

Expériences des patients atteints d'obésité dans les services de santé

**Quel est l'impact de la stigmatisation interne des patients atteints
d'obésité sur leurs recours aux soins ?**

Travail de Bachelor

Hebrard Saskia
N°15494701

Mettraux Laurane
N°12327268

Directrice de TBSc: Robert Aline – Maître d'enseignement HES

Membres du jury: Lehmann Tania – Diététicienne diplômée HES

Genève, Août 2018

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteur-e-s et en aucun cas celle de la Haute école de santé Genève, du Jury ou du Directeur-trice de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques.

24 août 2018

HEBRARD Saskia & METTRAUX Laurane

Remerciements

Merci à toutes les personnes qui nous ont aidées dans la réalisation de ce travail de Bachelor.

En particulier nous souhaitons remercier :

Madame Aline Robert, notre directrice de travail de Bachelor qui nous a suivies tout au long de ce projet et nous a guidées pour sa rédaction.

Mesdames Karine Gremaud Mettraux, Salomé Chatagny et Monsieur George Hebrard pour leur relecture.

Monsieur Jean-David Sandoz, bibliothécaire du Centre de documentation des Caroubiers pour ses nombreux conseils sur l'utilisation de PubMed.

Madame Mathilde Rey pour son avis externe à ce projet, sa transmission de motivation et ses très nombreux conseils.

Table des matières

Introduction.....	6
Cadre de référence	7
1. L'obésité	7
2. La stigmatisation.....	8
3. La stigmatisation de l'obésité	9
4. La stigmatisation externe, la discrimination et la stigmatisation interne de l'obésité.....	15
5. De la stigmatisation externe à la stigmatisation interne	17
La stigmatisation interne	18
1. La prévalence	18
2. La stigmatisation interne dans les services de santé	18
3. L'impact sur le recours aux soins	18
Justification du thème.....	20
Quels sont les maillons manquants de la méta-analyse?	20
Qu'a-t-on besoin de savoir ?	20
Pourquoi est-ce important ?	20
Question de recherche	21
Question secondaire.....	21
Hypothèse	21
But et objectifs	21
Méthodologie	22
Design	22
Équation de recherche	22
Sélection des articles	23
Critères d'inclusion	23
Critères d'exclusion	23
Sélection des articles.....	23
Extraction des données/ Mesures	23
Description de l'échantillon étudié.....	26
Résultats	27
Démographie	28
Partie 1 : Stigmatisation interne de l'obésité du point de vue des patients	30
Partie 2 : Impact sur le recours aux soins	32
Partie 3 : Attentes des patients.....	34
Discussion	36
Brève synthèse des résultats	36
Les expériences des patients dans les services de santé.....	36

La stigmatisation interne dans les services de santé	37
Impact sur le recours aux soins.....	37
Les attentes	37
La stigmatisation externe dans les services de santé	37
La stigmatisation de l'obésité dans les services de santé.....	38
L'obésité dans les services de santé.....	38
Évolution de la stigmatisation.....	38
Lien avec la profession de diététiciens.....	38
Perspectives	39
Limites, biais et points forts	39
Conclusion.....	41
Bibliographie.....	42
Annexe 1	47
Annexe 2	48
Annexe 3	53
Annexe 4	56
Annexe 5	58
Annexe 6	68
Annexe 7	81
Annexe 8	85

Résumé

Introduction

L'obésité a plus que doublé ces deux dernières décennies. Les personnes atteintes d'obésité ont plus de risque de développer des co-morbidités comme les maladies cardiovasculaires qui est la première cause de décès depuis 2012.

Pour diminuer ces risques, les personnes atteintes d'obésité doivent être prise en charge médicalement dans le but de prévenir ou de traiter l'obésité.

En 2013, l'American Medical Association (AMA) classe l'obésité comme une maladie chronique. Cette classification permettrait de réduire la stigmatisation de l'obésité des professionnels de santé. Cependant, cette stigmatisation reste présente dans les services de santé.

La stigmatisation de l'obésité des professionnels de santé entraîne la stigmatisation du patient envers lui-même. Cette dernière, appelée la stigmatisation interne, a des conséquences sur les recours aux soins du patient.

But

Le but du travail est d'observer l'évolution de l'impact de la stigmatisation de l'obésité du point de vue du patient sur les recours aux soins.

L'objectif est d'étudier les expériences des patients souffrant d'obésité dans les services de santé afin de révéler l'impact de la stigmatisation interne sur leurs recours aux soins et leurs attentes quant aux services de santé.

Méthode

Cette revue systématique a été réalisée, en partant d'une méta-analyse : "Patients' and professionals' experiences and perspectives of obesity in health-care settings : a synthesis of current research" datant de 2011. Cette revue a été réalisée dans le prolongement de la méta-analyse en effectuant des recherches de 2011 à 2018. Les résultats des articles sélectionnés ont été comparés à ceux de la méta-analyse dans le but d'apporter des données plus récentes sur la problématique des personnes atteints d'obésité et leurs recours aux soins.

La recherche systématique d'articles a été faite dans les bases de données PubMed et Cinahl.

Résultats

7 articles ont été inclus. Trois thèmes ressortent de l'analyse de données : la stigmatisation interne de l'obésité du point de vue des patients, l'impact sur le recours aux soins et les attentes des patients.

La stigmatisation interne a un impact sur le recours aux soins. Elle peut avoir un impact sur la confiance du patient, la communication patient-professionnel de santé et l'engagement aux soins du patient mais aussi sur les rendez-vous et l'importance accordée à la santé.

Les patients ont des attentes par rapport à la relation avec leur professionnel de santé.

Conclusion

La stigmatisation interne de l'obésité a un impact sur le recours aux soins.

Mots-clés

- Obesity, body size, body image, body weight, overweight (MeSH terme and All field)
- Stigma, bias, discrimination (MeSH terme and All field)
- Healthcare (MeSH terme and All field)

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'obésité est « une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé ».

L'obésité est une épidémie mondiale. Sa prévalence a fortement augmenté ces dernières décennies. Elle a plus que doublé dans le monde entre 2000 et 2016 et a presque triplé entre 1975 à 2016 (2).

Les personnes atteintes d'obésité sont plus exposées à développer des co-morbidités telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les troubles musculo-squelettiques (arthrose) et certains cancers (endomètre, seins, ovaires, prostate, foie, ...). Les maladies cardiovasculaires sont les premières causes de décès dans le monde depuis 2012. Les personnes atteintes d'obésité ont plus de risque de mortalité dû à ces maladies (2).

Pour diminuer ces risques, ces personnes doivent être prises en charge dans le but de prévenir ou de traiter l'obésité.

Depuis 2013, l'obésité est vue comme une maladie chronique par l'American Medical Association (AMA). Cette classification permet aux personnes atteintes d'obésité d'avoir accès à des soins, remboursés par les assurances. Le traitement de l'obésité est complexe et demande aux professionnels de santé de prendre du temps avec le patient.

Reconnaître l'obésité comme une maladie permettrait de diminuer sa stigmatisation. Cependant, celle-ci reste présente dans les services de santé.

Les patients atteints d'obésité ont tendance à éviter les soins pour se protéger d'une stigmatisation fréquente dans les services de santé, alors qu'ils devraient avoir un suivi plus important.

La stigmatisation de l'obésité des professionnels de santé entraîne la stigmatisation du patient envers lui-même. On parle alors de stigmatisation interne.

La stigmatisation interne du patient a des conséquences sur ses recours aux soins.

Comprendre cette stigmatisation interne permettrait de répondre d'une manière plus adaptée aux besoins des patients atteints d'obésité et d'améliorer leurs vécus au sein des services de santé. Pour cela nous allons tenter de répondre à la question suivante :

Quel est l'impact de la stigmatisation interne des patients atteints d'obésité sur leurs recours aux soins?

Cadre de référence

1. L'obésité

Une personne est considérée comme obèse lorsque son BMI (Body Mass Index) est supérieur à 30 kg/m². L'obésité est divisée en plusieurs catégories :

- Obésité de classe I = 30 - 34.9 kg/m²,
- Obésité de classe II = 35 - 39.9 kg/m²,
- Obésité de classe III = < 40 kg/m² (2)

L'obésité est due à une accumulation de graisse corporelle influençant négativement la santé (1).

1.1 L'obésité dans le monde

Cette pathologie est en augmentation au niveau mondial, l'OMS (Organisation mondiale de la santé) met en avant différentes statistiques effrayantes :

- "À l'échelle mondiale, le nombre de cas d'obésité a presque triplé depuis 1975.
- En 2016, plus de 1,9 milliard d'adultes – personnes de 18 ans et plus – étaient en surpoids. Sur ce total, plus de 650 millions étaient obèses.
- 39% des adultes âgés de 18 ans et plus étaient en surpoids en 2016 et 13% étaient obèses.
- La majorité de la population mondiale vit dans des pays où le surpoids et l'obésité font davantage de morts que l'insuffisance pondérale.
- En 2016, 41 millions d'enfants de moins de 5 ans étaient en surpoids ou obèses.

En 2016, plus de 340 millions d'enfants et d'adolescents âgés de 5 à 19 ans étaient en surpoids ou obèses. On peut prévenir l'obésité." (1).

En 1995, environ 200 millions de personnes étaient obèses. En 2000, on en comptait 300 millions (3).

Depuis 2000, l'obésité a plus que doublé dans le monde, passant de 300 millions à 650 millions en 2016. Ce qui signifie qu'une personne sur dix est obèse dans le monde.

En 35 ans, le nombre de personnes obèses a plus que doublé dans 73 pays. En 2015, environ 4 millions de décès étaient liés à un BMI élevé (4).

1.2 L'obésité en Europe

Selon l'OMS, en 2013, plus de 20% de la population européenne est obèse (5).

Selon l'Eurostat, en 2014, 15.9% des européens sont obèses. Ce qui signifie qu'une personne sur six est obèse en Europe (6).

En 2017, 17% des adultes de l'union européenne sont obèses (7).

1.3 L'obésité en Suisse

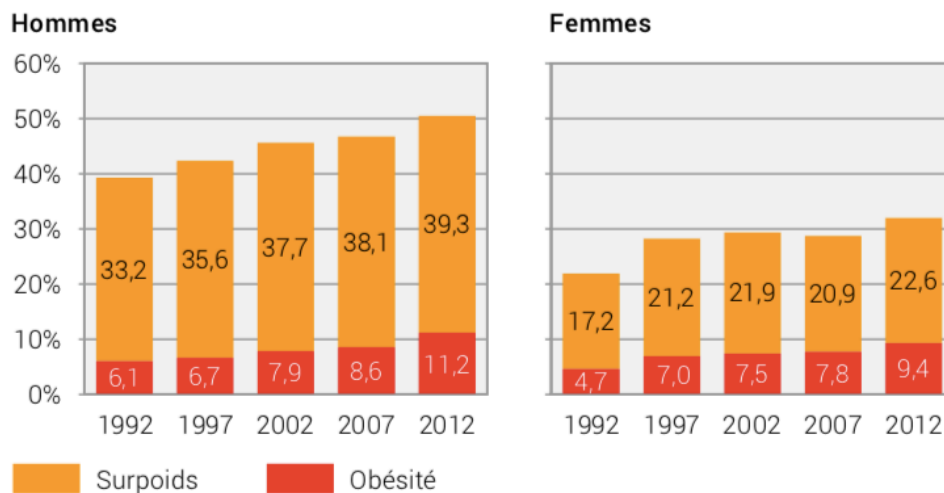
Depuis 2007, le taux de surpoids et d'obésité, qui était stable depuis 2002, est à nouveau en augmentation. La proportion de personnes obèses a presque doublé durant les vingt dernières années avec 5.4% de personnes obèses en 1992 et 10.3% en 2012. Chez les femmes, cette proportion est passée de 5 à 9% et chez les hommes de 6 à 11%. La population la plus touchée est celle des 15-24 ans.

Selon l'Office Suisse de la Statistique : en 2012, 51% des hommes et 32% des femmes sont en surpoids ou obèses et 10% sont obèses. Ce qui signifie qu'une personne sur dix est obèse en Suisse (8 - 9). Selon l'enquête suisse sur la santé, en 2012, 11.2% des hommes et 9.4% des femmes étaient obèses (Figure 1) (10).

Surpoids et obésité

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G8



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2018

Figure 1. La prévalence du surpoids et de l'obésité en Suisse

Santé : statistique de poche 2017 (10).

1.4 L'obésité comme une maladie

En juin 2013, l'American Medical Association (AMA) décide de classer l'obésité comme une maladie. Elle devient une priorité de santé publique et est considérée comme une maladie chronique qui nécessite de la prévention et des traitements. Cette classification permet de faire des recherches sur la prévention et les traitements de l'obésité. Elle est importante afin d'aider les personnes atteintes d'obésité à avoir accès à des traitements, remboursés par les assurances. L'obésité doit être reconnue par les médecins qui doivent prendre le temps de discuter du poids avec les patients concernés et la traiter.

Elle doit être traitée comme une maladie complexe comprenant des facteurs génétiques, biologiques et environnementaux. En la traitant dans son entier, ceci permet de réduire sa stigmatisation et la responsabilité personnelle d'excès pondéral.

Dans une étude américaine de 1118 participants, 37% approuvent le fait que cette classification permettrait de réduire les expériences de stigmatisation alors que 31.6% pensent que cette classification augmenterait la stigmatisation et la discrimination. Les participants stigmatisés sur leur poids ont tendance à s'opposer à la classification de l'obésité comme une maladie (11).

2. La stigmatisation

Un sociologue américain, Erving Goffman, a défini la stigmatisation comme étant "un processus dynamique d'évaluation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres" (12 - 13). "Le stigmate est une étiquette sociale négative attribuée par une large frange de la société à un groupe de personnes en particulier" (14). "Les personnes stigmatisées sont généralement marginalisées ou exclues avant même de parler ou d'agir. Dans la majorité des cas, la stigmatisation est associée à une caractéristique physique" (14).

Stigmatiser est l'acte de "dénoncer, critiquer publiquement quelqu'un ou un acte que l'on juge moralement condamnable ou répréhensible" (15).

Ce sujet peut toucher différents domaines tels que le genre, l'ethnie, la culture, la religion, l'orientation sexuelle, les classes sociales, le handicap, le sport ou encore l'apparence physique. La stigmatisation a un fort impact sur la personne et sur sa psyché, par exemple sur son estime de soi (16).

Jean-Pierre Poulain explique que la stigmatisation est le fait de « pointer du doigt de façon négative quelque chose ou quelqu'un » (17).

Il y a trois domaines de stigmatisation dont "le premier vise les personnes ayant une manifestation physique ou des déformations externes visibles (cicatrices, infirmités physiques, obésité)" (18).

La stigmatisation se rapporte aux attitudes et aux perceptions. La discrimination appartient à l'action et au comportement. La stigmatisation externe amène à la discrimination ; la discrimination fait naître la stigmatisation interne ; et la stigmatisation interne, à son tour, motive et justifie la stigmatisation externe" (Figure 2) (19).

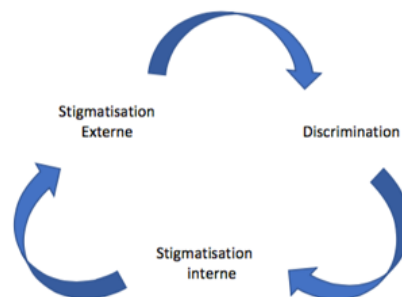


Figure 2. Le cercle vicieux de la stigmatisation

Schéma créé à partir d'un schéma sur la stigmatisation. USAID. Stigmatisation, discrimination, auto-stigmatisation et VIH. 2007 (19).

3. La stigmatisation de l'obésité

3.1 La prévalence de la stigmatisation de l'obésité

Selon Andreyeva et al., la stigmatisation du poids est la stigmatisation qui augmente le plus dans le monde par rapport à celle de la race, de l'orientation sexuelle et du handicap. La prévalence de la stigmatisation du poids aux Etats-Unis a augmenté de 66% entre 1995-1996 et 2004-2006 (20 - 21).

Dans cette étude, Tomiyama et al. proposent de diviser la stigmatisation en deux groupes:

- La stigmatisation implicite comprend toutes les attitudes négatives qui sont inconscientes. Par exemple, prescrire involontairement un traitement de meilleure qualité à un patient ayant un poids normal (BMI <25 kg/m²) par rapport à un patient en surpoids ou obèse (BMI >25kg/m²).
- La stigmatisation explicite regroupe les attitudes négatives conscientes. Elles sont majoritairement dirigées vers des groupes d'individus.

Contrairement aux stigmatisations des races, des minorités sexuelles, etc... qui ont largement diminué depuis 1970, la stigmatisation du poids a augmenté entre 1995 et 2006. Elle est l'une des stigmatisations les plus présentes.

Les résultats de cette étude mettent en avant que le niveau de stigmatisation implicite, c'est à dire inconsciente, a diminué. La stigmatisation explicite a elle augmenté entre 2001 et 2013. Les auteurs supposent que le fait que l'obésité soit considérée comme une maladie pourrait modifier les stigmatisations (22).

3.2 La perception de la stigmatisation de l'obésité

La figure 3 compare la perception de la stigmatisation de l'obésité selon le genre, l'âge, la race, le niveau d'éducation, l'état civil, le statut pondéral et la profession.

La perception de la stigmatisation de l'obésité est deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes et plus particulièrement si elles ont un BMI entre 30 et 35kg/m².

La stigmatisation de l'obésité est plus perçue chez les jeunes (23).

Table 1 Rates of perceived weight/height discrimination among US adults aged 25–74 by sociodemographic and body weight characteristics

<i>Characteristic</i>	<i>Sample size</i>	<i>Weight/height discrimination (%)</i>		
		<i>Total sample</i>	<i>Men</i>	<i>Women</i>
<i>Gender</i>				
Male	1104	4.9		
Female	1186	10.3		
<i>Age</i>				
25–34	464	9.4	7.3	10.9
35–44	533	9.9	5.6	14.1*
45–54	572	6.9	2.1	10.9*
55–64	449	5.3	3.9	6.1
65–74	272	4.0	3.9	4.1
<i>Race</i>				
White	2025	6.9	4.4	9.0*
Black	150	19.4	12.7	23.9
Other race/multiracial	115	9.0	5.0	12.9
<i>Highest education</i>				
Less than high school	211	8.4	3.5	12.6**
High school	671	6.4	3.9	8.1**
Some college	710	8.9	6.1	10.9**
College and above	698	8.1	5.1	11.3*
<i>Marital status</i>				
Married	1486	7.2	4.8	9.4*
Single/divorced/widowed	804	9.5	5.2	11.9*
<i>Weight status</i>				
Normal weight	905	2.2	2.2	2.2
Overweight	836	5.7	3.5	8.6**
Moderate obesity	339	13.5	6.1	20.6*
Severe obesity	165	39.8	28.1	45.4**
<i>Occupation</i>				
Managerial/professional	677	7.9	5.4	10.4**
Sales/clerk	512	10.3	5.0	12.5*
Service	196	7.7	6.4	8.5
Worker/mechanic	171	5.4	4.3	NA
Laborer/operator	177	7.3	3.3	NA
No occupation	557	6.5	4.5	7.2
Total	2290	7.9	4.9	10.3*

The reported estimates are weighted. NA, estimates not provided due to a very small sample in the group.*Significantly different rates of weight/height discrimination between men and women at 1% level.**Significantly different rates of weight/height discrimination between men and women at 5% level.

Figure 3. Taux de stigmatisation de l'obésité perçue par la population aux États-Unis (23)

3.3 La grossophobie

“La stigmatisation de l’obésité est aussi appelée grossophobie. 45 % des demandeurs d’emploi interrogés estiment qu’il est acceptable de refuser un emploi à quelqu’un du fait de sa corpulence”. Selon l’enquête du Défenseur des droits : “20 % des personnes obèses au chômage estiment avoir été discriminées à l’embauche” (24).

Le sociologue Jean-François Amadiou annonce que : « Dans les conventions sociales, on considère la beauté comme un “attribut féminin”. [...] La “grossophobie” concerne donc particulièrement les emplois en contact avec la clientèle, très féminisés, où l’employeur estime que la capacité à séduire est nécessaire pour bien faire son métier. » (25).

Dans une interview, Gabrielle Deydier communique : “ il n’y a aucune empathie pour les personnes grosses, parce que dans l’inconscient collectif on estime que le gros mérite d’être gros et que s’il est gros c’est de sa faute” (26).

Elle raconte qu’elle est épuisée par le harcèlement subi dans tous ses emplois, au sein des services de santé. Elle met en avant que la stigmatisation est moins importante aux États-Unis, car la proportion des personnes souffrant de surpoids et d’obésité est plus grande. Elle a écrit un livre “On ne naît pas grosse” qui comprend une enquête sur des personnes obèses ayant subi une stigmatisation ” (26).

3.4 Allegro Fortissimo

Certaines associations ont vu le jour dans le but de lutter contre cette grossophobie et aider les personnes atteintes d’obésité à se sentir bien avec elles-mêmes.

Allegro Fortissimo est une association de soutien créée en 1989. Elle participe à la prévention de l’obésité et lutte contre sa stigmatisation.

Elle propose des groupes de parole, donne des informations sur la santé, participe à des groupes de travail, s’implique dans la prise en charge médicale et sociale de l’obésité.

Elle organise des activités dans le but de réconcilier les personnes avec leur corps et leur image comme des activités sur l’estime de soi, des activités conviviales pour éviter l’isolement, des activités physiques, des vides-dressing, ...

“Aujourd’hui, nous avons rétabli avec le corps médical des relations à peu près normalisées. Le combat que la société et le corps médical mène depuis 50 ans contre le poids aboutit à un constat d’échec. On nous a soumis à toutes sortes de tortures mais, partout dans le monde l’obésité est en augmentation. Partout dans le monde, on se trompe sur les pourquoi et les comment de la chose. Nous estimons donc que, devant ce constat d’échec, en matière d’obésité, les experts, c’est nous !” (27).

3.5 Les conséquences de la stigmatisation de l’obésité

La stigmatisation de l’obésité peut entraîner plusieurs conséquences, qu’elles soient physiques ou mentales, comme :

- La dépression, l’anxiété (21, 28 – 30)
- Le Binge Eating Disorders (BED): la personne perd le contrôle sur son alimentation et va augmenter le nombre de calories consommées (21, 28 – 30)
- La diminution de l’estime de soi (22, 28, 30)
- La mauvaise image de soi (21, 29)
- Le Niveau d’Activité Physique (NAP) : augmentation des comportements délétère pour la santé, diminution de la motivation à faire de l’exercice (29)
- L’isolement (29)
- L’abus de substances (21, 29)

La stigmatisation a un impact négatif sur la santé et les comportements sociaux. Les personnes souffrant d’obésité qui se stigmatisent vont se limiter dans leurs vies (21, 31).

Jean-Pierre Poulain a créé le cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité.

L'obésité occasionne la stigmatisation de l'obésité. Cette stigmatisation va créer une dévalorisation de soi qui entraînera des pratiques alimentaires compensatoires. Ces pratiques vont entretenir l'obésité et ainsi de suite (Figure 4).

Plus les gens sont stigmatisés, plus ils prennent du poids. Cet article mentionne cette notion de cercle vicieux : la stigmatisation liée au poids entraîne une prise de poids (32).

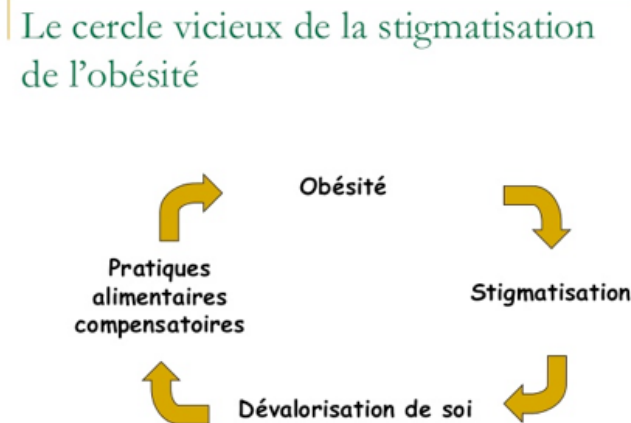


Figure 4 : Le cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité

Jean-Pierre Poulain. Le cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité (33).

3.6 Les sources de stigmatisation

- À l'école, au travail, au domicile, dans la rue (22, 28)
- Par les professionnels de santé, les médias, la famille, les industries de la mode, les industries de la perte de poids, les gouvernements politiques (28, 31).

Lenny R. Vartanian a étudié la fréquence, les sources, les types et les lieux de l'expérience de la stigmatisation de l'obésité.

Sur deux semaines, la fréquence de l'expérience de la stigmatisation de l'obésité est en moyenne de 11 épisodes, allant de 1 à 49 épisodes en deux semaines et de 0 à 11 épisodes par jour.

Les sources de stigmatisation de l'obésité les plus significatives sont la famille, les amis, les étrangers et les conjoints. D'autres sources de stigmatisation sont les médias, l'environnement et les professionnels de santé.

Les types de stigmatisation de l'obésité les plus courants sont les commentaires verbaux, les gestes, l'exclusion et le mal-être des personnes stigmatisées.

Les lieux de stigmatisation de l'obésité les plus fréquents sont à la maison et dans des lieux publics. D'autres lieux de stigmatisation sont le lieu de travail ou encore les services de santé (34).

3.6.1 Stigmatisation de l'obésité dans les relations sociales

La stigmatisation se produit aussi au sein de toutes les relations sociales : en famille, avec les amis ou les conjoints. C'est une des stigmatisations les plus fréquentes (29, 35). "In a study of

4746 adolescents, 29% of girls and 16% of boys reported weight-related teasing from a family member. Such reports of weight stigmatization by family members continue through adulthood” (29). “Les personnes en surpoids rapportent plus de pression de l’entourage et moins de soutien des membres de la famille que des personnes minces” (36). Un futur médecin recevait régulièrement le conseil de perdre du poids de la part de sa famille, pour que ses futurs patients le respectent (31).

La stigmatisation du poids est présente dans les relations en général. Elle aura un impact sur la qualité de la relation avec, par exemple, une plus grande difficulté à trouver un partenaire ou à être invité par des amis (29, 31). Cette stigmatisation va finalement avoir des conséquences sur la vie en général. Les patients qui en souffrent vont se limiter dans leur façon de vivre pour éviter au maximum d’être confrontés à cette stigmatisation (31).

3.6.2 Stigmatisation de l’obésité dans les médias

Les médias ont une place importante dans la stigmatisation de l’obésité. De nombreuses sources médiatiques comme les dessins animés, les films, les comédies, les livres, les couvertures médiatiques et autres, stigmatisent les personnes en surpoids ou atteintes d’obésité. Elles sont représentées comme des personnes bêtes, qui s’habillent et mangent de façon inappropriée (37). Par exemple, dans la plupart des dessins animés, les personnages souffrant de surpoids seront associés à des comportements plus agressifs, antisociaux. Nous sommes donc dès le plus jeune âge conditionnés à penser comme cela. (29). Les médias mettent en avant des messages anti-gros, ils participent entièrement à l’entretien de la stigmatisation interne des personnes souffrant d’obésité (31).

Les médias ne devraient pas stigmatiser et mettre en avant des messages moralisateurs, ils devraient promouvoir un comportement de vie saine. Les messages les moins stigmatisants ne mentionnaient pas le mot obésité. (20).

Une étude révèle que certaines campagnes de santé publique utilisent la stigmatisation comme prétexte pour motiver les personnes en surpoids ou atteintes d’obésité à perdre du poids. Comme le montre cette citation: “Furthermore, recent health policy scholars and public health efforts such as the Strong4Life campaign have promoted obesity stigma in order to motivate weight loss.” (22).

3.6.3 Stigmatisation de l’obésité à l’école

La stigmatisation du poids apparaît dès l’école primaire, le poids est la première raison de harcèlement à l’école. Cette stigmatisation a, entre autres, des conséquences sur le parcours scolaire. Les enfants stigmatisés éviteraient d’aller à l’école, ils pensent qu’ils auraient plus d’amis s’ils ne souffraient pas d’obésité. La stigmatisation peut causer le rejet amenant à une difficulté dans les relations sociales (29).

3.6.4 Stigmatisation de l’obésité au travail

Les personnes souffrant d’obésité sont aussi stigmatisées au sein de leur profession. La discrimination du poids sur le lieu de travail a de multiples conséquences : elle diminue les chances de promotion et les salaires peuvent être moins importants pour une personne obèse. Les employeurs peuvent engager des personnes plus minces, mais moins qualifiées afin de ne pas engager une personne en surpoids ou atteinte d’obésité (29).

Les collègues des personnes souffrant d’obésité vont régulièrement leur donner des conseils sur l’alimentation et la perte de poids. Certains employés souffrant d’obésité décrivent un accès impossible aux possibilités de promotions (31).

3.6.5 Stigmatisation de l'obésité dans les services de santé

La stigmatisation de l'obésité est fréquente dans les services de santé.

Les infirmières ont des attitudes négatives envers les patients en surpoids ou souffrant d'obésité. Elles définissent ces personnes comme étant moins gentilles, intelligentes et saines que les personnes de poids normal, de même que plus désordonnées. Le BMI des infirmières est associé à la perception de l'obésité : plus les infirmières ont un BMI élevé, moins elles ont une perception négative de l'obésité.

Dans une étude sur 250 médecins, 40 % ont une attitude négative à envers les patients en surpoids ou souffrant d'obésité. Ils déclarent se sentir frustrés de traiter ces patients. Dans une autre étude sur 255 médecins, ils déclarent avoir de la difficulté à effectuer des examens physiques comme la palpation des masses abdominales ou les examens pelviens et mammaires en raison de l'obésité extrême chez les patients. Plus de 50 % des médecins considèrent les patients obèses comme maladroits, inesthétiques, laids et non conformes (traduction libre). Les médecins passent moins de temps avec les patients atteints d'obésité que les patients minces (37).

Les professionnels de santé sont ambivalents quant aux besoins en termes de soins des patients atteints d'obésité et ont des attitudes et des comportements négatifs envers eux. Pour les professionnels de la santé, ces personnes devraient être plus responsables en comprenant et en agissant sur les causes de leurs poids (38).

Certains professionnels mettent en avant qu'il est plus ennuyeux de traiter une personne atteinte d'obésité qu'une personne ayant un poids dans la norme (29). Parmi des médecins et des infirmiers, professionnels et étudiants, les causes de l'obésité sont la sédentarité, l'addiction à l'alimentation et les caractéristiques personnelles comme la paresse et la complaisance avec soi-même (35) (traduction libre). Les étudiants, eux, se moquent et perçoivent les patients comme responsables de leur condition. Dans les services de santé, les patients sont perçus comme paresseux, sans motivation, manquant d'intelligence et de discipline, avec moins de compétences, non compliant et négligés (21, 35) (traduction libre). Ils considèrent que traiter ces personnes est un travail ingrat (35) (traduction libre).

Une des croyances est que l'obésité est uniquement liée à des facteurs internes comme le manque d'exercice et les mauvaises habitudes alimentaires (39). La personne qui souffre d'obésité est considérée comme responsable de sa survenue et de sa résolution (35) (traduction libre).

Les patients souffrant d'obésité sont souvent marginalisés, cela a un impact sur le traitement et va aussi à l'encontre de l'autonomisation du patient. Alors que rendre plus autonomes les patients permettrait de libérer les services de santé en diminuant la demande (40).

4. La stigmatisation externe, la discrimination et la stigmatisation interne de l'obésité

La stigmatisation de l'obésité se compose de la stigmatisation externe, aux niveaux communautaire et interpersonnel ; la discrimination et la stigmatisation interne, au niveau intrapersonnel (41).

La stigmatisation externe est définie par une critique injuste de l'obésité d'un individu. Il est alors réduit à son obésité qui devient son unique caractéristique, son statut social principal. Elle comprend la stigmatisation sociétale et interpersonnelle, les critiques, les jugements, les barrières physiques (41 - 42).

La stigmatisation externe se rapporte aux attitudes et aux perceptions extérieures (de la société, de l'entourage/interpersonnel) face à la personne souffrant d'obésité (19, 21, 43).

Les attitudes de la société et de l'entourage commencent dès l'école. Des études faites aux États-Unis et en Europe montrent que les personnes souffrant d'obésité ont moins de chance

de faire des études que des personnes de poids normal. Ceci même avec un niveau socio-économique et des dispositions intellectuelles équivalents. Aussi, “les étudiants en surpoids ou obèses sont ignorés, évités, exclus des activités sociales.” Ils sont victimes de menaces verbales et de harcèlement physique (21, 43).

Lewis S. a étudié les différents types de stigmatisation.

La stigmatisation directe comprend les abus verbaux, ils sont le plus souvent faits par les étrangers, la famille et les conjoints et les professionnels de santé.

La stigmatisation environnementale implique que l'environnement soit inadapté comme le matériel, les vêtements et les campagnes de santé. Au travail, dans les services de santé, dans les transports publics ou encore dans les lieux publics, les chaises sont souvent trop petites et ne sont pas adaptées aux personnes atteintes d'obésité. Dans les magasins de vêtements, les vêtements de grandes tailles ne sont pas toujours proposés et particulièrement pour les tenues de sport. Dans les médias, les campagnes de santé stigmatisent les personnes atteintes d'obésité. La stigmatisation environnementale peut causer l'isolement et le sentiment d'être différent.

Le regard des autres sur les personnes atteintes d'obésité est appelé stigmatisation indirecte, par exemple, sur leur caddie dans les supermarchés ou sur leur assiette dans les restaurants. Elle peut être aussi les moqueries des autres lorsque les personnes atteintes d'obésité vont à la piscine. La stigmatisation indirecte entraîne le sentiment d'être jugé et la honte du poids (31).

Dans la méta-analyse, la stigmatisation externe de l'obésité est désignée par l'ambivalence des soignants, le manque de temps des professionnels de la santé (38). La stigmatisation externe va entraîner la discrimination (Figure 1) (19).

La discrimination se rapporte à l'action et au comportement. Elle est : “l'action de séparer, de distinguer deux ou plusieurs êtres ou choses à partir de certains critères ou caractères distinctifs ; distinction”. C'est aussi le “fait de distinguer et de traiter de manière différente une personne par rapport à une autre” (44).

Il a été démontré dans une étude qu'en comparaison à des personnes de poids normal, les personnes avec surpoids avaient 12 fois plus, les personnes souffrant d'obésité avaient 37 fois plus et les personnes souffrant d'obésité sévère avaient 100 fois plus de risque de rapporter une discrimination de l'employeur (21, 45 – 46), par exemple ne pas être engagé, ne pas être promu, être renvoyé, ne pas recevoir le même salaire (41).

Un grand nombre d'études met en évidence la différence de qualité des prises en charge de ces patients par rapport à des patients ayant un BMI dans la norme (18,5 - 25 kg/m²) (2, 45) La personne souffrant d'obésité va adhérer à la discrimination de l'obésité et donner naissance à la stigmatisation interne de l'obésité. Qui (à son tour) va entretenir la stigmatisation externe et cela devient le cercle vicieux de la stigmatisation (Figure 1) (19).

5. De la stigmatisation externe à la stigmatisation interne

Les patients intériorisent les messages négatifs de la stigmatisation.

“When someone says something negative towards you about what you look like, then for the whole day and into the next that is exactly how you portray yourself. You get down. That is how you feel and that is how you act.” (31).

La stigmatisation de l'obésité a un impact sur le sentiment d'identité des patients du fait que leur corps ne correspond pas à l'idéal minceur de la société (31).

5.1 La stigmatisation directe

Les personnes atteintes d'obésité sont vues comme des personnes qui manquent de motivations, qui sont paresseuses. L'image qu'ils renvoient est fréquemment perçue comme négative (29).

Au Royaume-Uni, le ministre de la Santé publique, en 2010, a décidé d'interdire l'utilisation du mot obèse pour le remplacer par le mot gros pour qualifier les personnes souffrant d'obésité. L'argumentation qui a été mise en avant était que le mot obèse n'avait pas un impact émotionnel assez important pour favoriser le changement de comportement (47).

La stigmatisation directe crée un sentiment d'extrême solitude pour les patients souffrant d'obésité (31).

5.2 La stigmatisation indirecte

Lorsque la stigmatisation est indirecte, les personnes souffrant d'obésité sont plus désemparées, car elles ne peuvent pas directement y répondre (31).

5.3 La stigmatisation environnementale

En ce qui concerne les médias, les patients déclarent qu'ils méritent les critiques sur leur poids. La stigmatisation de l'obésité empêche les patients d'exercer des activités physiques ou de s'engager dans des activités sociales ou relationnelles de peur de se sentir ridiculisés, moqués ou regardés. Ne pas trouver des habits à sa taille peut avoir un impact sur l'image corporelle, l'estime de soi et la confiance en soi. La stigmatisation environnementale peut amener les patients à se sentir rejetés, exclus ou isolés “the world is not designed for fat people” (31).

La stigmatisation est plus difficilement acceptée car le patient ne pourra pas avoir d'influence sur la stigmatisation environnementale (31).

“Women attributed their decisions to delay medical care to disrespectful treatment and negative attitudes from providers because of their weight, embarrassment about being weighed by medical staff, and the gowns, exam tables, and other medical equipment were too small to be functional for their body size.” (29).

La stigmatisation interne

La stigmatisation interne de l'obésité est une critique injuste de l'individu envers lui-même à cause de son obésité. L'individu se réduit à son obésité et oublie ses qualités sociales (13). « Internalized stigma occurs when a person is aware that he or she has a stigmatized identity and applies negative societal stereotypes to oneself. Emerging evidence indicates that this is also true of individuals who are stigmatized because of their weight » (30).

La stigmatisation interne de l'obésité comporte "les attitudes, croyances et les critiques similaires à celles formulées par l'environnement, mais à l'égard de soi-même." (42). Elle est "le résultat de l'intériorisation et l'acceptation des situations vécues de stigmatisation et de discrimination que la personne ou le groupe endurent au cours du temps." (19).

Elle se rapporte aux attitudes et aux perceptions du patient sur lui-même. Elle se compose de plusieurs éléments :

- La perception de soi, qui comprend la honte, la culpabilité et la peur
- L'action de protection, qui se traduit par la fuite, l'isolement et/ou le subterfuge
- L'intériorisation du contexte, qui se fait par l'expérience de la stigmatisation et de la discrimination, l'acceptation du dénigrement et la perte de contrôle (19).

1. La prévalence

Jusqu'à 40% des adultes américains ont subi une fois de la stigmatisation en lien avec le poids. Selon cette étude, 52% de l'échantillon serait à risque de faire de l'internalisation de la stigmatisation qu'ils subissent. La stigmatisation interne du poids est répartie dans la population en général, autant en terme de genre que de catégories de poids (30).

2. La stigmatisation interne dans les services de santé

Cette revue se base sur la méta-analyse "Patients' and professionals' experiences and perspectives of obesity in health-care settings : a synthesis of current research" (38). Dans celle-ci, la stigmatisation interne des patients souffrant d'obésité se traduit par l'évitement des soins et des traitements, une basse estime d'eux-mêmes et un sentiment d'impuissance. Ils se sentent responsables de leur condition due à l'ambivalence des professionnels de la santé (38).

La stigmatisation interne de l'obésité est provoquée par la discrimination de l'obésité et indirectement par la stigmatisation externe de l'obésité. La stigmatisation interne va encourager la stigmatisation externe (Figure 4) (19).

La stigmatisation interne de l'obésité est plus souvent évoquée par les femmes. Elles ont aussi plus peur de cette stigmatisation que les hommes, elle peut avoir comme impact une perte de poids moins importante et la diminution de la motivation à adhérer au traitement (48).

Les patients en surpoids ou souffrant d'obésité font confiance à leur professionnel de santé qu'il ait un BMI élevé ou normal. Dans les conseils en matière de poids, les patients font plus confiance au professionnel avec un BMI élevé. Ceci pourrait être dû à une meilleure alliance grâce au poids. En revanche, les patients se sentent plus jugés sur leur poids avec un professionnel de santé avec un BMI élevé. L'hypothèse serait que le professionnel aurait été stigmatisé, il a intériorisé la stigmatisation et la reflète sur son patient.(49).

3. L'impact sur le recours aux soins

La stigmatisation externe des soignants, la stigmatisation interne des patients souffrant d'obésité et d'autres facteurs externes des soignants comme le manque de temps, le matériel inadapté ont un impact sur les recours aux soins.

D'après la méta-analyse, les facteurs qui contribuent à l'évitement des soins sont les traitements irrespectueux, l'embarras d'être pesé, l'attitude négative des soignants, des conseils sur le poids non sollicités et la limitation de l'équipement (38).

"(...) yet as few as 28.9% of physicians inform obese patients of their BMI category, and even fewer provide weight related counseling." Le professionnel de santé va lui-même mettre en place des barrières et éviter d'aborder le sujet du poids (47).

L'évitement des soins et des traitements est dû à l'expérience négative avec les soignants et à leur propre point de vue négatif envers leur poids.

La stigmatisation de l'obésité amène à une mauvaise estime de soi et donc une difficulté d'adopter un comportement positif.

L'expérience quotidienne de la stigmatisation modifie l'opinion que les personnes stigmatisées ont sur leur poids et génère un sentiment d'impuissance et d'humiliation. Ils s'autoblâment sur leur poids.

L'ambivalence des soignants sur les besoins des patients souffrant d'obésité en termes de soins suscite l'ambivalence des patients quant à leurs recours aux soins.

L'évitement des soins est en corrélation avec le BMI. Plus le BMI du patient est élevé, plus celui-ci va diminuer ses recours aux soins (38).

Selon cet article, 19% des patients pourraient annuler un rendez-vous après avoir subi de la stigmatisation du poids de la part d'un professionnel de santé (47).

L'expérience négative des patients avec les professionnels de la santé et la mauvaise image qu'ils ont d'eux-mêmes contribue à la réticence de recours aux soins et diminue leur motivation à adopter un comportement positif en matière de santé. Leur image négative d'eux-mêmes modifie leur interaction avec les professionnels de la santé et leur perception quant à la façon dont ils devraient être traités (38).

Les études suggèrent que les patients souffrant d'obésité ont besoin d'une expérience positive avec les services de santé pour créer une confiance lors de la décision du professionnel. L'expérience positive permettrait de réduire le sentiment d'impuissance, car les patients auront un rôle actif dans la prise de décision des soins. Tout cela réduirait l'évitement de recours aux soins (38).

La stigmatisation a des conséquences négatives sur la santé en général. Les comportements alimentaires compulsifs vont augmenter, le niveau d'activité physique va, lui, diminuer, les variations de poids peuvent être importantes et le stress va augmenter. 79% des patients stigmatisés mangent plus selon une étude (20).

Justification du thème

La méta-analyse datant de 2011, nous a donné envie d'approfondir l'impact de la stigmatisation interne, en particulier les expériences des personnes souffrant d'obésité dans les services de santé.

Quels sont les maillons manquants de la méta-analyse?

La méta-analyse étudie certains axes de la stigmatisation interne : le sentiment de responsabilité, l'impuissance, l'humiliation, la mauvaise image de soi, l'estime de soi, l'évitement des rendez-vous, etc. Y a-t-il d'autres facteurs influençant le recours aux soins des patients atteints d'obésité qui ne sont pas mentionnés dans la méta-analyse ? Quelles sont les attentes des patients des services de santé ? Sur quels facteurs les professionnels de la santé peuvent-ils jouer un rôle ?

Qu'a-t-on besoin de savoir ?

Quel est l'état actuel des recherches sur la stigmatisation interne de l'obésité ?

Quelle est l'évolution de la stigmatisation interne depuis 2010 ?

Y a-t-il un changement dans la stigmatisation interne à la vue de l'augmentation de l'obésité ?

Quel est l'état actuel des recherches sur la stigmatisation de l'obésité dans les services de santé ?

La stigmatisation a-t-elle évolué à la vue de l'augmentation de l'obésité ?

Quelle est l'évolution de la stigmatisation de l'obésité dans les services de santé depuis 2010?

Quelles sont les expériences des patients face à la stigmatisation de l'obésité dans les services de santé ?

Pourquoi est-ce important ?

L'obésité est une pandémie qui ne cesse d'augmenter (2).

(8). Les prises en charge de l'obésité sont en grande augmentation chez les professionnels de la santé (38).

La stigmatisation interne a un impact négatif sur la personne souffrant d'obésité, la laissant entrer dans un cercle vicieux. La stigmatisation interne de l'obésité a aussi un impact négatif sur le recours aux soins et sur la prise en charge (absence de confiance, absence d'alliance et mauvaise compliance des thérapies) (38).

En connaissant les raisons de cet impact et les attentes des patients souffrant d'obésité quant aux services de santé, il sera alors possible de répondre à leurs besoins. Ainsi, il pourrait y avoir une réduction de cet évitement, une meilleure prise en charge, une meilleure compliance et un meilleur suivi.

En tant que diététiciennes, nous sommes amenées à être en contact avec des patients souffrant d'obésité. Il est donc pertinent de connaître leurs attentes face aux soins, afin qu'ils soient de qualité et "répondant" à leurs besoins (50).

Question de recherche

Quel est l'impact de la stigmatisation interne des patients atteints d'obésité sur leurs recours aux soins?

Pour établir la question de recherche, nous nous sommes appuyés sur le modèle PICO/PECO.

P: Patients ayant un BMI >30kg/m², de 19 à 64 ans

E : Stigmatisation interne de l'obésité

C : pas de stigmatisation interne de l'obésité

O : impact sur leurs recours aux soins

Question secondaire

Quelles sont les attentes de ces patients sur leur prise en charge dans les services de santé?

Hypothèse

Nous faisons l'hypothèse que depuis 2011, la stigmatisation interne des patients ayant une obésité a encore un impact négatif sur leur recours aux soins.

But et objectifs

Le but du travail est d'observer l'évolution de l'impact de la stigmatisation de l'obésité du point de vue du patient sur les recours aux soins.

L'objectif est d'étudier les expériences des patients souffrant d'obésité dans les services de santé afin de révéler l'impact de la stigmatisation interne sur leurs recours aux soins et leurs attentes quant aux services de santé.

Méthodologie

Design

Cette revue systématique a été réalisée, en partant d'une méta-analyse : "Patients' and professionals' experiences and perspectives of obesity in health-care settings : a synthesis of current research" datant de 2011 (38). Cette revue a été réalisée dans le prolongement de la méta-analyse en effectuant des recherches de 2011 à 2018. Les résultats des articles sélectionnés ont été comparés à ceux de la méta-analyse dans le but d'apporter des données plus récentes sur la problématique des personnes atteintes d'obésité et leur recours aux soins. La recherche systématique d'articles a été faite dans les bases de données PubMed et Cinahl en utilisant les mêmes mots clés que la méta-analyse sur laquelle nous nous basons.

Équation de recherche

Quatre algorithmes ont été effectués selon un processus itératif.

- Équation 1 : elle a été basée sur les mots-clés de la méta-analyse, en MeSH Terms:
 - Obesity, body size, body image, body weight, overweight (and related terms)
 - Stigma, bias, discrimination (and related terms)
 - Inequalities, access (and related terms)
- Équation 2 : le mot-clé "inequalities" "access" a été modifié par "healthcare" en MeSH Terms
- Équation 3 : nos recherches ont été élargies en MeSH Terms et All Fields
- Équation 4 : les mots-clés "stigma*" et "health-care" ont été rajoutés

L'équation 3 a été sélectionnée : l'équation 4 avait trop de résultats.

L'équation de recherche est :

```
(((((obesity) OR obesity[MeSH Terms]) OR body size) OR body size[MeSH Terms]) OR body weight) OR body weight[MeSH Terms]) OR overweight) OR overweight[MeSH Terms]) OR body image) OR body image[MeSH Terms])) AND (((((stigma) OR stigma[MeSH Terms]) OR bias) OR bias[MeSH Terms]) OR discrimination) OR discrimination[MeSH Terms])) AND ((healthcare) OR healthcare[MeSH Terms])
```

Filters activated: Publication date from 2011/01/01 to 2018/12/31, Humans

Cette équation de recherche a ressorti 475 articles.

Sélection des articles

Critères d'inclusion

- articles entre le 1er janvier 2011 et le 31 mai 2018
- impliquant exclusivement les humains
- hommes et femmes adultes (19-64 ans)
- BMI à partir de 30 kg/m² (pas d'exclusion de BMI > 25 kg/m²)
- expérience de la stigmatisation du point de vue du patient dans les services de santé
- description des facteurs et obstacles sur le recours aux soins
- impact sur le recours aux soins de la stigmatisation interne
- attentes des patients des services de santé
- pas de limitation sur le nombre de sujets inclus dans l'étude

Critères d'exclusion

- autres pathologies que l'obésité (diabète, cancer, VIH)
- chirurgie bariatrique
- les professionnels et les étudiants de la santé, les enfants, adolescents, parents, personnes âgées, femmes enceintes
- BMI en dessous de 25 kg/m².
- stigmatisation de l'obésité du point de vue soignant
- impact de la stigmatisation de l'obésité sur la perte de poids et sur le comportement alimentaire

Sélection des articles

Les articles ont été sélectionnés selon leur titre dans un premier temps et puis selon leur abstract. Les articles ont été gardés d'un commun accord. Les textes intégraux de ces articles ont été recherchés. Le schéma descriptif de la sélection des articles récapitule le nombre d'articles retenus à chaque étape du processus de sélection de la base de données PubMed (Figure 5). Tous les types d'études ont été inclus (méta-analyse, revue narrative, revue systématique).

L'annexe 1 décrit les raisons d'exclusions des articles non retenus.

Extraction des données/ Mesures

Analyse de données

La lecture des articles a été divisée à nombre égal entre le binôme. Chacune de nous a analysé les articles qu'elle a lus.

Les caractéristiques des articles ont été analysés : le but, la méthodologie, l'échantillon et l'analyse et les résultats principaux de chaque article (annexe 2 : Caractéristiques des articles).

Les articles ont été analysés selon différentes variables (annexe 3 : Tableau des variables):

- Type de stigmatisation (interne, externe, discrimination)
- Perspectives des patients sur la prestation des services de santé
- Obstacles aux soins de santé des patients obèses
- Attentes du patient face aux soins

Les résultats des articles sélectionnés ont été analysés et comparés avec ceux de la méta-analyse (annexe 4 : Comparaison des résultats de la méta-analyse avec les articles sélectionnés). Les résultats de la méta-analyse sont l'expérience négative dans les services de santé, la stigmatisation externe des soignants, la stigmatisation interne des personnes souffrant d'obésité, les traitements irrespectueux, l'embarras de la pesée, l'attitude négative des soignants, des conseils sur le poids non sollicités, la limitation de l'équipement/ matériel inadapté. Si l'article apporte un résultat nouveau, il est détaillé dans la colonne "autres résultats".

Les caractéristiques de la population ont été analysées selon l'âge, le sexe, le BMI, le niveau d'éducation et le lieu de résidence (tableau 1 : Caractéristiques de la population des articles). Les résultats des expériences des patients dans les services de santé et leurs perspectives sur leur recours aux soins ont été analysés grâce à une analyse thématique. Trois thèmes en ressortent : la stigmatisation interne des patients, l'impact sur le recours aux soins et les attentes des patients. Chaque thème a des sous-thèmes (tableau 2 : Expériences des patients et perspectives).

Variables

Les variables indépendantes sont la stigmatisation interne du patient dans les services de santé, la stigmatisation externe dans les services de santé du point de vue du patient, l'expérience du patient avec les professionnels de santé, la perception des services de santé par le patient.

Les variables dépendantes sont l'impact sur le recours aux soins, la confiance du patient en son professionnel de santé, la communication patient-professionnel de santé et l'engagement aux soins du patient mais aussi sur les rendez-vous, l'importance accordée à la santé et les attentes du patient.

Les co-variables sont l'âge, le sexe, le BMI, le niveau d'éducation et lieu de résidence de la population.

Analyse de la qualité

La qualité des articles sélectionnés a été évaluée grâce à la grille Analyse qualité d'articles de revue de littérature ou Analyse qualité d'articles de recherche (annexes 5, 6, 7).

Chaque article répondant aux critères mentionnés plus haut fait l'objet d'une évaluation critique de la qualité de la recherche à l'aide des grilles d'analyse de qualité : Quality criteria checklist de l'Academy of Nutrition and Dietetics. Cette analyse est faite à la fin de la lecture des articles. Les articles ont été sélectionnés selon leur pertinence et leur qualité, devant être suffisantes pour apparaître dans nos résultats.

Déroulement

Tout au long de ce travail, les tâches ont été partagées équitablement entre le binôme.

Aline Robert est notre directrice de travail de Bachelor, elle nous a supervisées tout au long de ce travail.

La planification

Un diagramme de Gantt a été utilisé (annexe 8) pour la planification temporelle de notre projet. Les principaux jalons ont été définis au commencement du projet. Le Gantt a été effectué à partir de la semaine 48, il a été adapté au fur et à mesure de l'avancement du travail. Il a permis d'avoir une vision globale de l'évolution du travail et d'avoir une vision précise des dates butoirs. Il a aussi permis de visualiser les semaines qui ont été entièrement consacrées à la réalisation de ce travail, afin de maximiser notre rendement et notre organisation.

Pour la planification des délais, le Gantt commence au mois de la soutenance c'est-à-dire en septembre. Les délais ont été définis partie par partie, comme suit : conclusion, discussion, résultats, méthode, introduction, abstract, analyse de la qualité des articles, extraction des résultats, lectures des articles, extraction des données, sélection des articles, recherches des articles et le protocole. Les préparations aux séminaires et les séminaires, les vacances, les sessions d'examens et les stages sont compris dans le Gantt.

Description de l'échantillon étudié

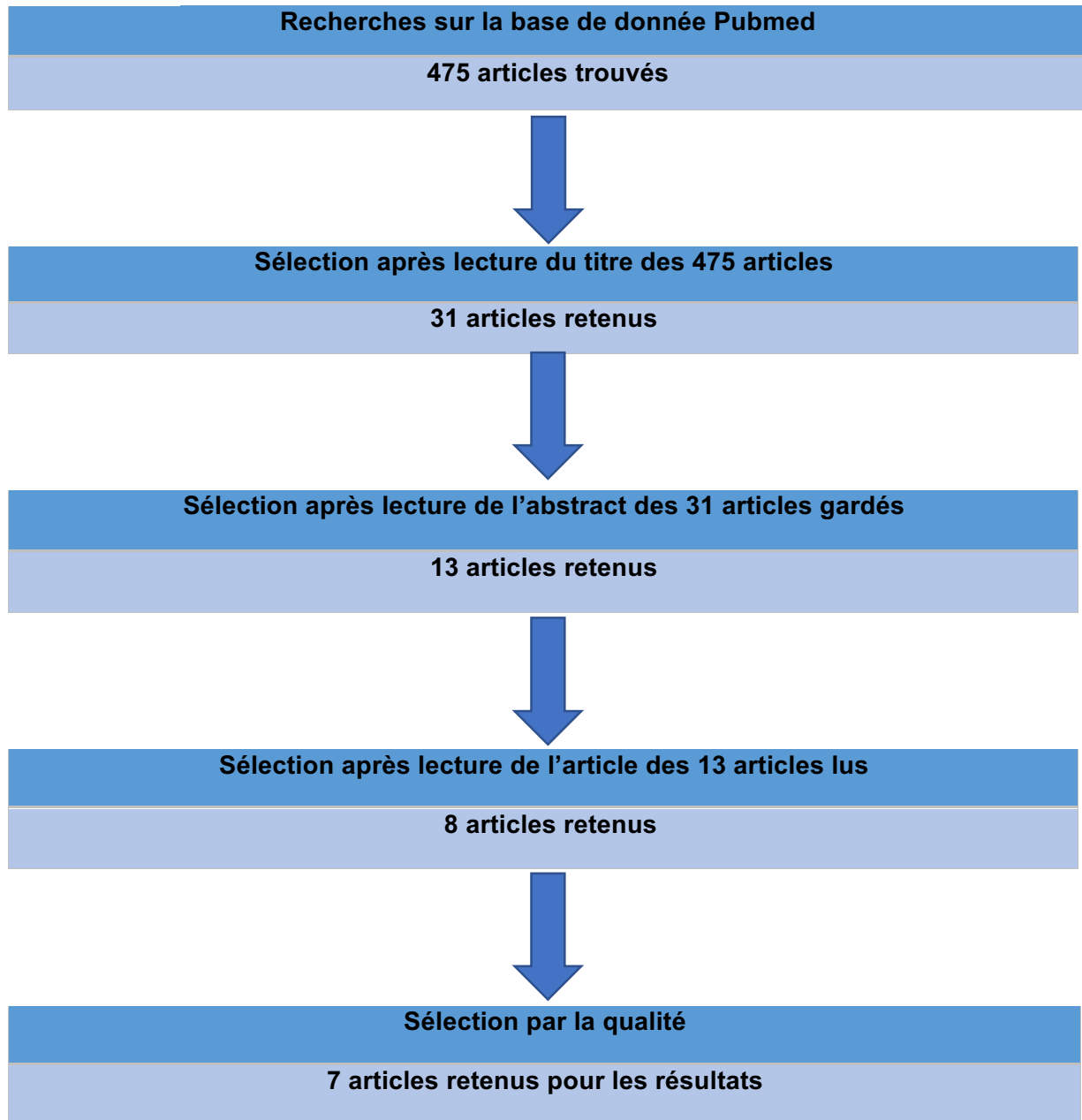


Figure 5. Schéma descriptif de la sélection des articles

Sept articles ont été retenus

Résultats

La question de recherche était : Quel est l'impact de la stigmatisation interne des patients atteints d'obésité sur leurs recours aux soins?

Notre hypothèse était que depuis 2011, la stigmatisation interne des patients ayant une obésité a encore un impact négatif sur leur recours aux soins.

Pour faciliter la lecture de nos résultats, chaque article a un numéro attribué :

Article (référence)	Auteurs	Titre et date de publication
1 (51)	Buxton BK, Snethen J	Obese women's perceptions and experiences of healthcare and primary care providers, 2013
2 (52)	Gudzune KA, Benett WL, Cooper LA, Bleich SN	Patients who feel judged about their weight have lower trust in their primary care providers, 2014
3 (53)	Hilbert A, Brachler E, Haeuser W, Zenger M	Weight Bias Internalization, Core Self-Evaluation, and Health in Overweight and Obese Persons, 2014
4 (54)	Kushner RF	The burden of obesity: personal stories, professional insights, 2014
5 (55)	Phelan Sm, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, Van Ryn M	Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity, 2015
6 (56)	Russell N, Carryer J	Living Large : the experiences of large-bodied women when accessing general practice services, 2013
7 (57)	Setchell J, Watson B, Jones L, Gard M	Weight stigma in physiotherapy practice: Patient perceptions of interactions with physiotherapists, 2015

Les articles proviennent de recherches menées :

- 4 aux États-Unis,
- 1 en Nouvelle-Zélande,
- 1 en Australie
- 1 en Allemagne.

Le nombre minimum de sujets inclus dans les études est de 8 (article 6) et le maximum est de 1158 (article 3).

Les articles sont des enquêtes narratives descriptives excepté l'article 5 qui est une revue narrative.

Démographie

La population des articles était en majorité des femmes lorsque l'article avait un petit échantillon (< 30), et était plus majoritairement masculin lorsque l'article avait un grand échantillon (> 500).

La récolte de données de nos articles n'a pas été fait de manière identique. Lorsque cela a été possible, une moyenne a été calculée. La moyenne d'âge et de BMI ont été basés sur trois articles. Les autres articles n'indiquent pas de moyennes.

La moyenne d'âge de la population de trois articles donne une moyenne de 49 ans (articles 1,2,3).

La moyenne du BMI de la population de deux articles donne une moyenne de 36.6 kg/m² (articles 1,2).

Le niveau d'éducation des populations étudiées dans nos articles n'est pas significatif. Le pourcentage des études, qui mentionne le niveau d'éducation, ne varie que très peu entre les personnes ayant un niveau d'éducation Secondaire 1, Secondaire 2 ou Tertiaire (58). Le tableau 1 présente les caractéristiques de la population des articles.

Les femmes sont plus touchées par la stigmatisation de l'obésité (article 3, 6). Plus le BMI est élevé, plus la stigmatisation est élevée (article 6).

Tableau 1 : Caractéristique de la population des articles

Articles	Sexe	Âge	BMI	Niveau d'éducation	Lieu du déroulement de l'étude
1	26 femmes (100%)	46 ans 27 et 66 ans	41.7 kg/m ² >30 kg/m ²	27% Secondaire 1 35% Secondaire 2 38% Tertiaire	États-Unis
2	600 adultes 288 femmes (48%) 312 hommes (52%)	47.4 ans	31.5 kg/m ² > ou = à 25 kg/m ²	33% Secondaire 1 40% Secondaire 2 27% Tertiaire	États-Unis
3	1158 adultes 529 femmes (45%) 629 hommes (55%)	53.56 ans 14 à 89 ans	>25 et 30kg/m ² 80.4% (931 adultes) >30 kg/m ² 19.6% (227 adultes)	43.1% < 8 ans 42.4% 9-11 ans 14.5% > 12 ans	Allemagne
4	12 individus	*	*	*	États-Unis
5	* Articles**	* Articles**	* Articles**	* Articles**	États-Unis
6	8 femmes (100%)	*	*	*	Nouvelle-Zélande
7	15 adultes 10 femmes (75%) 5 hommes (25%)	27 à 68 ans	13 participants en surpoids 2 en sous-poids	Généralement hautement éduqué	Australie
Total	1819 adultes 861 femmes (47%) 946 hommes (52%) 12 individus (sexe non précisé) (<1%)	49 ans	36.6 kg/m ²	*	*

* les cases non remplies signifient que l'information n'apparaissait pas dans l'article.

** cet article est une revue narrative qui étudie des articles et non une population.

Trois thèmes ressortent de notre analyse de données : la stigmatisation interne de l'obésité du point de vue des patients, l'impact sur le recours aux soins et les attentes des patients. Chaque thème a des sous-thèmes (tableau 2).

Tableau 2 : Expériences des patients

Thèmes	Articles						
	1	2	3	4	5	6	7
Partie 1 : Stigmatisation interne des patients							
1. Le jugement du poids		x		x	x		
2. L'écoute et le respect	x			x		x	
3. La frustration et la colère	x					x	
4. L'embarras et l'humiliation				x	x	x	x
Partie 2: Impact sur le recours aux soins							
1. La confiance du patient		x					x
2. La communication patient-professionnel de santé					x	x	
3. L'engagement aux soins du patient (services de santé, traitements, ...)	x				x	x	x
4. Les rendez-vous	x					x	
5. L'importance accordée à la santé			x		x		
Partie 3: Attentes des patients							
1. Le respect de la personne	x					x	
2. L'alliance avec le professionnel de santé	x	x		x			
3. La communication collaborative	x			x	x		x
4. La modification de l'environnement							x
5. L'obésité comme une maladie complexe				x	x	x	

Partie 1 : Stigmatisation interne de l'obésité du point de vue des patients

La stigmatisation interne est le résultat de l'intériorisation des expériences de stigmatisation. Ce sont les attitudes et les perceptions que le patient a envers lui-même.

Les mauvaises expériences de stigmatisation dans les services de santé augmentent la stigmatisation interne. Les attitudes négatives des professionnels de la santé affectent les perceptions des patients (51 – 57).

Les expériences de stigmatisation des patients souffrant d'obésité amènent à ce que les patients se sentent jugés sur leur poids, qu'ils ne se sentent pas écoutés ni respectés. Ces expériences peuvent aussi engendrer un sentiment de frustration, de colère ou de déception envers leurs professionnels de santé. La peur d'être embarrassé et l'humiliation à cause de leurs poids peuvent être le résultat des expériences de stigmatisation de l'obésité (51 - 57).

1. Le jugement du poids

Les attitudes négatives des professionnels de santé peuvent augmenter, chez les patients, le sentiment d'être jugés sur leur poids.

Une attitude négative d'un professionnel de santé, qui revient souvent, est de mettre le poids en première cause de tout autre problème. Cette attitude peut créer le sentiment d'être jugé sur le poids par les patients (54).

Les patients qui se sentent jugés sur leur poids ont moins confiance en leur professionnel de santé. Ces patients sont significativement plus jeunes et ont un BMI plus élevé (52).

Le sentiment d'être jugé sur le poids par les professionnels de santé augmente le risque de non-adhérence des patients au traitement (55).

2. L'écoute et le respect

Les commentaires et les gestes déplacés des professionnels de santé créent un sentiment de non-respect chez les patients (51).

Les patients ne se sentent pas écoutés et pas respectés : leur professionnel de santé n'écoute pas leur demande et remet toute la faute sur les problèmes de poids. Peu importe le problème pour lequel ils viennent consulter, pour le professionnel de santé, tout est à cause du poids (54, 56).

3. La frustration et la colère

Les patients sont en colère à cause des commentaires et des gestes insensibles de leur professionnel de santé (51).

Les patients se sentent frustrés et en colère car leur professionnel de santé minimise le problème pour lequel ils consultent et se focalise sur leur poids (56).

4. L'embarras et l'humiliation

Les émotions souvent incluses dans la stigmatisation du poids sont la culpabilité, la honte, l'embarras et le sentiment d'être un échec. Ces émotions peuvent être dues à l'environnement qui n'est pas favorable ou alors à une auto-stigmatisation lorsque le patient fait une propre projection de son image. Par exemple : "Nina said: "Nothing was done to me that made me feel like that. It was my own head." This sense of shame, self-blame and fear of receiving weight stigma is considered one of the reasons people are likely to avoid healthcare appointments." (57).

Les patients retardent ou évitent les services de santé par peur d'être embarrassés ou humiliés à cause de leur poids (56).

Les patients se sentent embarrassés et humiliés lors de discussions sur leur poids avec leur professionnel de santé ou ce dernier ne les écoute pas ou ne les aide pas (54).

L'embarras et l'humiliation peuvent être causés par le matériel inadapté tel que les chaises, les balances, les équipements et les instruments pouvant faire sous-entendre aux patients que "leur taille est inhabituelle et qu'ils ne sont pas à leur place" (55).

Partie 2 : Impact sur le recours aux soins

La stigmatisation interne et les mauvaises expériences de stigmatisation dans les services de santé ont un impact sur le recours aux soins (51 – 57).

La stigmatisation interne a un impact sur le recours aux soins. Elle peut avoir un impact sur la confiance du patient, la communication patient-professionnel de santé et l'engagement aux soins du patient mais aussi sur les rendez-vous et l'importance accordée à la santé.

1. La confiance du patient

La stigmatisation interne contribue à la diminution de la confiance des patients envers les professionnels de la santé. Les patients ont moins confiance en leur professionnel de santé lorsqu'ils se sentent jugés sur leur poids.

60% des participants de l'étude qui se sentaient jugés sur leur poids ont déclaré avoir confiance en leurs professionnels de santé. 78% des participants qui ne se sentaient pas jugés sur leur poids ont déclaré avoir confiance en leurs professionnels de santé (52).

"... this expectation of negative attitudes towards weight is problematic, as patient who perceive weight stigma trust their health care professional less, and may change health providers." La confiance des patients envers les professionnels de santé peut diminuer s'ils perçoivent une attitude négative et cela va les amener à changer plus régulièrement de professionnel de santé (doctor shopping) (57).

La diminution de la confiance des patients envers les professionnels de la santé peut contribuer à diminuer la qualité des soins et à la disparité des soins des patients souffrant d'obésité (52).

2. La communication patient-professionnels de santé

La stigmatisation de l'obésité augmente le risque d'altération de la communication centrée sur le patient. Les patients qui ne se sentent pas respectés vont avoir plus de mal à communiquer avec leurs professionnels de santé. Cette altération de la communication patient-professionnel de santé augmente le risque de non-adhérence aux traitements du patient de 19% (55).

Lorsque les patients ne se sentent pas écoutés, le risque d'altération de la communication patient-professionnel de santé est augmenté (56).

3. L'engagement aux soins du patient

L'alliance est un facteur important pour l'engagement aux soins du patient. Si l'alliance n'est pas créée, les patients auront tendance à moins suivre leur traitement (51).

L'altération de la communication patient-professionnel de santé augmente le risque de non-adhérence aux traitements du patient de 19%.

La stigmatisation de l'obésité peut réduire la quantité et la qualité de soins centrés sur le patient qui peut affecter la compliance du patient (55).

La stigmatisation de l'obésité peut diminuer l'engagement aux soins des femmes car elles se sentent jugées sur leurs poids. Ne pas se sentir écouté, rassuré et respecté peut contribuer à la diminution de l'engagement aux soins des patients (56).

Lorsque le patient aborde le sujet du poids, si le professionnel de santé l'évite cela peut être problématique. Le sujet n'étant pas retenu par le professionnel, cela fait ressortir le côté négatif du poids du patient (57).

Si les interactions sont perçues comme positives par le biais d'une communication collaborative basée sur l'empathie, le patient sera plus à même d'avoir confiance envers le professionnel de santé et augmentera son engagement. Ce processus sera aussi favorisé grâce à une approche qui positionne le patient au centre des préoccupations du professionnel de santé (57).

4. Les rendez-vous

Dans l'étude "Living large", six participantes expliquent leur peur d'être embarrassées ou humiliées à cause de leur poids lors d'un rendez-vous médical et préfèrent éviter, retarder ou annuler les rendez-vous dans les services de santé pour empêcher cela. Deux participantes se sentent confortables d'aller au rendez-vous médical (56).

Dans une autre étude, tous les participants, excepté un, déclarent ne pas éviter ni retarder les soins. S'ils ont une urgence médicale ou un contrôle annuel, ils se présentent à leur rendez-vous (51).

5. L'importance accordée à la santé

Plus la stigmatisation est importante, moins les patients accordent d'importance à la santé (55).

Lorsque les patients se stigmatisent, leur estime d'eux-mêmes est plus faible. Leur état de santé général va diminuer et ils vont accorder plus d'importance à leur santé. Les patients atteints d'obésité utilisent de manière plus importante les soins curatifs et moins les soins préventifs (53).

Partie 3 : Attentes des patients

1. Le respect de la personne

Il est important pour les patients que leur professionnel de santé connaisse leur histoire personnelle et leur histoire de santé. La communication et le partage en termes de santé sont des points essentiels pour une bonne qualité des soins.

Les patients attendent que leur professionnel de santé passe du temps avec eux, ils ne veulent pas se sentir pressés. Ils aimeraient que leur professionnel de santé les écoute et qu'il croie en leurs propos.

Les patients désirent avoir les soins qu'ils méritent, comme tout le monde (51).

Ils aimeraient se sentir respectés par leur professionnel de santé. S'ils se sentent respectés, ils iraient plus aux examens et seraient plus engagés dans les soins. Ils aimeraient aussi se sentir plus écoutés et encouragés (56).

2. L'alliance avec le professionnel de santé

Les patients aimeraient créer une connexion avec leur professionnel de santé pour se sentir à l'aise, moins anxieux et peureux.

Créer l'alliance avec leur professionnel de santé encourage les patients à s'engager dans les soins (51).

L'attention, la préoccupation, l'écoute et la compassion contribuent à la confiance des patients envers leur professionnel de santé (52).

Les patients ont besoin que leur professionnel de santé s'allie à eux, qu'il les écoute, qu'il porte leur de l'attention, qu'ils partagent et qu'ils apprennent l'un de l'autre (54).

3. La communication collaborative

Le patient veut être impliqué dans sa prise en charge, il veut être acteur dans son traitement. Pour que le patient puisse être impliqué, le professionnel de santé doit proposer une communication collaborative explicative et qui prend en compte les connaissances du patient. Le patient a besoin de comprendre les traitements, les enjeux de la prise en charge pour accorder sa confiance et s'engager dans le traitement.

Lorsque le professionnel de santé parle du poids du patient, la discussion est mieux acceptée par le patient s'il est habillé et que le rapport de la consultation a déjà été effectué.

"For example, good communication helped to mitigate the effects of the environment or self-stigmatisation." La communication va avoir un réel impact sur la stigmatisation interne du patient. Le professionnel de santé a donc un rôle clé dans cette perception de la stigmatisation par le patient et sa gestion (57). Pour les patients, les qualités d'un bon professionnel de santé sont d'être agréable, d'utiliser de bons moyens de communication, d'être attentif et de montrer du respect.

Les patients veulent parler de leur poids avec leur professionnel de santé et avoir des conseils précis pour perdre du poids (51). Les patients aimeraient que leur professionnel de santé s'adresse à eux avec compassion plutôt que de ressentir de la honte. La communication doit être détaillée, nuancée et basée sur des connaissances actuelles. La communication centrée sur le patient permet de prendre en compte toutes les informations importantes (54).

La communication centrée sur le patient est associée avec l'adhérence du patient au traitement et des résultats sur la santé positifs (55).

4. La modification de l'environnement

Le patient peut décrire l'environnement d'une clinique sportive de physiothérapie comme "physique". La présence de nombreux miroirs, de salles de gym, de publicités mettant en avant des corps minces ou encore des meubles non adaptés fait ressortir ce sentiment. Ces différents aspects mentionnés vont augmenter le sentiment de culpabilité, car le patient sera obligatoirement confronté à son image et se jugera négativement, car il n'utilise pas les salles de sport.

C'est pourquoi une clinique qui est moins axée sur le sport peut encourager le patient dans son traitement. "Patients may perceive different clinical settings differently. For example, Lena reported feeling uncomfortable about her weight in sports physiotherapy environments yet perceived more positive experiences in less sports-focussed clinics. She said: "it was all very relaxed and a very different experience"."

De plus, le corps du professionnel de santé peut avoir un impact sur la prise en charge. Si ce dernier est sain et en bonne santé, cela rendra la situation plus inconfortable pour le patient. Lorsque l'environnement est ouvert, que le corps est exposé, le patient fait ressortir un sentiment d'inconfort de se "confronter" aux regards des personnes présentes et lui fait penser davantage à son poids. "Nina stated that exercising in an environment where "everyone can see you" is also "confronting for someone who is overweight" (57).

5. L'obésité comme une maladie complexe

Les professionnels de santé doivent comprendre que l'obésité est une maladie complexe, c'est à dire prendre en compte les facteurs psychologiques et émotionnels. Les patients ont besoin de spécialistes qui les prennent en charge sur le long terme (54).

Il faut éduquer les professionnels de santé sur la complexité de l'obésité avec ses facteurs génétiques, environnementaux, biologiques, psychologiques et sociaux (55).

Les patients aimeraient que les professionnels de santé les reconnaissent en tant que personnes complexes et multifactorielles, avec une vie complexe, des facteurs de stress et des obligations (56).

Discussion

Le but de cette étude était d'observer l'évolution de l'impact de la stigmatisation de l'obésité du point de vue du patient sur les recours aux soins.

L'objectif était d'étudier les expériences des patients souffrant d'obésité dans les services de santé afin de révéler l'impact de la stigmatisation interne sur leurs recours aux soins et leurs attentes quant aux services de santé.

Nous voulions vérifier que depuis 2011, la stigmatisation interne des patients souffrant d'obésité a encore un impact négatif sur le recours aux soins.

Brève synthèse des résultats

La stigmatisation interne des patients atteints d'obésité a un impact sur leur recours aux soins. Les patients qui se sentent jugés sur leur poids, qui ne se sentent pas écoutés ni respectés ont moins recours aux soins.

La stigmatisation interne contribue à la diminution de la confiance des patients envers leurs professionnels de santé. Cette diminution de confiance peut réduire la qualité des soins et la quantité des soins des patients souffrant d'obésité.

La peur d'être embarrassés ou d'être humiliés à cause de leur poids peut provoquer l'évitement, le retard ou l'annulation des soins mais ce résultat n'est pas significatif car une autre étude indique que les patients n'évitent pas, ne retardent pas et n'annulent pas les soins. La stigmatisation de l'obésité augmente le risque d'altération de la communication patient-professionnel de santé. Cette altération est associée à un risque de non-adhérence aux traitements du patient.

Plus la stigmatisation est importante, moins les patients accordent de l'importance à la santé. Dans certains cas, la stigmatisation interne amène à ce que les patients accordent plus d'importance à la santé.

Les patients aimeraient que leur professionnel de santé les respecte et qu'il soit informé sur la complexité de l'obésité et la façon dont elle doit être traitée. Créer l'alliance et avoir une communication collaborative permettrait d'augmenter l'engagement aux soins du patient. La modification de l'environnement comme le matériel peut avoir un impact positif sur le recours aux soins.

Les expériences des patients dans les services de santé

Nos recherches ont montré que la stigmatisation interne des patients la plus présente dans les services de santé est l'embarras et l'humiliation à cause du poids, le matériel inadapté et la communication inappropriée du professionnel de santé.

L'impact sur le recours aux soins le plus fréquent est la diminution de l'engagement aux soins. Nous avons constaté que l'engagement aux soins est associé à l'alliance, la communication patient-professionnel de santé, la qualité et la quantité des soins centrés sur le patient, le sentiment d'être jugé sur son poids et le respect.

L'attente principale des patients est la communication collaborative. La communication patient-professionnel de santé joue un rôle primordial dans la stigmatisation, qu'elle soit verbale ou non verbale. Selon les patients, elle doit être collaborative pour que la relation thérapeutique soit adéquate. Les professionnels de santé doivent être formés pour utiliser les outils de communication adéquats et adaptés au patient. Les patients ont une réelle volonté d'être impliqués dans les décisions de traitements et de soins. Ils souhaitent être acteurs de leur santé et, pour cela, le professionnel de santé doit partir de leurs connaissances et en apporter de nouvelles en s'assurant qu'elles soient comprises.

Mold F. et Forbes A. montraient déjà en 2011 que les patients ne se sentaient pas écoutés ni respectés par leur professionnel de santé et qu'ils ressentent de l'embarras et de l'humiliation à cause de leur poids. La confiance et la communication jouaient déjà un rôle important pour l'engagement aux soins des patients et les rendez-vous (Annexe 4).

Nos résultats ont apporté d'autres axes comme le jugement sur le poids, la frustration et la colère aussi, et l'importance accordée à la santé.

La stigmatisation interne dans les services de santé

Nous avons remarqué dans les études que la stigmatisation interne peut être perçue très différemment d'une personne à l'autre. Par exemple, un patient se trouvant face à du matériel inadapté (chaise trop petite) peut réagir de diverses manières : se sentir humilié, se sentir en colère, se sentir non-respecté, ...

Nous avons été étonnées du nombre de variétés de stigmatisation interne existantes.

Russell N. et Carryer J. expliquent que la stigmatisation interne va jouer un rôle sur la personne dans son intégralité tant au niveau psychique que physique car elle affecte autant la confiance en soi, le sentiment d'appartenance, le sentiment d'être en bonne santé que les comportements à la recherche de la santé (56).

Impact sur le recours aux soins

Les patients déclarent se sentir honteux et jugés par rapport à leur poids. Pausé C. montre que la honte, qui est une stigmatisation interne, est causée par la stigmatisation externe. La stigmatisation a un impact sur l'émotionnel, le relationnel et sur la santé physique et génère une disparité dans la recherche de bonne santé. Elle a une influence sur les recours aux soins pour les personnes souffrant d'obésité : l'équipement trop petit en est une cause importante, altérant la relation patient-professionnel de santé. La stigmatisation est un facteur de risque de morbidité et de mortalité (59).

Les attentes

Les attentes des patients atteints d'obésité sont variées. La communication est l'un des axes le plus important pour le patient. Elle doit permettre le partage et l'échange en étant sur un pied d'égalité avec le professionnel de santé. Si la relation thérapeutique est adaptée, elle favorisera la compliance aux traitements des patients. Les patients ont besoin d'être écoutés, cela favorisera leur confiance en leur professionnel de santé et à nouveau au recours aux soins (40). L'une des attentes de ces patients est de recevoir les mêmes soins que les autres patients (59).

La stigmatisation externe dans les services de santé

Nos résultats ont montré que les types de stigmatisation externe les plus présents dans les services de santé sont les traitements irrespectueux, les attitudes négatives des soignants et la limitation de l'équipement, c'est à dire le matériel inadapté.

Les professionnels de santé doivent être informés sur la stigmatisation de l'obésité car ils ont une place prépondérante dans la prévention et le traitement de l'obésité. Afin que la déontologie médicale soit respectée, les professionnels de santé doivent prodiguer des soins de qualité à leurs patients. Malgré les moyens mis en œuvre pour diminuer la stigmatisation dans les services de santé, celle-ci reste très présente (52). Elle peut être amenée de manière

inconsciente par les professionnels de santé. Il a été démontré que les médecins traitent différemment les patients atteints d'obésité (22, 52).

Puhl R. et al. suggèrent que les professionnels de santé encouragent et soutiennent le changement de comportement de leurs patients, sans se focaliser sur l'obésité ou la perte de poids (20).

La stigmatisation de l'obésité dans les services de santé

Nos recherches ont montré que la stigmatisation de l'obésité touche plus les femmes que les hommes (56). La stigmatisation interne de l'obésité est elle aussi plus souvent évoquée par les femmes (48).

En 2011, la méta-analyse avait soulevé que les femmes avec un BMI >35 vont plus retarder leurs rendez-vous comparés aux femmes non obèses (BMI<25). Nos recherches ont montré une association entre la stigmatisation de l'obésité et un BMI élevé (56).

Tout le monde n'est pas touché par la stigmatisation de l'obésité. Certaines personnes se sentent bien dans leur corps et en accord avec leur poids. Ils ont choisi d'être "gros". Pour eux, le mot "obésité" est péjoratif et signifie être malade alors que le mot "gros" est une caractéristique physique qui fait partie de leur identité (27, 54).

L'obésité dans les services de santé

Depuis 2013, l'obésité est reconnue comme une maladie chronique. Cette classification a permis d'augmenter les recherches sur la prévention et le traitement de l'obésité, de favoriser la prise en charge des patients atteints d'obésité, remboursée par les assurances. Cela demande aux professionnels de santé de prendre le temps de traiter l'obésité dans sa complexité.

Classer l'obésité comme une maladie devrait permettre de changer le comportement et les attitudes des professionnels de santé. Mais cette classification est trop récente pour pouvoir en mesurer les impacts. La méta-analyse, datant de 2011, ne connaissait pas encore cette classification. Il a été intéressant d'analyser les résultats et de voir la différence entre avant 2011 et après 2011 avec ce facteur en plus. Au vu de la nouveauté de cette classification, nos résultats révèlent que la stigmatisation du poids reste présente et qu'elle est l'une des stigmatisations la plus répandue.

Évolution de la stigmatisation

La stigmatisation de l'obésité a augmenté de 66% entre 1995-1996 et 2004-2006 (20-21). Nous supposons que la stigmatisation de l'obésité augmente avec la prévalence de l'obésité, une corrélation peut être présente entre ces deux facteurs.

Lien avec la profession de diététiciens

Nous avons observé que les diététiciens de la Haute Ecole de Santé sont formés en éducation thérapeutique à diminuer la stigmatisation de l'obésité, de manière inconsciente ou non. Durant notre formation, nous apprenons à créer l'alliance et un climat de confiance avec les patients et à utiliser de bons moyens de communication.

Nous avons appris durant ce travail, les moyens à mettre en place pour diminuer cette stigmatisation. La modification de l'environnement, comme mettre une chaise large, adaptée aux patients atteints d'obésité dans la salle d'attente ou dans le bureau permet de diminuer cette stigmatisation.

Nous sommes étonnées de n'avoir trouvé aucune étude qui mentionnait l'expérience de stigmatisation avec les diététiciens alors que nous sommes les professionnels de santé les plus aptes à traiter les personnes atteintes d'obésité.

Perspectives

Afin de comprendre pourquoi les femmes se sentent plus stigmatisées que les hommes, une étude devrait être réalisée en comparant les genres. Cela permettrait de comprendre quels facteurs sont plus stigmatisants selon les femmes et peut être moins selon les hommes.

Si nous comparons la stigmatisation du poids aux autres stigmatisations, elle est la seule à rester en augmentation. Ne faudrait-il pas comprendre les phénomènes qui ont amené à diminuer les autres types de stigmatisations pour les appliquer à la stigmatisation du poids?

Pour analyser l'évolution de la stigmatisation, il faudrait proposer une étude qui observe les changements des comportements des professionnels, soit depuis la classification de l'obésité et l'expérience des patients dans les services de santé. Cela nous permettrait d'observer si cette classification ne rend pas l'obésité encore plus stigmatisante.

Un axe intéressant serait d'analyser les soins préventifs séparément des soins curatifs. Les personnes atteintes d'obésité utilisent moins les soins préventifs à cause de la stigmatisation du poids et utilisent plus les soins curatifs (22). Il serait nécessaire de différencier les soins préventifs des soins curatifs dans les études de stigmatisation de l'obésité.

Certaines études affirment que la stigmatisation du poids pourrait entraîner une motivation à perdre du poids pour éviter la stigmatisation (31) (22). Il serait pertinent d'approfondir cette idée et de comprendre dans quel contexte et pour quel type de personnalité la stigmatisation pourrait être une source de motivation.

Nous n'avons pas trouvé d'étude sur l'expérience des patients avec leur diététicien lors de nos recherches. Il serait utile de connaître ces expériences et l'impact sur leurs recours aux soins. Cela nous permettrait de savoir comment les patients atteints d'obésité perçoivent leur diététicien et s'ils ressentent de la stigmatisation externe venant de ces experts de l'obésité ?

Limites, biais et points forts

Une des limites de notre revue est la possibilité d'être passées à côté de certaines études et, par conséquent, à côté de certains résultats. Pour réduire cette limite, nous avons regardé tous les articles des bibliographies de nos articles.

Certains articles ne précisaient pas toutes les informations sur la population, par exemple l'âge, le BMI, ... et il était difficile de faire une moyenne précise pour nos résultats.

Faire la distinction entre la stigmatisation interne et la stigmatisation externe dans les articles était au départ compliqué, sachant que l'une implique l'autre et inversement.

Les définitions de la stigmatisation n'étaient pas claires. Les articles avaient des définitions souvent différentes. Par exemple, la stigmatisation externe peut être définie comme stigmatisation implicite et explicite ou stigmatisation indirecte, directe et environnementale.

La stigmatisation interne n'avait pas de définition précise. Nos recherches nous ont permis de la définir grâce à notre cadre de référence.

Trois articles incluaient les personnes en surpoids ($BMI =$ ou $> 25 \text{ kg/m}^2$). En prenant en compte les expériences de personnes en surpoids, ceci constitue un biais de mesure.

La population de deux études étaient exclusivement composées de femmes, les résultats ne sont pas généralisables à la population, il y a un biais des résultats.

Nous avons constaté que certains articles ne différenciaient pas les soins préventifs des soins curatifs, ce qui peut engendrer des biais de résultats significatifs et a parfois entraîné des confusions dans les résultats qui n'étaient pas cohérents.

La prévalence de la stigmatisation de l'obésité a été difficile à trouver. La seule que nous avons trouvée est celle des États-unis. Il était compliqué de se faire un réel avis sur la prévalence de la stigmatisation de l'obésité en Europe et en Suisse et sur son évolution.

Nous avons fait une recherche sur la base de données Cinhal mais nous n'avons pas eu le temps d'effectuer des recherches approfondies. Pour éviter d'influencer la qualité de nos résultats, nous avons préféré ne pas la prendre en compte. Une de nos limites est d'avoir fait des recherches sur une seule base de données.

L'analyse de la qualité de nos articles était compliquée à effectuer car nous avions des articles qualitatifs et que beaucoup de questions n'avaient pas de réponse. Ceci a entravé notre analyse.

Au début de notre travail de Bachelor, nous nous sommes enregistrées dans Researchgate, une base de données, dans le but d'être informées des nouveaux articles parus sur le sujet. Avant l'élaboration de notre travail de Bachelor, nous n'avions que peu de connaissances dans le domaine de la stigmatisation de l'obésité. Ceci nous a permis d'avoir un regard neutre sur les résultats du travail.

Conclusion

Au cours de ce travail, nous avons séparé nos résultats en trois parties :

1. La stigmatisation interne des patients,
2. L'impact sur le recours aux soins,
3. Les attentes des patients.

La stigmatisation interne la plus présente dans nos résultats se traduit par l'embarras et le sentiment d'humiliation du patient. Nous avons pu constater que cette stigmatisation interne peut aussi bien résulter de l'auto stigmatisation du patient que de l'environnement extérieur qui ne lui est pas favorable.

En ce qui concerne l'impact sur le recours aux soins, nos recherches nous ont amené à la conclusion que c'est l'engagement du patient par rapport aux soins qui en est le premier facteur d'évaluation. En effet, afin que le patient adhère aux soins, il doit avoir créé une alliance avec le professionnel de santé, se sentir écouté, en confiance, sans ressentir le moindre jugement.

Enfin, ce que le patient attend le plus dans le cadre de notre analyse, c'est qu'une communication collaborative soit mise en place entre lui et le professionnel de santé.

Cette distinction en trois volets nous a permis de développer et d'analyser plus précisément la stigmatisation interne de l'obésité et donc de mieux comprendre l'influence que cette stigmatisation peut avoir sur nos patients. Elle agit sur leur confiance, la qualité de la communication patients-professionnels de santé ainsi que sur l'importance que le patient porte à sa propre santé.

Nous avons donc pu constater qu'elle a un impact négatif sur le recours aux soins en général, car elle a tendance à créer une envie d'isolement et de repli du patient. Partant de ce constat, nous nous sommes efforcés d'envisager un certain nombre de stratégies à mettre en place pour améliorer le recours aux soins par les patients et leur prise en charge dans les services de santé. Nous avons également pu constater que pour permettre une diminution de la stigmatisation interne, il est essentiel d'agir également sur la stigmatisation externe. Il ressort cependant de nos travaux que les structures actuelles ne sont pas encore adaptées pour permettre aux patients de passer au-delà de la stigmatisation interne et donc de diminuer l'influence de celle-ci sur leur recours aux soins.

Finalement, nous observons, que le patient doit être placé au centre de la prise en charge et que le professionnel de santé doit savoir et pouvoir s'adapter à ses besoins ainsi qu'à ses attentes si nous voulons maximiser d'une part le recours aux soins et d'autre part, l'implication des patients dans le cadre de ces soins en passant outre tant la stigmatisation interne qu'externe.

Bibliographie

- (1) Organisation mondiale de la santé. Obésité et surpoids [En ligne] 2017 [consulté le 25 octobre 2017]. Disponible : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- (2) Organisation mondiale de la santé, Dix faits sur l'obésité [En ligne] 2017 [consulté le 25 octobre 2017]. Disponible : <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/fr/>
- (3) Agha M, Agha R. The rising prevalence of obesity: part A: impact on public health. *Int J Surg Oncol (N Y)*. 2017; 2 (7):17.
- (4) The New England Journal of Medicine. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years [En ligne] 2017. [mis à jour le 6 juillet 2017; consulté le 29 juillet 2018]. Disponible: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1614362#t=article>
- (5) Organisation mondiale de la santé. Infographie –Plus de 50 % de la population est en surpoids ou obèse (Télécharger) [En ligne]. 2013 [consulté le 29 juillet 2018]. Disponible: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics/infographic-over-50-of-people-are-overweight-or-obese-download>
- (6) Eurostat ,enquête européenne par interview sur la santé. Près d'1 adulte sur 6 dans l'UE est considéré comme obèse [En ligne]. 2016 [consulté le 3 août 2018]. Disponible : <https://www.google.com/search?q=1+adulte+sur+6+eurostat&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b>
- (7) Toute l'Europe, comprendre l'Europe. Épidémie d'obésité en Europe : un enjeu de santé publique [En ligne]. 2018 [consulté le 16 juillet 2018]. Disponible: <https://www.touteurope.eu/actualite/epidemie-d-obesite-en-europe-un-enjeu-de-sante-publique.html>
- (8) Confédération Suisse. Enquête suisse sur la santé 2012 [En ligne]. 2013 [consulté le 3 août 2018]. Disponible: <https://www.google.com/search?q=enquete+suisse+sur+la+sant%C3%A9+2012&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b>
- (9) Radio Télévision Suisse Romande. Le surpoids ou l'obésité touche plus de quatre Suisses sur dix [En ligne]. 2013 [consulté le 16 juillet 2018]. Disponible: <https://www.rts.ch/info/suisse/5281908-le-surpoids-ou-l-obesite-touche-plus-de-quatre-suisses-sur-dix.html>
- (10) Confédération Suisse. Santé - Statistique de poche 2017 [En ligne]. 2018 [mis à jour le 19 avril 2018 ; consulté le 29 juillet 2018]. Disponible: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/sgb.assetdetail.4342092.html>

- (11) Puhl RM, Liu S. A national survey of public views about the classification of obesity as a disease. *Obesity (Silver Spring)*. 2015; 23 (6): 1288-1295.
- (12) Brière J-L. *La santé mentale : Complexité du terme*. Lyon : Champ social Éditions ; 2015.
- (13) Goffman E. *Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall, Penguin Books ; 1963
- (14) Le partenaire. *La seule revue de langue française spécialisée en réadaptation psychosociale et rétablissement en santé mentale [En ligne]*. 2009 [consulté le 12 novembre 2017]. Disponible : <https://www.google.com/search?q=le+partenaire+stigmatisation+&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab>
- (15) Dictionnaires de français LAROUSSE. *Stigmatiser [En ligne]*. 2017 [consulté le 20 octobre 2017]. Disponible : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stigmatiser/74714>
- (16) GROS. *Dimensions individuelles de la stigmatisation [En ligne]*. 2011 [mis à jour le 19 novembre 2015 ; consulté le 12 novembre 2017]. Disponible : <https://www.gros.org/dimensions-individuelles-de-la-stigmatisation>
- (17) Jean Pierre Poulain. *Obésité : le piège de la stigmatisation [Vidéo en ligne]*. 2013 [consulté le 20 novembre 2017]. Disponible : <https://www.youtube.com/watch?v=U94TdH3Gxlw>
- (18) Bichsel N, Conus P. *La stigmatisation : un problème fréquent aux conséquences multiples*. *Revue Médicale Suisse [En ligne]*. 2017 [consulté le 15 novembre 2017] ; 13 : 478-481. Disponible : <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-551/La-stigmatisation-un-probleme-frequent-aux-consequences-multiples>
- (19) Institut National pour la santé publique. *Rompre le cycle : Stigmatisation, discrimination, autostigmatisation et VIH. [En ligne]*. 2006 [consulté le 12 décembre 2017]. Disponible : http://www.policyproject.com/pubs/generalreport/Breaking%20the%20cycle_FR.pdf
- (20) Puhl R, Suh Y. *Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment*. *Curr Obes Rep*. 2015; 4 (2): 182-190.
- (21) Puhl RM, Heuer CA. *The stigma of obesity: a review and update*. *Obesity (Silver Spring)*. 2009; 17 (5): 941-964.
- (22) Tomiyama AJ, Finch LE, Belsky ACI, Buss J, Finley C, Schwartz MB, et al. *Weight bias in 2001 versus 2013: contradictory attitudes among obesity researchers and health professionals*. *Obesity (Silver Spring)*. 2015; 23 (1): 46-53.

- (23) Puhl RM, Andreyeva T, Brownell KD. Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *International Journal of Obesity*. 2008; 32 (6): 992-1000.
- (24) 9e édition du Baromètre du Défenseur des droits et le l'OIT sur la perception des discriminations dans l'emploi. Le physique de l'emploi [En ligne]. 2016 [consulté le 17 décembre 2017]. Disponible : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/etudes_et_resultats_barometre_ap_vf-v4.pdf
- (25) Motet L. Quatre chiffres pour comprendre l'ampleur de la « grossophobie ». *Le Monde* [En ligne]. 2017, 17 décembre [consulté le 19 décembre 2017] ; Disponible : http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2017/12/15/quatre-chiffres-pour-comprendre-l-ampleur-de-la-grossophobie_5230050_4355770.html
- (26) TF1. Gabrielle Deydier, son combat contre la grossophobie [Vidéo en ligne]. 2017 [consulté le 19 décembre 2017]. Disponible : <https://www.tf1.fr/tmc/quotidien-avec-yann-barthes/videos/invite-gabrielle-deydier-combat-face-a-grossophobie.html>
- (27) Allegro Fortissimo. Objectifs de l'association [En ligne]. 2018 [consulté le 7 août 2018]. Disponible: <http://www.allegrofortissimo.com/objectifs-de-lassociation/>
- (28) Ramos Salas X, Alberga AS, Cameron E, Estey L, Forhan M, Kirk SFL, et al. Addressing weight bias and discrimination: moving beyond raising awareness to creating change. *Obes Rev*. 2017; 18 (11): 1323-35.
- (29) Puhl RM, King KM. Weight discrimination and bullying. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2013; 27 (2): 117-27.
- (30) Puhl RM, Himmelstein MS, Quinn DM. Internalizing Weight Stigma: Prevalence and Sociodemographic Considerations in US Adults. *Obesity*. Silver Spring. 2018; 26 (1): 167-75.
- (31) Lewis S, Thomas SL, Blood RW, Castle DJ, Hyde J, Komesaroff PA. How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Soc Sci Med*. 2011; 73 (9): 1349-56.
- (32) Tomiyama AJ. Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite*. 2014; 82 (8) : 15.
- (33) Séguy L. Jean-Pierre Poulain, *Sociologie de l'obésité*. Paris, puf, 2009, coll. Sciences sociales et sociétés. *Sciences de la société*. 2010; (80): 193-4.
- (34) Vartanian L.R., Pinkus R.T, Smyth J.M. The phenomenology of weight stigma in everyday life. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2014 ; 3 (3): 196-202.

- (35) Obésité TCA_Archive [Internet]. [cité 12 août 2018]. Disponible sur: <https://cyberlearn.hes-so.ch/enrol/index.php?id=5888>
- (36) Carr D, Friedman MA. Body Weight and the Quality of Interpersonal Relationships. *Social Psychology Quarterly*. 2006 ; 69 (2) :127-49.
- (37) Fruh SM, Nadglowski J, Hall HR, Davis SL, Crook ED, Zlomke K. Obesity Stigma and Bias. *J Nurse Pract*. 2016; 12 (7): 425-32.
- (38) Mold F, Forbes A. Patients' and professionals' experiences and perspectives of obesity in health-care settings: a synthesis of current research. *Health Expect*. 2013; 16 (2): 119-42.
- (39) Puhl RM, Heuer CA. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *Am J Public Health*. 2010; 100 (6) : 1019-1028.
- (40) Leske S, Strodl E, Hou X-Y. Patient-practitioner relationships desired by overweight/obese adults. *Patient Educ Couns*. 2012; 89 (2): 309-15.
- (41) Carrard I. Stigmatisation [En ligne]. 2017 [consulté le 30 octobre 2017]. Disponible : https://cyberlearn.hes-so.ch/pluginfile.php/2451504/mod_resource/content/1/2017_stigmatisation.pdf
- (42) Ratcliffe D, Ellison N. Obesity and Internalized Weight Stigma: A Formulation Model for an Emerging Psychological Problem. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2013; 43 (2) : 239-252-
- (43) Puhl RM, Luedicke J, Heuer C. Weight-based victimization toward overweight adolescents: observations and reactions of peers. *J Sch Health*. 2011; 81 (11): 696-703.
- (44) Dictionnaires de français LAROUSSE. Discrimination [En ligne]. 2017 [consulté le 20 octobre 2017]. Disponible : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/discrimination/25877>
- (45) Hansson LM, Näslund E, Rasmussen F. Perceived discrimination among men and women with normal weight and obesity. A population-based study from Sweden. *Scand J Public Health*. 2010; 38 (6) :587-96.
- (46) Hebl MR, Ruggs EN, Singletary SL, Beal DJ. Perceptions of obesity across the lifespan. *Obesity (Silver Spring)*. 2008; 16 (2): 46-52.
- (47) Puhl R, Peterson JL, Luedick J. Motivating or stigmatizing? Public perceptions of weight-related language used by health providers. *International Journal of Obesity*. 2013; 37 (4): 623.
- (48) Lillis J, Thomas JG, Levin ME, Wing RR. Self-stigma and weight loss: The impact of fear of being stigmatized. *J Health Psychol*. 2017.

- (49) Bleich SN, Gudzone KA, Bennett WL, Jarlenski MP, Cooper LA. How does physician BMI impact patient trust and perceived stigma? *Preventive Medicine*. 2013; 57 (2): 120-124.
- (50) Assal J-P., Golay A. Le suivi à long terme des patients chroniques : les nouvelles dimensions du temps thérapeutique. *Revue Médicale Suisse*. 2001 ; 3.
- (51) Buxton BK, Snethen J. Obese women's perceptions and experiences of healthcare and primary care providers: a phenomenological study. *Nurs Res*. 2013; 62 (4): 252-259.
- (52) Gudzone KA, Bennett WL, Cooper LA, Bleich SN. Patients who feel judged about their weight have lower trust in their primary care providers. *Patient Education & Counseling*. 2014; 97 (1): 128-131.
- (53) Hilbert A, Braehler E, Haeuser W, Zenger M. Weight bias internalization, core self-evaluation, and health in overweight and obese persons. 2013; 22 (1): 79-85.
- (54) Kushner RF. The burden of obesity: personal stories, professional insights. *Narrat Inq Bioeth*. 2014; 4 (2): 129-33.
- (55) Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev*. 2015; 16 (4): 319-26.
- (56) Russell N, Carryer J. Living large: the experiences of large-bodied women when accessing general practice services. *J Prim Health Care*. 2013; 5 (3): 199-205.
- (57) Setchell J, Watson B, Jones L, Gard M. Weight stigma in physiotherapy practice: Patient perceptions of interactions with physiotherapists. *Man Ther*. 2015; 20 (6): 835-41.
- (58) Orientation.ch. Système suisse de formation [En ligne]. [mis à jour en 2018 ; consulté le 29 juillet 2018]. Disponible: <https://www.orientation.ch/dyn/show/2800>
- (59) Pausé C. Die Another Day: The Obstacles Facing Fat People in Accessing Quality Healthcare. *Narrative Inquiry in Bioethics*. 2014; 4 (2): 135-41.

Annexe 1

Articles exclus et raisons. 11 articles ont été exclus pour les raisons suivantes :

Référence	Titre, Auteurs (Date)	Raisons de l'exclusion
1 (20)	<i>Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment</i> Puhl R. et al. (2015)	N'explore pas l'impact de la stigmatisation sur les recours aux soins.
2 (28)	<i>Addressing weight bias and discrimination: moving beyond raising awareness to creating change</i> Salas R. et al. (2017)	N'explore pas l'impact de la stigmatisation sur les recours aux soins.
3 (29)	<i>Weight discrimination and bullying</i> Puhl R. et al. (2013)	Aborde la stigmatisation du point de vue du soignant.
4 (31)	<i>How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study</i> Lewis S. et al. (2011)	Récolte de donnée 2008-2009.
5 (34)	<i>The phenomenology of weight stigma in everyday life</i> Vartanian L.R. et al. (2014)	N'explore pas l'impact de la stigmatisation sur les recours aux soins.
6 (37)	<i>Obesity Stigma and Bias</i> Fruh S.M. et al. (2016)	Sources des résultats datant d'avant 2010.
7 (40)	<i>Patient-practitioner relationships desired by overweight/obese adults</i> Leske S. et al. (2012)	Récolte de données débutée avant 2011.
8 (47)	<i>Motivating or stigmatizing? Public perceptions of weight-related language used by health providers</i> Puhl R. et al. (2013)	N'explore pas l'impact de la stigmatisation sur les recours aux soins.
9 (48)	<i>Self-stigma and weight loss: The impact of fear of being stigmatized</i> Lillis J. et al. (2017)	N'explore pas l'impact de la stigmatisation sur les recours aux soins.
10 (49)	<i>How does physician BMI impact patient trust and perceived stigma?</i> Bleich S.N. et al. (2013)	N'explore pas l'impact de la stigmatisation sur les recours aux soins.
11 (59)	<i>Die Another Day : The Obstacles Facing Fat People in Accessing Quality Healthcare</i> Pausé C. (2014)	Les critères de qualités ne sont pas suffisants

Annexe 2

Caractéristiques des articles

Articles	But de l'article	Méthodologie	Échantillon et analyse	Résultats principaux
1	Décrire les expériences et les perceptions des femmes obèses à l'égard de la stigmatisation dans les soins de santé et de leurs PCP. L'objectif : explorer les perceptions et les expériences des femmes en ce qui concerne les soins de santé et leurs PCP et de comprendre comment leurs expériences ont façonné leur comportement de recherche de soins de santé.	Une étude phénoménologique et qualitative à l'aide d'entrevues semi-structurées de 60 à 90 minutes avec un guide de 19 questions, enregistrées et transcrites textuellement par le chercheur.	26 femmes, résidentes de l'PA du Nord-Est (USA), capables de parler, de lire et de comprendre l'anglais ont été interviewées. Les données ont été analysées grâce à la méthode en sept étapes de Colaizzi. 546 déclarations significatives ont été regroupées en 27 groupes de thèmes. 4 thèmes en sont ressortis avec des sous-thèmes communs. Une description exhaustive a été faite grâce à la confirmation des participantes sur leurs réponses.	4 thèmes, chaque thème comporte des sous-thèmes. : (a) les perceptions de la santé et des soins de santé Obèse, mais en bonne santé, problèmes de santé chroniques, combattre la bataille de la perte de poids, stressée et pressée par le temps, désir d'être en bonne santé, utilisation des soins de santé (b) me respecter en tant que personne Voyez-moi comme une personne, passez du temps et ne me pressez pas, écoutez-moi et croyez-moi (c) établir un lien avec les soins de santé Connectez avec moi pour que je sois à l'aise, le professionnalisme et la communication sont importants, discuter de mon poids, la stigmatisation du poids est présente (d) l'affirmation de soi est nécessaire Je ne suis pas traité différemment, c'est à moi de décider, je serai direct a) "La plupart des participants ont indiqué qu'ils ne retardent ni n'évitent les soins de santé. Ils voient leur PCP pour des examens annuels et se font soigner lorsqu'il y a un problème." b) "Je suis un être humain et je veux que quelqu'un me comprenne et m'écoute. Je veux lui faire part de mes préoccupations et lui demander de me traiter avec respect et de me traiter comme une personne."
2	Évaluer si les patients en surpoids et obèses ont moins confiance en leurs PCP s'ils se sentent jugés sur leur poids.	Une enquête transversale sur internet comprenant 2 questions sur la confiance des patients en leur PCP et la perception des patients du jugement	600 adultes américains en surpoids et obèses ont complété un questionnaire en ligne. Toutes les analyses ont été effectuées dans STATA, version 11. Les variables ont été analysées de façon descriptive à l'aide du chi-carré ou du tests t.	74 % des patients ont déclaré avoir une grande confiance dans leur PCP. Les patients qui perçoivent le jugement sont significativement plus jeunes, ont un IMC plus élevé et ont de nouvelles relations avec leur PCP (<5 ans) 60 % des patients qui se sentent jugés sur leur poids par leur PCP ont déclaré un score de confiance élevé. 78 % des patients qui ne se sentent pas jugés sur leur poids par leur PCP ont déclaré un score de confiance élevé.

		de leur PCP au sujet de leur poids.	L'évaluation de la relation entre le jugement perçu comme étant lié au poids et la confiance élevée dans le PCP a été analysée à l'aide d'une analyse de régression logistique multivariée.	Les patients qui se sentent jugés sur leur poids par leur PCP sont significativement plus susceptibles de déclarer un score de confiance bas.
3	Examiner l'impact l'auto-évaluation de base comme un médiateur entre la stigmatisation du poids et les résultats de santé et entre la stigmatisation interne et l'utilisation des services de santé	Ils ont utilisé de nombreux questionnaires par exemple: WIBS (Weight Bias Internalization Scale), CSES (Core-Self Evaluation Score), PHQ-2 (The Patient Health Questionnaire), ...	Échantillon représentatif de la population allemande, sélection par USUMA. Au final : 1158 H et F 53.56 ans, 14 à 89 ans >25 et 30kg/m2 80.4% (931 adultes) >30 kg/m2 19.6% (227 adultes) 43.1% < 8 ans, 42.4% 9-11 ans, 14.5% > 12 ans	Corrélation entre la stigmatisation interne du poids et la dépression, l'anxiété, l'état de santé et l'utilisation des soins (effets mineurs pour le dernier). Pas ou peu de modifications si on ajoute les variables sociodémographiques Biais de poids + présent chez les femmes, plus petits effets chez les hommes Si le niveau d'éducation est + faible alors auto-évaluation plus faible. Si + de stigmatisation interne alors → diminution de l'estime de soi → augmentation de l'anxiété + dépression + état général plus faible.
4	Pas de but décrit	Une enquête narrative d'entrevue téléphonique.	12 personnes qui ont choisi de répondre à « call for stories » en racontant leur histoire. Les histoires répondaient à une série de questions. Les données des histoires ont été analysées thématiquement en 4 thèmes. 4 thèmes généraux : obésité comme une maladie, le traitement des professionnels de santé, biais et stigma, espoir.	Obésité comme une maladie : Juin 2013, AMA reconnaît l'obésité comme une maladie. Cela peut changer le comportement des PCP et de la société, permettre de faire des recherches sur l'obésité et de la l'obésité comme maladie complexe. Cette classification a des limites : considéré qu'une personne est malade juste en se basant sur le BMI est critiquant. Une personne peut être obèse et être en bonne santé. Cela rend leur lutte contre l'obésité encore plus difficile. Traitements des professionnels de santé : Mal équipé, traitement inefficace, réduction de l'engagement dans les soins, mettre le problème sur le poids. Attentes : Enseigner aux PCP comment s'adresser avec compassion plutôt que la honte, prise en charge centrée sur le patient, PCP doivent comprendre que l'obésité est une maladie complexe, avoir des spécialistes qui

				<p>traitent l'obésité sur le long terme, créer l'alliance avec leur PCP, être écouté et être aidé.</p> <p>Biais and stigma : Faire la distinction entre l'obésité comme une maladie et les personnes obèses ,stigmatisation entraîne la honte qui amène à l'isolation et à la dépression.</p> <p>Espoir : Améliorer l'estime de soi, la qualité de vie et la santé future.</p>
5	<p>Montrer les façons dont la stigmatisation de l'obésité peut interrompre le processus de soins de santé et entraver l'objectif de nombreux PCP de fournir des soins équitables de haute qualité.</p>	<p>Une revue narrative de toutes les études jusqu'en automne 2014 sur des sujets liés à la stigmatisation de l'obésité dans les soins médicaux et/ou l'impact de la stigmatisation sur les rencontres interpersonnelles dans PubMed et PsychInfo.</p>	<p>Articles portant sur la stigmatisation de l'obésité dans les soins médicaux et/ou l'impact de la stigmatisation sur les rencontres interpersonnelles. Les articles ont été sélectionnés s'ils relevaient de l'obésité sur le comportement des PCP, les résultats des soins de santé des patients et les rencontres avec des PCP.</p>	<p>La stigmatisation affecte la perception du patient et sa compliance avec les recommandations du PCP.</p> <p>La stigmatisation de l'obésité "peut accroître le risque d'altération de la communication centrée sur le patient, ce qui est associé à un risque accru de 19 % de non-adhérence aux traitements du patient, ainsi qu'à un manque de confiance et à une moins bonne perte de poids, à un rétablissement plus mauvais et à des résultats moins bons pour la santé mentale du patient."</p> <p>Les personnes touchées par la stigmatisation de l'obésité accordent moins d'importance à la santé.</p>
6	<p>Explorer les expériences des femmes corpulentes dans les services de santé en Nouvelle-Zélande.</p>	<p>Une enquête qualitative descriptive à l'aide d'entrevues en face à face basées sur une série de questions.</p>	<p>8 femmes de Nouvelle-Zélande, volontaires, ont été interviewées. Retranscription mot pour mot de l'entrevue. Les données de l'entrevue ont été analysées thématiquement en 7 thèmes. Une description exhaustive a été faite grâce à la</p>	<p>Diminution de l'engagement des femmes de grande taille à la recherche de services de soins de santé primaires à cause de la stigmatisation des PCP.</p> <p>Accordent moins d'importance à la santé et diminution de comportement de santé à cause de la stigmatisation des PCP qui impact sur le sentiment d'appartenance et d'acceptation de soi.</p> <p>Manque de confiance dans le système de soins de santé. Frustration face à l'absence de conseils appropriés, efficaces et respectueux de leur PCP.</p> <p>Sentiment de frustration, de colère et de déception car leur PCP rejette ou minimise les problèmes qu'elles présentaient. Le poids distrait</p>

			confirmation des participantes sur leurs réponses.	l'attention du PCP du problème pour lequel les patients viennent. Poids en premier plan. Ne se sentent pas écouté et pas rassuré. Sentiment de démission (renoncer), car déçu que même les PCP stigmatisent (blague inappropriée sur le poids). Patientes retardent ou évitent les rendez-vous dans les services de santé à cause de l'embarras ou l'humiliation. Ne se sentent pas confortable : remarque déplacée (grogne, soupir) Attentes : Prendre la personne dans son entier : être traités comme une personne à la vie complexe, avec des facteurs de stress et des obligations qui existent en dehors du milieu des soins de santé plutôt que d'être traités comme un être pathologique.
7	Encore aucune étude sur les interactions patients-physiothérapeute Analyse la perception des interactions patients-physiothérapeutes et le ressenti des patients lorsque le poids est impliqué.	Publicité faite par affiche publique, Facebook, Twitter, des affiches dans des centres commerciaux ou des lieux de travail à moins de 10 km du lieu de la première interview Recrute dans des lieux ou la population est hétérogène. Exclusion lorsque qu'ils ne correspondent pas aux critères.	Une fois sélectionné, ils sont contacté par téléphone. Questionnement sur leurs expériences avec un physiothérapeute impliquant le poids. 2ème interview 2 semaines plus tard: possibilité de parler de nouvelles idées suite à la première interview et pour le chercheur d'aller plus loin dans ses questions. 15 participants (Brisbane, Australie) de milieu socio-économique différents qui ont été patient de physiothérapeute	1. Être un physio → les participants ont identifié des éléments de l'environnement des physio mettant en avant le poids, environnement "physique", exposition des corps...qui met en avant le fait d'être exposé visuellement, touché. - Situer la physiothérapie → le patient associe le physiothérapeute à quelqu'un de sain, de sportif, il pense qu'il a une vision négative du surpoids. Le patient arrive avec le préconception qu'il va être jugé. - Environnement physique → accentue l'image négative que le patient a de son corps et la peur d'être jugé. Ex : miroir, fournitures peu adaptées pour leur taille, ... = mal être. Si le corps du professionnel est sain alors c'est plus inconfortable - Exposition du corps → peu d'intimité, exposé au regard 2. Le poids est-il pertinent? Trop d'empathie placée sur le poids par le physiothérapeute, la plausibilité de la relation entre le poids et les conditions traitées par le physiothérapeute, la cause du poids corporel. Un faible nombre de participants a décrit des expériences positives sur la négociation du poids 3. La communication - Parler du poids → certains le perçoivent plus positivement que les autres. Positif quand collaboration, temps de silence, une conversation

				<p>à deux sens impliquant le patient et le soignant, en prenant en compte ses connaissances La communication éducative ou le soignant débite son savoir alors le patient est moins preneur. Mal perçu si le patient parle de son poids et que le physio évite. Mieux accepté si la discussion se fait lorsque le rapport est fait et que le patient a pu se rhabiller</p> <p>- Style de communication → plus positive s'il y a de l'empathie et de la collaboration. Doit être centré sur la patient.</p> <p>4. Jugement</p> <p>Si en surpoids pense souvent qu'il va être jugé comme étant pas assez actif dans cet environnement de physiothérapie. Émotions : culpabilité, honte, embarras, conscience de soi, sentiment d'être un échec</p>
--	--	--	--	--

Annexe 3

Tableau des variables

Articles	Type de stigmatisation	Perspectives des patients sur la prestation des services de santé	Obstacles aux soins de santé des patients obèses	Attentes du patient face aux soins
1	Externe Interne Discrimination (ok)	Perception de la santé : La santé est pour les participants stressante et une perte de temps. Perception des PCP : Ils manquent de connaissances et de temps des PCP pour donner des conseils.	“les stigmates sociétaux et de soins de santé liés à l'obésité constituent des obstacles à l'obtention de soins. Drury et Louis ont constaté qu'à mesure que le poids corporel des femmes obèses augmentait, le taux de retard ou d'évitement des soins de santé augmentait également et que les femmes donnaient des raisons liées au poids pour ne pas se rendre à leur PCP.”	Les femmes de l'étude aimeraient que leur PCP prennent du temps pour elles, qu'ils les écoutent et qu'ils croient ce qu'elles disent. Le plus important pour elles est que leur PCP connaissent leur histoire personnelle et de santé. Elles veulent se sentir confortables et moins anxieuses et créer une alliance avec leur PCP. Elles veulent parler de leur poids et des possibilités de perdre du poids. Elles veulent se sentir respectées, écoutées et avoir les soins qu'elles méritent. Elles veulent de la compassion et de la compréhension.
2	Externe Interne Discrimination	“Les personnes obèses déclarent couramment faire l'objet de stigmatisation et de commentaires insensibles de la part des médecins.” “La perception négative du PCP à l'égard des patients obèses peut empêcher le développement de ces liens interpersonnels et pourrait contribuer à réduire la qualité des soins et à réduire les disparités en matière de	La stigmatisation des PCP fait que les patients ont le sentiment d'être jugés et qu'ils ont une baisse de confiance en eux et en leur PCP. Ceci entraîne de résultats moins bon en terme de santé.	L'article n'explore pas les attentes des patients.

		soins de santé pour les patients obèses.”		
3	Interne	La personne atteinte d'obésité va plus souvent chez le médecin, mais utilise moins les soins préventifs Ne font pas de corrélations entre la stigmatisation interne et le fait que ça soit un obstacle aux soins pas suffisamment d'études	Si stigmatisation interne → diminution estime de soi --> augmentation de l'anxiété + dépression = état général plus faible	L'article n'explore pas les attentes des patients.
4	Externe Interne	Personne obèse considéré comme malade alors que pas forcément. PCP met le problème sur le poids.	Mal équipé, Traitement inefficace Stigmatisation des PCP : sentiment de honte car jugé sur le poids.	Enseigner aux PCP comment s'adresser avec compassion plutôt que de créer la honte. Prise en charge centrée sur le patient. PCP doivent comprendre que l'obésité est une maladie complexe. Avoir des spécialistes qui traitent l'obésité sur le long terme. Créer l'alliance avec leur PCP, être écouté et être aidé.
5	Externe Interne Discrimination	Attente d'un traitement mauvais Stressant Mauvais conseils Matériel inadapté	La stigmatisation des PCP réduit la qualité et la quantité des soins centrés sur le patient. La mauvaise communication des PCP, c'est à dire les commentaires déplacés ou l'humour sur le poids altère la communication centrée sur le patient. L'obésité n'est pas prise dans sa complexité.	Pas dit explicitement par les patients, mais il faut changer l'environnement pour que les patients se sentent plus acceptés et moins menacés : équipement adapté. Avoir une bonne communication : les PCP doivent être empathique et avoir de la compassion. La communication doit être centrée sur le patient. Les PCP doivent arrêter de faire des commentaires inappropriés ou faire de l'humour avec le poids.

			Le matériel inadapté est un obstacle aux services de santé.	Il doit y avoir un suivi sur le long terme. L'obésité est une maladie complexe, il faut éduquer les PCP sur les facteurs de l'obésité.
6	Externe Interne Discrimination	Être une cible de stigmatisation Être obèse ne veut pas dire être en mauvaise santé. Les PCP disent qu'il faut perdre du poids mais ne donnent aucuns conseils concrets. Les PCP ont peur de traiter l'obésité. Les PCP mettent tout sur la faute du poids.	Ne se sente pas écouté, pas rassuré. Les insultes verbales, l'humour inapproprié, le langage corporel négatif, le congédiement (le patient doit partir), les besoins non satisfaits en matière de soins de santé et le manque de respect. Retarder ou éviter les examens personnels craignant l'embarras et l'humiliation potentielle de l'exposition corporelle.	Les patientes veulent se sentir respectées et écoutées. Elles veulent avoir confiance en leur PCP. Elles aimeraient que leur PCP ne remette pas tout sur la faute du poids et qu'il soit sensible à leurs besoins. Elles veulent se sentir encouragées. Prendre l'obésité dans sa complexité.
7	Externe, interne	Oui	Le patient pense qu'il va être jugé avant la consultation. Influence du corps du professionnel, de l'environnement. Rôle de l'empathie, la collaboration dans les soins, la communication	Il demande la mise en place d'une bonne communication pour qu'il puisse avoir un rôle actif dans les décisions et les soins

Annexe 4

Comparaison des résultats de la méta-analyse avec les articles sélectionnés

Articles	L'expérience négative dans les services de santé	Stigmatisation externe des soignants	Stigmatisation interne des personnes souffrant d'obésité	Les traitements irrespectueux	L'embarras de la pesée	L'attitude négative des soignants	Des conseils sur le poids non sollicité	La limitation de l'équipement/ matériel inadapté
1	X	X	X	X		X		
2		X	X			X		
3	X	X	X	X				
4	X	X	X	X		X		X
5		X	X	X		X	X	X
6	X	X	X	X	X	X	X	
7	X	X	X					X

Comparaison des résultats de la méta-analyse avec les articles sélectionnés (suite)

Thèmes	Méta-analyse	Articles cadre de référence
Partie 1 : Stigmatisation interne des patients		
1. Le jugement du poids		How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study (2011), How does physician BMI impact patient trust and perceived stigma? (2013)
2. L'écoute et le respect	X	Patient-practitioner relationships desired by overweight/obese adults (2012), Weight discrimination and bullying (2013), Addressing weight bias and discrimination: moving beyond raising awareness to creating change (2017)
3. La frustration et la colère		
4. L'embarras et l'humiliation	X	Weight discrimination and bullying (2013)
Partie 2 : Impact sur le recours aux soins		
1. La confiance du patient	X	How does physician BMI impact patient trust and perceived stigma? (2013)
2. La communication patient-professionnels de santé	X	Patient-practitioner relationships desired by overweight/obese adults, Weight discrimination and bullying (2013), Motivating or stigmatizing? Public perceptions of weight-related language used by health providers (2013)
3. L'engagement aux soins du patient	X	
4. Les rendez-vous	X	
5. L'importance accordée à la santé		
Partie 3 : Attentes des patients		
1. Le respect de la personne		Patient-practitioner relationships desired by overweight/obese adults (2012)
2. L'alliance avec le professionnel de santé		Patient-practitioner relationships desired by overweight/obese adults (2012)
3. La communication collaborative		Patient-practitioner relationships desired by overweight/obese adults (2012)
4. La modification de l'environnement		
5. L'obésité comme une maladie complexe		Addressing weight bias and discrimination: moving beyond raising awareness to creating change (2017)

Annexe 5

Grille de lecture descriptive

Obese Women's Perceptions and Experiences of Healthcare and Primary Care Providers (51)

<p>Quelle est la question posée par les auteurs ?</p>	<p>1. Quelle est la question de recherche ? P : femmes ayant un BMI > 30 kg/m² I : Stigmatisation dans les services de santé et de leur PCP C : pas de stigmatisation O : Perception et expérience des services de santé Quels sont les expériences et les perceptions des femmes atteintes d'obésité de la stigmatisation dans les services de santé et de leur PCP ?</p> <p>2. Est-elle bien argumentée et justifiée ? Pour permettre aux PCP de comprendre la signification de divers événements de la vie des patients, de voir le patient et de le connaître dans sa réalité.</p> <p>3. Une hypothèse est-elle formulée explicitement ? non</p> <p>4. Quelle est-elle ?</p>
<p>Quel type d'étude a été effectué ?</p>	<p>5. Quel est le design de l'étude ? Une étude phénoménologique et qualitative</p> <p>6. La récolte de données était-elle longitudinale, transversale ? Rétrospective ou prospective ? Transversale et rétrospective</p> <p>7. Y a-t-il eu une comparaison entre groupes ? Si oui, lesquels ? non</p>
<p>Quelles sont les méthodes utilisées ?</p>	<p>8. De quelle population les sujets sont-ils issus ? Femmes ayant un BMI > 30 kg/m²</p> <p>9. Quels sont les principaux critères d'inclusion et d'exclusion ? Résidentes de Northeastern PA sachant parler, écrire et comprendre l'anglais</p> <p>10. Comment les sujets ont-ils été sélectionnés ? on ne sait pas</p> <p>11. Y a-t-il un risque de biais de sélection ? oui</p> <p>12. Quelles sont les variables étudiées ? Âge, BMI, ethnie Le lieu habituel des services de santé, le type de PCP, le type (s'il y a lieu) d'assurance maladie et la date du dernier rendez-vous chez le médecin Expérience et perception dans les services de santé</p> <p>13. Les outils de mesure sont-ils valides, fiables ? oui</p> <p>14. Quelles sont les principales analyses statistiques effectuées ? Âge, BMI, ethnie</p>
<p>Quels sont les résultats de l'étude ?</p>	<p>15. Quels sont les principaux résultats ? Et que signifient-ils concrètement ? 4 thèmes, chaque thème comporte des sous-thèmes. :</p> <p>(a) les perceptions de la santé et des soins de santé Obèse, mais en bonne santé, problèmes de santé chroniques, Combattre la bataille de la perte de poids, stressée et pressée par le temps, désir d'être en bonne santé, Utilisation des soins de santé</p> <p>(b) me respecter en tant que personne Voyez-moi comme une personne , passez du temps et ne me pressez pas, Écoutez-moi et croyez-moi</p> <p>(c) établir un lien avec les soins de santé Connectez avec moi pour que je sois à l'aise, le professionnalisme et la communication sont importants, discuter de mon poids, la stigmatisation du poids est présente</p> <p>(d) l'affirmation de soi est nécessaire Je ne suis pas traité différemment, C'est à moi de décider, je serai direct</p> <p>16. Répondent-ils aux objectifs ? oui</p> <p>17. Les tableaux et graphiques sont-ils pertinents, clairement légendés ? oui</p>

Puis-je appliquer ces résultats à ma pratique ? Analyse personnelle	<p>18. Quels sont les éléments importants de la discussion ? La motivation n°1 pour les personnes atteintes d'obésité est d'être en bonne santé. La santé ne peut pas de basé sur le BMI. Une personne peut être en bonne santé et avoir un BMI élevé. Les relations positives avec leur PCP est une motivation à suivre le traitement. Les patients veulent être compris, écouté et respecté par leur PCP.</p> <p>19. Les auteurs présentent-ils les limites et les biais ? oui En manque-t-il ?? l'échantillon n'est pas représentatif de la population</p> <p>20. La revue de littérature est-elle pertinente ? oui</p> <p>21. La conclusion est-elle logique ? Découle-t-elle des résultats de l'étude ? oui</p>
	<p>22. Selon vous, les résultats sont-ils plausibles ? En lien avec ce que vous connaissez ? oui</p> <p>23. Que pensez-vous de cette étude ? Appliqueriez-vous les résultats ? oui</p>

Patients who feel judged about their weight have lower trust in their primary care providers (52)

Quelle est la question posée par les auteurs ?	<p>1. Quelle est la question de recherche ? P : Adulte en surpoids ou atteints d'obésité américain I : se sentir jugé sur leur poids par leur PCP C : ne pas se sentir jugé O : confiance en leur PCP Les patients en surpoids ou atteints d'obésité qui se sentent jugés sur leur poids par leur PCP ont-ils moins confiance en leur PCP en Amérique ?</p> <p>2. Est-elle bien argumentée et justifiée ? La stigmatisation peut diminuer la confiance des patients en leur PCP</p> <p>3. Une hypothèse est-elle formulée explicitement ? oui</p> <p>4. Quelle est-elle ? Les patients qui se sentent jugés sur leur poids par leur PCP pourraient avoir moins confiance en leur PCP</p>
Quel type d'étude a été effectué ?	<p>5. Quel est le design de l'étude ? Une enquête transversale sur internet</p> <p>6. La récolte de données était-elle longitudinale, transversale ? Rétrospective ou prospective ? Transversale et rétrospective</p> <p>7. Y a-t-il eu une comparaison entre groupes ? Si oui, lesquels ? non</p>
Quelles sont les méthodes utilisées ?	<p>8. De quelle population les sujets sont-ils issus ? Adulte en surpoids ou atteints d'obésité américain</p> <p>9. Quels sont les principaux critères d'inclusion et d'exclusion ? Avoir vu son PCP dans les 12 mois et avoir un BMI >25kg/m²</p> <p>10. Comment les sujets ont-ils été sélectionnés ? sur internet</p> <p>11. Y a-t-il un risque de biais de sélection ? non</p> <p>12. Quelles sont les variables étudiées ? Variable dépendante = la confiance des patients dans leur PCP Variable indépendante = la perception qu'avaient les patients du jugement de leur PCP au sujet de leur poids Les covariables des patients = l'âge, le sexe, la race ou l'origine ethnique, l'IMC, le statut d'assurance, le niveau de scolarité et la durée de la relation avec le PCP Les covariables des PCP = l'âge approximatif, le sexe, la race/ethnicité perçue et l'IMC approximatif</p> <p>13. Les outils de mesure sont-ils valides, fiables ? oui</p> <p>14. Quelles sont les principales analyses statistiques effectuées ? La relation entre le jugement perçu comme étant lié au poids et la confiance élevée dans le PCP L'âge, le sexe, la race et l'IMC du patient, la durée de la relation avec le PCP, la race du PCP et l'IMC perçu La relation patient-médecin</p>

<p>Quels sont les résultats de l'étude ?</p>	<p>15. Quels sont les principaux résultats ? Et que signifient-ils concrètement ? 74 % des patients ont déclaré avoir une grande confiance dans leur PCP. Les patients qui perçoivent le jugement sont significativement plus jeunes, ont un IMC plus élevé et ont de nouvelles relations avec leur PCP (<5 ans) 60 % des patients qui se sentent jugés sur leur poids par leur PCP ont déclaré un score de confiance élevé. 78 % des patients qui ne se sentent pas jugés sur leur poids par leur PCP ont déclaré un score de confiance élevé. Les patients qui se sentent jugés sur leur poids par leur PCP sont significativement plus susceptibles de déclarer un score de confiance bas.</p> <p>16. Répondent-ils aux objectifs ? oui</p> <p>17. Les tableaux et graphiques sont-ils pertinents, clairement légendés ? oui</p>
<p>Puis-je appliquer ces résultats à ma pratique ? Analyse personnelle</p>	<p>18. Quels sont les éléments importants de la discussion ? La perception du jugement lié au poids du PCP est associée à une diminution de la confiance dans les relations patient-fournisseur. Bien que seulement 21 % des patients en surpoids et obèses perçoivent le jugement de leur PCP actuel en raison de leur poids, ces patients étaient beaucoup moins susceptibles de déclarer avoir une grande confiance en leur PCP. La perception négative du PCP à l'égard des patients atteints d'obésité peut empêcher le développement de la relation patient-PCP et pourrait contribuer à réduire la qualité et la quantité des soins des patients atteints d'obésité.</p> <p>19. Les auteurs présentent-ils les limites et les biais ? oui En manque-t-il ?? non</p> <p>20. La revue de littérature est-elle pertinente ? oui</p> <p>21. La conclusion est-elle logique ? Découle-t-elle des résultats de l'étude ? oui</p> <p>22. Selon vous, les résultats sont-ils plausibles ? En lien avec ce que vous connaissez ? oui</p> <p>23. Que pensez-vous de cette étude ? Appliqueriez-vous les résultats ? oui</p>

Weight Bias Internalization, Core Self-Evaluation, and Health in Overweight and Obese Persons (53)

<p>Quelle est la question posée par les auteurs ?</p>	<p>1. Quelle est la question de recherche ? (PICO) Examiner l'impact l'auto-évaluation de base comme un médiateur entre la stigmatisation du poids et les résultats de santé et entre la stigmatisation interne et l'utilisation des services de santé</p> <p>2. Est-elle bien argumentée et justifiée ? (Explicitez brièvement) Manque d'études sur le sujet, besoin d'augmenter les connaissances</p> <p>3. Une hypothèse est-elle formulée explicitement ? Non</p> <p>4. Quelle est-elle ?</p>
<p>Quel type d'étude a été effectué ?</p>	<p>5. Quel est le design de l'étude ? Etude de cohorte. Interview qualitative semi-structurée</p> <p>6. La récolte de données était-elle longitudinale, transversale ? Rétrospective ou prospective ? Longitudinale (interviewer 2x)</p> <p>7. Y a-t-il eu une comparaison entre groupes ? Si oui, lesquels ? Non</p>

<p>Quelles sont les méthodes utilisées ?</p>	<p>8. De quelle population les sujets sont-ils issus ? Basée sur un échantillon représentatif de la population allemande, sélectionné par USUMA. Allemagne Au final ils ont sélectionné 1158 H et F, 53.56 ans, 14 à 89 ans >25 et 30kg/m² 80.4% (931 adultes) >30 kg/m² 19.6% (227 adultes) 43.1% < 8 ans, 42.4% 9-11 ans, 14.5% > 12 ans</p> <p>9. Quels sont les principaux critères d'inclusion et d'exclusion ? Inclusions : minimum 14 ans, habilité à écrire et lire l'allemand Exclusions : -</p> <p>10. Comment les sujets ont-ils été sélectionnés ? Grâce à l'assistance de USUMA</p> <p>11. Y a-t-il un risque de biais de sélection ? Non</p> <p>12. Quelles sont les variables étudiées ? L'internalisation du poids, l'estime de soi, la santé du patient, l'anxiété, statut de santé, l'utilisation des soins de santé</p> <p>13. Les outils de mesure sont-ils valides, fiables ? Tout est étudié par des questionnaires validés</p> <p>14. Quelles sont les principales analyses statistiques effectuées ?</p>
<p>Quels sont les résultats de l'étude ?</p>	<p>15. Quels sont les principaux résultats ? Et que signifient-ils concrètement ? Corrélation entre la stigmatisation interne du poids la dépression, l'anxiété, l'état de santé et l'utilisation des soins (effets mineurs pour le dernier). Pas ou peu de modifications si on ajoute les variables sociodémographiques Biais de poids + présent chez les femmes, plus petits effets chez les hommes Si le niveau d'éducation est + faible alors auto-évaluation plus faible. Si + de stigmatisation interne alors → diminution de l'estime de soi → augmentation de l'anxiété + dépression + état général plus faible.</p> <p>16. Répondent-ils aux objectifs ? Oui</p> <p>17. Les tableaux et graphiques sont-ils pertinents, clairement légendés ? Oui, pas toujours clair, demande du temps pour les comprendre</p>
<p>Puis-je appliquer ces résultats à ma pratique ? Analyse personnelle</p>	<p>18. Quels sont les éléments importants de la discussion ? Il faut une augmentation de l'utilisation des soins préventifs par les personnes atteintes d'obésité. Il est nécessaire de faire plus d'études</p> <p>19. Les auteurs présentent-ils les limites et les biais ? En manque-t-il ?? Oui, non</p> <p>20. La revue de littérature est-elle pertinente ? Oui</p> <p>21. La conclusion est-elle logique ? Découle-t-elle des résultats de l'étude ? Oui, oui</p> <p>22. Selon vous, les résultats sont-ils plausibles ? En lien avec ce que vous connaissez ? Oui, oui</p> <p>23. Que pensez-vous de cette étude ? Appliqueriez-vous les résultats ? Apporte une vision différente des autres études, met en avant que les personnes atteintes d'obésité vont plus souvent chez le médecin mais profite moins des contrôle préventifs.</p>

The Burden of Obesity : Personal Stories, Professional Insights (54)

<p>Quelle est la question posée par les auteurs ?</p>	<p>1. Quelle est la question de recherche ? P : Personne qui lutte avec leur poids I : Interaction avec le domaine médicale ou le grand public C : O : Expérience de stigmatisation de l'obésité Quels sont les expériences de stigmatisation de l'obésité dans le domaine médicale ou le grand public des personnes qui lutte avec leur poids ?</p> <p>2. Est-elle bien argumentée et justifiée ? La stigmatisation de l'obésité est un problème énorme et nous entendons rarement les réflexions et les récits des personnes atteintes d'obésité sur le sujet.</p> <p>3. Une hypothèse est-elle formulée explicitement ? non</p> <p>4. Quelle est-elle ?</p>
<p>Quel type d'étude a été effectué ?</p>	<p>5. Quel est le design de l'étude ? Une enquête narrative</p> <p>6. La récolte de données était-elle longitudinale, transversale ? Rétrospective ou prospective ? Transversale et rétrospective</p> <p>7. Y a-t-il eu une comparaison entre groupes ? Si oui, lesquels ? non</p>
<p>Quelles sont les méthodes utilisées ?</p>	<p>8. De quelle population les sujets sont-ils issus ? Personne qui lutte avec leur poids</p> <p>9. Quels sont les principaux critères d'inclusion et d'exclusion ? Doivent répondre à une série de questions</p> <p>10. Comment les sujets ont-ils été sélectionnés ? « l'appel aux histoires » publié par le journal</p> <p>11. Y a-t-il un risque de biais de sélection ? oui</p> <p>12. Quelles sont les variables étudiées ? Les expériences de stigmatisation de l'obésité dans le domaine médical</p> <p>13. Les outils de mesure sont-ils valides, fiables ? on ne sait pas</p> <p>14. Quelles sont les principales analyses statistiques effectuées ? on ne sait pas</p>
<p>Quels sont les résultats de l'étude ?</p>	<p>15. Quels sont les principaux résultats ? Et que signifient-ils concrètement ?</p> <p>Obésité comme une maladie : Juin 2013, AMA reconnaît l'obésité comme une maladie. Certaines personnes expliquent que cela peut changer le comportement des PCP et de la société, permettre de faire des recherches sur l'obésité et de prendre l'obésité comme maladie complexe. Mais cette classification a des limites : considéré qu'une personne est malade juste en se basant sur le BMI est critiquant. Une personne peut être obèse et être en bonne santé. Certaines personnes ne sont pas d'accord que l'obésité soit considéré comme une maladie : cela rend leur lutte contre l'obésité encore plus difficile.</p> <p>Traitements des professionnels de santé : Mal équipé, traitement inefficace, réduction de l'engagement dans les soins, mettre le problème sur le poids Attentes : Enseigner aux PCP comment s'adresser avec compassion plutôt que la honte. Prise en charge centrée sur le patient. PCP doivent comprendre que l'obésité est une maladie complexe. Avoir des spécialistes qui traitent l'obésité sur le long terme. Créer l'alliance avec leur PCP, être écouté et être aidé.</p> <p>Biais and stigma : Faire la distinction entre l'obésité comme une maladie et les personnes obèses. Stigmatisation entraîne la honte qui amène à l'isolation et à la dépression.</p> <p>Espoir : Améliorer l'estime de soi, la qualité de vie et la santé future.</p> <p>16. Répondent-ils aux objectifs ? oui</p> <p>17. Les tableaux et graphiques sont-ils pertinents, clairement légendés ? Il n'y en n'a pas</p>

Puis-je appliquer ces résultats à ma pratique ? Analyse personnelle	<p>18. Quels sont les éléments importants de la discussion ? Les histoires révèlent la douleur émotionnelle, l'angoisse et l'embarras que de nombreuses personnes souffrant d'obésité éprouvent mais sont souvent inexprimé. Nous devons faire de notre mieux, autant dans la société que par les PCP qui doivent faire preuve d'empathie et de respect. Ces récits devraient être lus par tous ceux qui ne comprennent pas le sens du mot obésité.</p> <p>19. Les auteurs présentent-ils les limites et les biais ? non En manque-t-il ?? oui</p> <p>20. La revue de littérature est-elle pertinente ? oui</p> <p>21. La conclusion est-elle logique ? Découle-t-elle des résultats de l'étude ? moyen</p> <p>22. Selon vous, les résultats sont-ils plausibles ? En lien avec ce que vous connaissez ? oui</p> <p>23. Que pensez-vous de cette étude ? Appliqueriez-vous les résultats ? oui</p>
--	--

Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity (55)

Quelle est la question posée par les auteurs ?	<p>1. Quelle est la question de recherche ? P : Articles qui traitent de la stigmatisation de l'obésité I : Stigmatisation de l'obésité dans les services de santé C : études entre elles O : Impact de la stigmatisation sur les rencontres interpersonnelles</p> <p>2. Est-elle bien argumentée et justifiée ? Les recherches sur la stigmatisation de l'obésité dans les services de de santé ne sont pas claires en ce qui concerne les PCP et leur patient.</p> <p>3. Une hypothèse est-elle formulée explicitement ? non</p> <p>4. Quelle est-elle ?</p>
Quel type d'étude a été effectué ?	<p>5. Quel est le design de l'étude ? Une revue narrative</p> <p>6. La récolte de données était-elle longitudinale, transversale ? Rétrospective ou prospective ? Transversale, car c'est une revue systématique, mais les études sont longitudinales, prospectifs.</p> <p>7. Y a-t-il eu une comparaison entre groupes ? Si oui, lesquels ? Entre les articles</p>
Quelles sont les méthodes utilisées ?	<p>8. De quelle population les sujets sont-ils issus ? De PubMed et PsychInfo, jusqu'en automne 2014</p> <p>9. Quels sont les principaux critères d'inclusion et d'exclusion ? La date de publication</p> <p>10. Comment les sujets ont-ils été sélectionnés ? Sur PubMed et PsychInfo</p> <p>11. Y a-t-il un risque de biais de sélection ? oui</p> <p>12. Quelles sont les variables étudiées ? La stigmatisation de l'obésité dans les services de santé L'impact de la stigmatisation sur les rencontres interpersonnelles Le jugement, le comportement et les décisions</p> <p>13. Les outils de mesure sont-ils valides, fiables ? Il n'y a pas d'outils de mesure dans les revues</p> <p>14. Quelles sont les principales analyses statistiques effectuées ? Une méta-analyse</p>

<p>Quels sont les résultats de l'étude ?</p>	<p>15. Quels sont les principaux résultats ? Et que signifient-ils concrètement ? La stigmatisation affecte la perception du patient et sa compliance avec les recommandations du PCP. La stigmatisation de l'obésité "peut accroître le risque d'altération de la communication centrée sur le patient, ce qui est associé à un risque accru de 19% de non-adhérence aux traitements du patient, ainsi qu'à un manque de confiance et à une moins bonne perte de poids, à un rétablissement plus mauvais et à des résultats moins bons pour la santé mentale du patient." Les personnes touchées par la stigmatisation de l'obésité accordent moins d'importance à la santé.</p> <p>16. Répondent-ils aux objectifs ? oui</p> <p>17. Les tableaux et graphiques sont-ils pertinents, clairement légendés ? oui</p>
<p>Puis-je appliquer ces résultats à ma pratique ? Analyse personnelle</p>	<p>18. Quels sont les éléments importants de la discussion ? Les PCP s'efforcent de fournir des soins de santé de la plus haute qualité à leurs patients. L'obésité est considérée comme un facteur de risque évitable pour les PCP, ce qui modifie leur traitement. Besoins de plus de recherche sur la stigmatisation de l'obésité et identifier l'impact de ces attitudes sur certains aspects de la rencontre médicale, y compris la prise de décision et la communication.</p> <p>19. Les auteurs présentent-ils les limites et les biais ? oui En manque-t-il ?? non</p> <p>20. La revue de littérature est-elle pertinente ? oui</p> <p>21. La conclusion est-elle logique ? Découle-t-elle des résultats de l'étude ? oui</p> <p>22. Selon vous, les résultats sont-ils plausibles ? En lien avec ce que vous connaissez ? oui</p> <p>23. Que pensez-vous de cette étude ? Appliqueriez-vous les résultats ? oui</p>

Living large : the experiences of large-bodied women when accessing general practice services (56)

<p>Quelle est la question posée par les auteurs ?</p>	<p>1. Quelle est la question de recherche ? P : Femmes atteints d'obésité I : Stigmatisation dans les services de santé C : Pas de stigmatisation O : Expérience dans les services de santé Quelles sont les expériences des femmes atteints d'obésité de stigmatisation dans les services de santé ?</p> <p>2. Est-elle bien argumentée et justifiée ? Réduire le poids de la stigmatisation pour les personnes atteintes d'obésité</p> <p>3. Une hypothèse est-elle formulée explicitement ? non</p> <p>4. Quelle est-elle ?</p>
<p>Quel type d'étude a été effectué ?</p>	<p>5. Quel est le design de l'étude ? Une enquête qualitative descriptive</p> <p>6. La récolte de données était-elle longitudinale, transversale ? Rétrospective ou prospective ? Transversale, rétrospective</p> <p>7. Y a-t-il eu une comparaison entre groupes ? Si oui, lesquels ? non</p>

<p>Quelles sont les méthodes utilisées ?</p>	<p>8. De quelle population les sujets sont-ils issus ? Femmes vivant en Nouvelle-Zélande</p> <p>9. Quels sont les principaux critères d'inclusion et d'exclusion ? S'identifier en tant que personne atteinte d'obésité Le sexe, le BMI</p> <p>10. Comment les sujets ont-ils été sélectionnés ? Annonces dans les journaux locaux, et échantillonnage en boule de neige</p> <p>11. Y a-t-il un risque de biais de sélection ? oui</p> <p>12. Quelles sont les variables étudiées ? Expérience dans les services de santé Stigmatisation dans les services de santé</p> <p>13. Les outils de mesure sont-ils valides, fiables ? oui</p> <p>14. Quelles sont les principales analyses statistiques effectuées ? Les tendances récurrentes de comportements verbaux et non verbaux, des indices verbaux, des modèles et des répétitions</p>
<p>Quels sont les résultats de l'étude ?</p>	<p>15. Quels sont les principaux résultats ? Et que signifient-ils concrètement ? Diminution de l'engagement des femmes de grande taille à la recherche de services de soins de santé primaires à cause de la stigmatisation des PCP. Accordent moins d'importance à la santé et diminution de comportement de santé à cause de la stigmatisation des PCP qui impact sur le sentiment d'appartenance et d'acceptation de soi. Manque de confiance dans le système de soins de santé. Frustration face à l'absence de conseils appropriés, efficaces et respectueux de leur PCP. Sentiment de frustration, de colère et de déception car leur PCP rejette ou minimise les problèmes qu'elles présentaient. Le poids distrait l'attention du PCP du problème pour lequel les patients viennent. Poids en premier plan. Ne se sentent pas écouté et pas rassuré. Sentiment de démission (renoncer), car déçu que même les PCP stigmatisent (blague inappropriée sur le poids). Patientes retardent ou évitent les rendez-vous dans les services de santé à cause de l'embarras ou l'humiliation. Ne se sentent pas confortable : remarque déplacée (grogne, soupir) Attentes : Prendre la personne dans son entier : être traités comme une personne à la vie complexe, avec des facteurs de stress et des obligations qui existent en dehors du milieu des soins de santé plutôt que d'être traités comme un être pathologique.</p> <p>16. Répondent-ils aux objectifs ? oui</p> <p>17. Les tableaux et graphiques sont-ils pertinents, clairement légendés ? -</p>
<p>Puis-je appliquer ces résultats à ma pratique ? Analyse personnelle</p>	<p>18. Quels sont les éléments importants de la discussion ? Les insultes verbales, l'humour inapproprié, le langage corporel négatif, le congédiement (le patient doit partir), les besoins non satisfaits en matière de soins de santé et le manque de respect vont à l'encontre des attentes d'un professionnel de la santé qui prétend s'engager à l'excellence dans les soins de santé. Besoins non satisfaits en matière de soins de santé. Ne poursuivent pas les procédures de santé à cause des expériences précédentes humiliantes. Sentiments de déresponsabilisation. Le plus important : que les PCP écoutent et répondent aux besoins des patientes → amène à la confiance. Les femmes se sentent respectées, recherchent des possibilités de dépistage, divulguent leurs préoccupations en matière de santé et se sentent en sécurité pour accéder librement aux soins. S'engagent dans le système de soins de santé et deviennent ainsi des partenaires dans le domaine de la santé. Les participantes pensent que leurs PCP pensent que leur poids est purement une question de choix et de volonté.</p> <p>19. Les auteurs présentent-ils les limites et les biais ? non En manque-t-il ?? oui</p> <p>20. La revue de littérature est-elle pertinente ? oui</p> <p>21. La conclusion est-elle logique ? Découle-t-elle des résultats de l'étude ? oui</p>

	22. Selon vous, les résultats sont-ils plausibles ? En lien avec ce que vous connaissez ? oui
	23. Que pensez-vous de cette étude ? Appliqueriez-vous les résultats ? oui

Weight stigma in physiotherapy practice : Patient perceptions of interactions with physiotherapists (57)

Quelle est la question posée par les auteurs ?	<p>1. Quelle est la question de recherche ? (PICO) Comment est-ce que les patients perçoivent les interactions avec leurs physiothérapeutes lorsque le poids est impliqué ? Quels sont les éléments des interactions entre les physiothérapeutes et leurs patients ou il y a une perception de stigmatisation ?</p> <p>2. Est-elle bien argumentée et justifiée ? (Explicitiez brièvement) Oui aucune études faites dans cet axe jusqu'à maintenant</p> <p>3. Une hypothèse est-elle formulée explicitement ? Non</p> <p>4. Quelle est-elle ?</p>
Quel type d'étude a été effectué ?	<p>5. Quel est le design de l'étude ? Etude de cohorte. Interview qualitative semi-structurée</p> <p>6. La récolte de données était-elle longitudinale, transversale ? Rétrospective ou prospective ? Longitudinale (interviewer 2x)</p> <p>7. Y a-t-il eu une comparaison entre groupes ? Si oui, lesquels ? Non</p>
Quelles sont les méthodes utilisées ?	<p>8. De quelle population les sujets sont-ils issus ? Résidents d'Australie (Brisbane) qui ont consulté un physiothérapeute 15 participants, 27 – 68 ans, 10 femmes, 4 hommes, 1 transgenre. 13 en surpoids, 2 en sous poids</p> <p>9. Quels sont les principaux critères d'inclusion et d'exclusion ? Inclusions : consulté un physiothérapeute, dans un rayon de 10km de la première interview. Exclusions : pas d'expérience avec le poids lors de leur consultation, ne pouvait pas répondre aux interviews, n'avait jamais consulté un physiothérapeute, non pas continué le suivi (2 interviews)</p> <p>10. Comment les sujets ont-ils été sélectionnés ? Par des publicité, Facebook, Twitter et des panneaux d'affichage.</p> <p>11. Y a-t-il un risque de biais de sélection ? Non</p> <p>12. Quelles sont les variables étudiées ? Les expériences impliquant le poids lors de consultations avec un physio</p> <p>13. Les outils de mesure sont-ils valides, fiables ? Par questionnaire, pas de comparaison</p> <p>14. Quelles sont les principales analyses statistiques effectuées ? Aucune</p>
Quels sont les résultats de l'étude ?	<p>15. Quels sont les principaux résultats ? Et que signifient-ils concrètement ? Arrive à la consultation en pensant qu'ils vont être jugé Environnement trop physique → augmente le mal être Souvent environnement peu intime, corps exposé Importance d'une communication collaborative L'environnement et la relation patient soignant jouent tous les deux un rôle important</p> <p>16. Répondent-ils aux objectifs ? Oui</p> <p>17. Les tableaux et graphiques sont-ils pertinents, clairement légendés ? Oui</p>

Puis-je appliquer ces résultats à ma pratique ? Analyse personnelle	18. Quels sont les éléments importants de la discussion ? Importance de sensibiliser les physiothérapeutes, si le patient perçoit une attitude négative du soignant ça aura un impact négatif sur les résultats de santé du patient
	19. Les auteurs présentent-ils les limites et les biais ? En manque-t-il ?? Oui, non
	20. La revue de littérature est-elle pertinente ? Oui
	21. La conclusion est-elle logique ? Découle-t-elle des résultats de l'étude ? Oui, oui
	22. Selon vous, les résultats sont-ils plausibles ? En lien avec ce que vous connaissez ? Oui, oui
	23. Que pensez-vous de cette étude ? Appliqueriez-vous les résultats ? Elle met vraiment en avant le ressenti des patients et montre clairement quels sont les changements qui devraient être effectué pour améliorer la qualité des prises en charge des patients souffrant de stigmatisation.

Annexe 6

Grille d'analyse qualité, revue de littérature

Référence	<i>Obese Women's Perceptions and Experiences of Healthcare and Primary Care Providers (51)</i>
Devis d'étude	Une étude phénoménologique et qualitative
Niveau de qualité	<input type="checkbox"/> + (Positif) <input type="checkbox"/> - (Négatif) <input type="checkbox"/> ⊙ (Neutre)
But de la recherche	Décrire les expériences et les perceptions des femmes obèses à l'égard de la stigmatisation dans les soins de santé et de leurs PCP.
Critères d'inclusion	Résidentes de Northeastern PA sachant parler, écrire et comprendre l'anglais
Critères d'exclusion	-
Description du protocole de l'étude	Recrutement : on ne sait pas Design : Une étude phénoménologique et qualitative Aveuglement (si applicable) : oui Intervention (si applicable) : stigmatisation de l'obésité Analyses thématiques : Moyenne, écart-type
Recueil de données	Moments de mesure : Variables dépendantes : expérience et perception Outcome : Expériences et perceptions des services de santé Variables indépendantes : stigmatisation des services de santé Autres variables en lien : âge, BMI, éthnie
Description de l'échantillon étudié	N initial sujet : N final analysé : 26 Sexe : 100% de femmes Âge (moyenne ; groupes ; etc.) : 46 ans, de 27 à 66 ans Origine : Afro-américaine, caucasienne, latino. Autres caractéristiques démographiques : Résidentes de Northeastern PA - USA Données anthropométriques : BMI : moyenne de 41.7 kg/m ² Lieu de recrutement : Etat-Unis

Résumé des résultats	<p>Constatations principales :</p> <p>4 thèmes, chaque thème comporte des sous-thèmes. :</p> <p>(a) les perceptions de la santé et des soins de santé Obèse, mais en bonne santé Problèmes de santé chroniques Combattre la bataille de la perte de poids Stressée et pressée par le temps Désir d'être en bonne santé Utilisation des soins de santé</p> <p>(b) me respecter en tant que personne Voyez-moi comme une personne Passez du temps et ne me pressez pas Écoutez-moi et croyez-moi</p> <p>(c) établir un lien avec les soins de santé Connectez avec moi pour que je sois à l'aise Le professionnalisme et la communication sont importants Discuter de mon poids La stigmatisation du poids est présente</p> <p>(d) l'affirmation de soi est nécessaire Je ne suis pas traité différemment C'est à moi de décider Je serai direct</p> <p>Constatations secondaires :</p>
----------------------	---

	<p>“La plupart des participants ont indiqué qu'ils ne retardent ni n'évitent les soins de santé. Ils voient leur PCP pour des examens annuels et se font soigner lorsqu'il y a un problème.”</p> <p>“Je suis un être humain et je veux que quelqu'un me comprenne et m'écoute. Je veux lui faire part de mes préoccupations et lui demander de me traiter avec respect et de me traiter comme une personne.”</p>
Conclusion des auteurs	Les PCP doivent écouter, respecter et croire aux femmes atteintes d'obésité. Une connexion positive avec les PCP encourage les femmes atteintes d'obésité à suivre le traitement.
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.

Référence	<i>Patients who feel judged about their weight have lower trust in their primary care providers (52)</i>
Devis d'étude	Une enquête transversale sur internet
Niveau de qualité	<input type="checkbox"/> + (Positif) <input type="checkbox"/> - (Négatif) <input type="checkbox"/> ⊙ (Neutre)
But de la recherche	Evaluer si les patients en surpoids ou atteints d'obésité ont moins confiance en leur PCP s'ils se sentent jugés sur leur poids
Critères d'inclusion	Avoir vu son PCP dans les 12 mois et avoir un BMI >25kg/m ²
Critères d'exclusion	-
Description du protocole de l'étude	Recrutement : sur internet Design : Une enquête transversale sur internet Aveuglement (si applicable) : oui Intervention (si applicable) : le sentiment d'être jugé sur leur poids Analyses statistiques : STATA, version 11, chi-square, t-test
Recueil de données	Moments de mesure : 2012 Variables dépendantes : la confiance des patients dans leur PCP Outcome : confiance des patients en leur PCP Variables indépendantes : la perception qu'avaient les patients du jugement de leur PCP au sujet de leur poids Autres variables en lien : Les covariables des patients = l'âge, le sexe, la race ou l'origine ethnique, l'IMC, le statut d'assurance, le niveau de scolarité et la durée de la relation avec le PCP Les covariables des PCP = l'âge approximatif, le sexe, la race/ethnicité perçue et l'IMC approximatif
Description de l'échantillon étudié	N initial sujet : 1380 N final analysé : 600 Sexe : 48% de femmes et 52% des hommes Âge (moyenne ; groupes ; etc.) : 47.4 ans Origine : Américain Données anthropométriques : BMI : 31.5 kg/m ² Lieu de recrutement : Amérique
Résumé des résultats	Constatations principales : 74 % des patients ont déclaré avoir une grande confiance dans leur PCP. Les patients qui perçoivent le jugement sont significativement plus jeunes, ont un IMC plus élevé et ont de nouvelles relations avec leur PCP (<5 ans)

	60 % des patients qui se sentent jugés sur leur poids par leur PCP ont déclaré un score de confiance élevé. 78 % des patients qui ne se sentent pas jugés sur leur poids par leur PCP ont déclaré un score de confiance élevé. Les patients qui se sentent jugés sur leur poids par leur PCP sont significativement plus susceptibles de déclarer un score de confiance bas.
Conclusion des auteurs	Les patients qui se sentent jugés sur leur poids par leur PCP sont significativement plus susceptibles de déclarer un score de confiance bas. La perception négative du PCP à l'égard des patients atteints d'obésité peut contribuer à réduire la qualité et la quantité des soins des patients atteints d'obésité.
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.

Référence	<i>Weight Bias Internalization, Core Self-Evaluation, and Health in Overweight and Obese Persons (53)</i>
Devis d'étude	
Niveau de qualité	<input type="checkbox"/> + (Positif) <input type="checkbox"/> - (Négatif) <input type="checkbox"/> ⊖ (Neutre)
But de la recherche	Examiner l'impact l'auto-évaluation de base comme un médiateur entre la stigmatisation du poids et les résultats de santé et entre la stigmatisation interne et l'utilisation des services de santé
Critères d'inclusion	Minimum 14 ans, habilité à écrire et lire l'allemand
Critères d'exclusion	-
Description du protocole de l'étude	Recrutement : Grâce à l'assistance de l'USUMA Design : Etude transversale Aveuglement (si applicable) : - Intervention (si applicable) : - Analyses statistiques : -
Recueil de données	Moments de mesure : 2012 Variables dépendantes : L'internalisation du poids, l'estime de soi, la santé du patient, l'anxiété, statut de santé, l'utilisation des soins de santé Outcome : Influence de la stigmatisation Variables indépendantes : Autres variables en lien :
Description de l'échantillon étudié	N initial sujet : 4436 individus N final analysé : 1158 en surpoids ou obèses (629 hommes, 529 femmes) Âge (moyenne ; groupes ; etc.) : 14 – 89 ans, 53.56 Origine : résidents en Australie, Brisbane Autres caractéristiques démographiques : représentatif de la population allemande Données anthropométriques : BMI : >25 et 30kg/m ² = 80.4% (931 adultes) >30 kg/m ² = 19.6% (227 adultes) Lieu de recrutement : contacter par la poste
Résumé des résultats	Constatations principales : Si + de stigmatisation interne alors → diminution de l'estime de soi → augmentation de l'anxiété + dépression + état général plus faible.

	<p>Constatations secondaires :</p> <p>Corrélation entre la stigmatisation interne du poids et la dépression, l'anxiété, l'état de santé et l'utilisation des soins (effets mineurs pour le dernier).</p> <p>Pas ou peu de modifications si on ajoute les variables sociodémographiques</p> <p>Biais de poids + présent chez les femmes, plus petits effets chez les hommes</p> <p>Si le niveau d'éducation est + faible alors auto-évaluation plus faible.</p>
Conclusion des auteurs	Revoir les prises en charges, former les pros, modifier l'environnement
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.

Référence	<i>The Burden of Obesity : Personal Stories, Professional Insights (54)</i>
Devis d'étude	Une enquête narrative
Niveau de qualité	<input type="checkbox"/> + (Positif) <input type="checkbox"/> - (Négatif) <input type="checkbox"/> ⊖ (Neutre)
But de la recherche	Entendre les réflexions et les récits des personnes atteintes d'obésité sur le sujet.
Critères d'inclusion	Répondre à une série de questions
Critères d'exclusion	-
Description du protocole de l'étude	Recrutement : « l'appel aux histoires » publié par le journal Design : Une enquête narrative Aveuglement (si applicable) : oui Intervention (si applicable) : oui Analyses statistiques : Thématique
Recueil de données	Moments de mesure : Variables dépendantes : Les expériences des personnes atteintes d'obésité dans les services de santé Outcome : Expérience de stigmatisation de l'obésité Variables indépendantes : la stigmatisation de l'obésité dans les services de santé
Description de l'échantillon étudié	N initial sujet : 22 N final analysé : 12

Résumé des résultats	<p>Constatations principales :</p> <p>Obésité comme une maladie : Juin 2013, AMA reconnaît l'obésité comme une maladie. Certaines personnes expliquent que cela peut changer le comportement des PCP et de la société, permettre de faire des recherches sur l'obésité et de prendre l'obésité comme maladie complexe. Mais cette classification a des limites : considéré qu'une personne est malade juste en se basant sur le BMI est critiquant. Une personne peut être obèse et être en bonne santé. Certaines personnes ne sont pas d'accord que l'obésité soit considéré comme une maladie : cela rend leur lutte contre l'obésité encore plus difficile.</p> <p>Traitements des professionnels de santé : Mal équipé, traitement inefficace, réduction de l'engagement dans les soins, mettre le problème sur le poids</p> <p>Attentes :</p>
----------------------	--

	<p>Enseigner aux PCP comment s'adresser avec compassion plutôt que la honte. Prise en charge centrée sur le patient. PCP doivent comprendre que l'obésité est une maladie complexe. Avoir des spécialistes qui traitent l'obésité sur le long terme. Créer l'alliance avec leur PCP, être écouté et être aidé.</p> <p>Biais and stigma : Faire la distinction entre l'obésité comme une maladie et les personnes obèses. Stigmatisation entraîne la honte qui amène à l'isolement et à la dépression.</p> <p>Espoir : Améliorer l'estime de soi, la qualité de vie et la santé future.</p>
Conclusion des auteurs	<p>Les histoires révèlent la douleur émotionnelle, l'angoisse et l'embarras que de nombreuses personnes souffrant d'obésité éprouvent mais sont souvent inexprimé. Nous devons faire de notre mieux, autant dans la société que par les PCP qui doivent faire preuve d'empathie et de respect. Ces récits devraient être lus par tous ceux qui ne comprennent pas le sens du mot obésité.</p>
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.

Référence	<i>Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity (55)</i>
Devis d'étude	Une revue narrative
Niveau de qualité	<input type="checkbox"/> + (Positif) <input type="checkbox"/> - (Négatif) <input type="checkbox"/> ⊖ (Neutre)
But de la revue de littérature	Montrer les façons dont le stigmate de l'obésité peut interrompre le processus de soins de santé et entraver l'objectif de nombreux fournisseurs de soins de santé de fournir des soins de haute qualité équitables.
Critères d'inclusion des articles	La date de publication
Critères d'exclusion des articles	-
Description du protocole de l'étude	Bases de données utilisées : PubMed et PsychInfo N investigateurs impliqués dans la sélection des articles : - Designs d'études incluses : - Méta-analyse présente ou non : -
Extraction des variables	Variables dépendantes : L'impact de la stigmatisation sur les rencontres interpersonnelles Le jugement, le comportement et les décisions Outcome : Impact de la stigmatisation sur les rencontres interpersonnelles Variables indépendantes : La stigmatisation de l'obésité dans les services de santé
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) : non Origines des études incluses : - N (min et max) des sujets inclus dans les études : -

Résumé des résultats	La stigmatisation affecte la perception du patient et sa compliance avec les recommandations du PCP. La stigmatisation de l'obésité "peut accroître le risque d'altération de la communication centrée sur le patient, ce qui est associé à un risque accru de 19% de non-adhérence aux traitements du patient, ainsi qu'à un manque de confiance et à une moins bonne perte de poids, à un rétablissement plus mauvais et à des résultats moins bons pour la santé mentale du patient." Les personnes touchées par la stigmatisation de l'obésité accordent moins d'importance à la santé.
Conclusion des auteurs	Les PCP s'efforcent de fournir des soins de santé de la plus haute qualité à leurs patients. L'obésité est considérée comme un facteur de risque évitable pour les PCP, ce qui modifie leur traitement. Besoins de plus de recherche sur la stigmatisation de l'obésité et identifier l'impact de ces attitudes sur certains aspects de la rencontre médicale, y compris la prise de décision et la communication.
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
2. Est-ce que l'outcome ou le thème étudié (variable dépendante) est important du point de vue du groupe cible ?		O
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
4. Est-ce que l'information, en admettant qu'elle soit vraie, requerra un changement de pratique ?		O

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
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
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 N
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 explicites, appropriées et reproductibles ?		PP
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 ? Raisonnable de combiner ces interventions entre elle, max d'analyse de ce qui a une influence ou pas.		O O
6. Est-ce que la variable de résultat était explicitée clairement ? Est-ce que		O

des variables complémentaires étaient examinées ?	
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 ?	N
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
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
10. Est-ce qu'un biais dû au financement ou au sponsoring de l'étude était peu probable ?	PP

Cotation

<p>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 (+).</p>
<p>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 (-).</p>
<p>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 (⊙).</p>

Référence	<i>Living large : the experiences of large-bodied women when accessing general practice services (56)</i>
Devis d'étude	Une enquête qualitative descriptive
Niveau de qualité	<input type="checkbox"/> + (Positif) <input type="checkbox"/> - (Négatif) <input type="checkbox"/> ⊙ (Neutre)
But de la recherche	Explorer les expériences des femmes atteintes d'obésité dans les services de santé en Nouvelle-Zélande
Critères d'inclusion	Le sexe, le BMI S'identifier en tant que personne atteinte d'obésité
Critères d'exclusion	-
Description du protocole de l'étude	Recrutement : Annonces dans les journaux locaux, et échantillonnage en boule de neige Design : Une enquête qualitative descriptive Aveuglement (si applicable) : non Intervention (si applicable) : Analyses statistiques : thématique
Recueil de données	Moments de mesure : - Variables dépendantes : Expérience dans les services de santé Outcome : Expérience dans les services de santé Variables indépendantes : Stigmatisation dans les services de santé Autres variables en lien : -
Description de l'échantillon étudié	N initial sujet : 10 N final analysé : 8 Âge (moyenne ; groupes ; etc.) : - Origine : Nouvelle-zélande Autres caractéristiques démographiques : - Données anthropométriques : - Lieu de recrutement : Nouvelle-zélande
Résumé des résultats	Diminution de l'engagement des femmes de grande taille à la recherche de services de soins de santé primaires à cause de la stigmatisation des PCP.

	<p>Accordent moins d'importance à la santé et diminution de comportement de santé à cause de la stigmatisation des PCP qui impact sur le sentiment d'appartenance et d'acceptation de soi.</p> <p>Manque de confiance dans le système de soins de santé. Frustration face à l'absence de conseils appropriés, efficaces et respectueux de leur PCP.</p> <p>Sentiment de frustration, de colère et de déception car leur PCP rejette ou minimise les problèmes qu'elles présentaient. Le poids distrait l'attention du PCP du problème pour lequel les patients viennent. Poids en premier plan.</p> <p>Ne se sentent pas écouté et pas rassuré. Sentiment de démission (renoncer), car déçu que même les PCP stigmatisent (blague inappropriée sur le poids).</p> <p>Patientes retardent ou évitent les rendez-vous dans les services de santé à cause de l'embarras ou l'humiliation.</p> <p>Ne se sentent pas confortable : remarque déplacée (grogne, soupir)</p> <p>Attentes : Prendre la personne dans son entier : être traités comme une personne à la vie complexe, avec des facteurs de stress et des obligations qui existent en dehors du milieu des soins de santé plutôt que d'être traités comme un être pathologique.</p>
Conclusion des auteurs	<p>Les insultes verbales, l'humour inapproprié, le langage corporel négatif, le congédiement (le patient doit partir), les besoins non satisfaits en matière de soins de santé et le manque de respect vont à l'encontre des attentes d'un professionnel de la santé qui prétend s'engager à l'excellence dans les soins de santé.</p> <p>Besoins non satisfaits en matière de soins de santé.</p> <p>Ne poursuivent pas les procédures de santé à cause des expériences précédentes humiliantes.</p> <p>Sentiments de déresponsabilisation.</p> <p>Le plus important : que les PCP écoutent et répondent aux besoins des patientes → amène à la confiance.</p> <p>Les femmes se sentent respectés, recherchent des possibilités de dépistage, divulguent leurs préoccupations en matière de santé et se sentent en sécurité pour accéder librement aux soins.</p> <p>S'engagent dans le système de soins de santé et deviennent ainsi des partenaires dans le domaine de la santé.</p> <p>Les participantes pensent que leurs PCP pensent que leur poids est purement une question de choix et de volonté.</p>
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.

Référence	<i>Weight stigma in physiotherapy practice : Patient perceptions of interactions with physiotherapists (57)</i>
Devis d'étude	
Niveau de qualité	<input type="checkbox"/> + (Positif) <input type="checkbox"/> - (Négatif) <input type="checkbox"/> ⊙ (Neutre)
But de la recherche	Comprendre les interactions patients physiothérapeutes lorsque le poids est impliqué dans la consultation
Critères d'inclusion	Consulté un physiothérapeute, dans un rayon de 10km de la première interview.

Critères d'exclusion	Pas d'expérience avec le poids lors de leur consultation, ne pouvait pas répondre aux interviews, n'avait jamais consulté un physiothérapeute, non pas continué le suivi (2 interviews)
Description du protocole de l'étude	Recrutement : Par publicité (affiches, Facebook, Twitter). Design : Étude de cohorte, longitudinales Aveuglement (si applicable) : - Intervention (si applicable) : - Analyses statistiques : -
Recueil de données	Moments de mesure : une interview initiale, suivie d'une deuxième interview 2 semaines plus tard. Variables dépendantes : Outcome : ressenti lors de leurs consultations Variables indépendantes : Autres variables en lien :
Description de l'échantillon étudié	N initial sujet : 41 (? Hommes ; ? Femmes) N final analysé : 15 (10 femmes, 4 hommes, 1 transgenre) Âge (moyenne ; groupes ; etc.) : 27 – 68 ans Origine : résidents en Australie, Brisbane Autres caractéristiques démographiques : variété socio-économique Données anthropométriques : - Lieu de recrutement : par téléphone

Résumé des résultats	Constatations principales : VLCK diet = plus efficace que LC diet VLCK = Perte de poids 2x plus grande que VLC (jusqu'à 20kg) Constatations secondaires : VLCK = -12,5kg ; LC = - 5,2kg → moyenne, on n'a pas l'écart type (donne l'info sur la dispersion des résultats, si grand certain ont perdu bcp mais d'autre rien...) ! on a besoin de la taille d'effet, la variance Figure 2 : on a des moyennes pas d'écart type, perte de poids très spectaculaire pour le VLCK. Échelle de temps non linéaire, si échelle respectée → beaucoup moins spectaculaire
Conclusion des auteurs	Revoir les prises en charges, former les pros, modifier l'environnement
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

Articles

Questions de pertinence	1	2	3	4	5 *	6	7
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	O	O	O		O	O
2. Est-ce que l'outcome ou le thème étudié (variable dépendante) est important du point de vue du groupe cible ?	O	O	O	O		O	O
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	O	O	O		O	O
4. Est-ce que l'intervention ou la procédure est réalisable/faisable ? (Non applicable pour certaines études épidémiologiques). Elle est réalisable mais 40% de dropout (énorme). Le prix ?	O	O	O	O		O	O

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

Questions de validité							
1. Est-ce que la question de recherche a été clairement posée ?	O	O	O	N		O	O
1.1 Est-ce que l'intervention ou la procédure (variable indépendante) a été identifiée ?	O	O	O	O		O	N
1.2 Est-ce que les variables de résultat (outcome, variables dépendantes) ont été clairement indiquées ?	O	O	O	N		O	O
1.3 Est-ce que la population cible et le cadre de l'étude ont été spécifiés ?	O	O	O	N		O	O
2. Est-ce que la sélection des sujets de l'étude était exempte de biais ?	O	O	O	PP		N	O
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	O	N	N		O	O
2.2 Est-ce que les critères ont été appliqués de manière identique dans tous les groupes étudiés ?	O	O	NA			O	NA
2.3 Est-ce que les caractéristiques de santé, les caractéristiques sociodémographiques et les autres caractéristiques des sujets sont décrites ?	O	O	O	N		N	NA
2.4 Est-ce que les sujets peuvent être considérés comme un échantillon représentatif de la population cible ?	O	O	O	PP		O	N
3. Est-ce que les groupes étudiés étaient comparables ?	NA	O	NA	PP		NA	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 ?							
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 ?							
3.3 Est-ce que les sujets du groupe contrôle étaient inclus en même temps que les autres sujets d'étude ? (Suivi en parallèle préféré au suivi rétrospectif)							
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							

<p>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>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>	N	O	O N	O N		O O	N O
<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>	PP	PP	NA	O PP PP PP		N	NA

<p>6. Est-ce que <u>l'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.) étaient décrites ?</p> <p>6.6 Est-ce que les traitements supplémentaires ou non planifiés étaient décrits ?</p> <p>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 ?</p> <p>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 ?</p>	O	O	NA	N		O	NA
<p>7. Est-ce que les <u>variables de résultat</u> étaient clairement définies et les <u>mesures valides et fiables</u> ?</p> <p>7.1 Est-ce que les critères de résultats (endpoints) primaires et secondaires étaient décrits et pertinents pour répondre à la question ?</p> <p>7.2 Est-ce que les mesures nutritionnelles étaient appropriées pour étudier la question et les résultats d'intérêt ?</p> <p>7.3 Est-ce que la période de suivi était suffisamment longue pour que les résultats puissent se produire ?</p> <p>7.4 Est-ce que les observations et les mesures étaient basées sur des instruments, tests ou procédures de recueil de données standardisées, valides et fiables ?</p> <p>7.5 Est-ce que la mesure de l'effet était d'un niveau de précision approprié ?</p> <p>7.6 Est-ce que d'autres facteurs pouvant influencer les résultats étaient pris en compte ?</p> <p>7.7 Est-ce que les mesures étaient conduites de façon systématique dans chacun des groupes?</p>	O	O	NA	N		O/N	NA
<p>8. Est-ce que les <u>analyses statistiques</u> étaient appropriées pour le design d'étude et pour le type de variables de résultat?</p> <p>8.1 Est-ce que les analyses statistiques étaient suffisamment décrites et les résultats rapportés de manière adéquate ?</p> <p>8.2 Est-ce que les tests statistiques utilisés étaient corrects et est-ce que les hypothèses des tests étaient respectées ?</p>	O	O	NA	PP		O	NA

8.3 Est-ce que les résultats statistiques étaient rapportés avec les niveaux de signification ou les intervalles de confiance ?	N	O					
8.4 Est-ce que l'analyse des résultats était effectuée pour l'ensemble des sujets en «intention de traiter» ? (<i>Le cas échéant, y avait-il une analyse des résultats pour les personnes les plus exposées ou une analyse dose-effet</i>) ?	O	O					
8.5 Est-ce que des ajustements pour les facteurs de confusion potentiels étaient faits de manière adéquate ? (Analyses multivariées p.ex.)	O	O					
8.6 Est-ce que la signification clinique ainsi que la signification statistique étaient mentionnées ?	N	N					
8.7 Si les résultats étaient négatifs, est-ce qu'un calcul de puissance permettait d'identifier une éventuelle erreur de type II ?	N	N					
9. Est-ce que les conclusions étaient étayées par les résultats et tenaient compte des biais et des limites ?	O	O	O	N		O	O
9.1 Est-ce qu'il y a une discussion des résultats ?	O	O	O			N	N
9.2 Est-ce que les biais et les limites de l'étude sont identifiés et discutés ?	O	O	O				O
10. Est-ce qu'un biais dû au financement ou au sponsoring de l'étude est peu probable ?	PP	PP	N	PP		PP	N
10.1 Est-ce que les sources de financement et les affiliations des investigateurs sont mentionnées ?	N	N	N				N
10.2 Est-ce qu'il n'y avait pas de conflit d'intérêt apparent ?	PP	PP	N				N
Cotation	(+)	(+)	(+)	(⊖)	(⊖)	(+)	(⊖)

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 (⊖).

*** L'article 5 est une revue narrative et a sa propre grille de qualité**

Annexe 7

Grille d'analyse de qualité, d'articles de recherche

Référence	
Devis d'étude	
Niveau de qualité	c + (Positif) c – (Négatif) c W (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 :
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.
W	Neutre : Indique que l'article n'est ni particulièrement robuste ni particulièrement faible.

Checklist

Questions de pertinence	O	N
	PP	NA
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).		
Est-ce que l'outcome ou le thème étudié (variable dépendante) est important du point de vue du groupe cible ?		
Est-ce que l'intervention ou la procédure (variable indépendante) ou le thème de l'étude est une préoccupation fréquente en pratique diététique ?		
Est-ce que l'intervention ou la procédure est réalisable/faisable ? (Non applicable pour certaines études épidémiologiques).		

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

Questions de validité	
1. Est-ce que la <u>question de recherche</u> a été clairement posée ? Est-ce que l'intervention ou la procédure (variable indépendante) a été identifiée ? Est-ce que les variables de résultat (outcome, variables dépendantes) ont été clairement indiquées ? 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 ? 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 ? Est-ce que les critères ont été appliqués de manière identique dans tous les groupes étudiés ? Est-ce que les caractéristiques de santé, les caractéristiques sociodémographiques et les autres caractéristiques des sujets sont décrites ? 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> ? 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 ? 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 ? 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) 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.). 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). 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
4. Est-ce que la gestion des <u>retraits</u> (sujets ayant arrêté l'étude volontairement ou non) a été décrite ? Est-ce que les méthodes de suivi des sujets ont été décrites et étaient-elles identiques pour tous les groupes ? 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%). Est-ce que tous les sujets inclus dans l'échantillon de départ ont été pris en compte dans l'analyse ? Est-ce que les raisons de retrait étaient similaires dans tous les groupes ? 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) ?	O-N-PP-NA
5. Est-ce que des <u>méthodes en aveugle</u> ont été utilisées pour empêcher les biais ? S'il s'agit d'une étude d'intervention, est-ce que les cliniciens et les investigateurs étaient aveugles concernant l'attribution des groupes ? 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>). 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 ? 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 ? 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 ?	O-N-PP-NA

<p>6. Est-ce que <u>l'intervention</u>, les plans de traitement, les facteurs d'exposition ou la procédure, ainsi que les comparaisons ont été décrites en détail? 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 ? 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? Est-ce que l'intensité et la durée de l'intervention ou du facteur d'exposition étaient suffisantes pour produire un effet significatif? Est-ce que l'ampleur de l'exposition et, le cas échéant, la compliance du sujet, était mesurée? Est-ce que les co-interventions (traitements auxiliaires, autres thérapies, etc.) étaient décrites? Est-ce que les traitements supplémentaires ou non planifiés étaient décrits? 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 ? 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 ?</p>	<p>O-N-PP-NA</p>
<p>7. Est-ce que les <u>variables de résultat</u> étaient clairement définies et les <u>mesures valides et fiables</u>? Est-ce que les critères de résultats (endpoints) primaires et secondaires étaient décrits et pertinents pour répondre à la question ? Est-ce que les mesures nutritionnelles étaient appropriées pour étudier la question et les résultats d'intérêt ? Est-ce que la période de suivi était suffisamment longue pour que les résultats puissent se produire ? Est-ce que les observations et les mesures étaient basées sur des instruments, tests ou procédures de recueil de données standardisés, valides et fiables? Est-ce que la mesure de l'effet était d'un niveau de précision approprié ? Est-ce que d'autres facteurs pouvant influencer les résultats étaient pris en compte? Est-ce que les mesures étaient conduites de façon systématique dans chacun des groupes?</p>	<p>O-N-PP-NA</p>
<p>8. Est-ce que les <u>analyses statistiques</u> étaient appropriées pour le design d'étude et pour le type de variables de résultat? Est-ce que les analyses statistiques étaient suffisamment décrites et les résultats rapportés de manière adéquate ? Est-ce que les tests statistiques utilisés étaient corrects et est-ce que les hypothèses des tests étaient respectées ? Est-ce que les résultats statistiques étaient rapportés avec les niveaux de signification ou les intervalles de confiance ? Est-ce que l'analyse des résultats était effectuée pour l'ensemble des sujets en «intention de traiter» ? (<i>le cas échéant, y avait-il une analyse des résultats pour les personnes les plus exposées ou une analyse dose-effet</i>) ? Est-ce que des ajustements pour les facteurs de confusion potentiels étaient faits de manière adéquate ? (analyses multivariées p.ex.) Est-ce que la signification clinique ainsi que la signification statistique étaient mentionnées ? Si les résultats étaient négatifs, est-ce qu'un calcul de puissance permettait d'identifier une éventuelle erreur de type II ?</p>	<p>O-N-PP-NA</p>
<p>9. Est-ce que les <u>conclusions étaient étayées par les résultats</u> et tenaient compte des biais et des limites ? Est-ce qu'il y a une discussion des résultats ? Est-ce que les biais et les limites de l'étude sont identifiés et discutés ?</p>	<p>O-N-PP-NA</p>
<p>10. Est-ce qu'un biais dû au <u>financement ou au sponsoring</u> de l'étude est peu probable ? 10.1 Est-ce que les sources de financement et les affiliations des investigateurs sont mentionnées ? 10.2 Est-ce qu'il n'y avait pas de conflit d'intérêt apparent ?</p>	<p>O-N-PP-NA</p>

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

NEUTRE (W)

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 (W).

Annexe 8

La planification GANTT

Planificateur du travail de Bachelor

