N-PP-NA
9.1 Est-ce qu'il y a une discussion des résultats ?	O-N-PP-NA
9.2 Est-ce que les biais et les limites de l'étude sont identifiés et discutés ?	O-N-PP-NA
10. Est-ce qu'un biais dû au financement ou au sponsoring de l'étude est peu probable ?	O-N-PP-NA
10.1 Est-ce que les sources de financement et les affiliations des investigateurs sont mentionnées ?	O-N-PP-NA
10.2 Est-ce qu'il n'y avait pas de conflit d'intérêt apparent ?	O-N-PP-NA

Cotation

POSITIF (+)

Si la majorité des réponses aux questions de validité ci-dessus sont « Oui », y compris les critères 2, 3, 6 et 7 ainsi qu'au moins une réponse « Oui » à une autre question, l'article devrait être désigné par le symbole plus (+).

NEGATIF (-)

Si la plupart ($\geq 6/10$) des réponses aux questions de validité ci-dessus sont « Non », l'article devrait être désigné par le symbole moins (-).

NEUTRE (⊙)

Si les réponses aux questions de validité 2, 3, 6 et 7 n'indiquent pas que l'étude est particulièrement robuste, l'article devrait être désigné par le symbole neutre (⊙).