

UCLouvain

Evaluer le ressenti des patients sur l'obésité du médecin généraliste en fonction de différentes pathologies fréquentes en médecine générale en Fédération Wallonie-Bruxelles

Etude transversale quantitative réalisée auprès des patients en Fédération Wallonie Bruxelles âgé de ≥ 18 ans



Travail de fin d'études
Master complémentaire en médecine générale
Année académique 2022-2023

Promoteur : Dr. Dominique Lamy

Emilie Tabureau

Remerciement

A mes sœurs Céline, Lucie et Florine pour leur soutien infailible. Nos différences sont notre plus grande force.

A mon père qui m'a transmis le goût du travail et son humour-rire.

A mes grands-parents qui auraient été si fiers de moi.

A ma famille de substitution, mes amis de toujours ; Denis, Fanny, mes deux Marie, Ngan, Lydie, Pauline, Léa et Magali. Merci d'être à mes côtés et de me faire rire depuis quinze ans. Un merci particulier à Marie pour la réalisation de mon affiche et à Fanny pour m'avoir supportée durant tous mes blocus.

A Sébastien et Alizée pour notre amitié née dans la galère. A nos meilleures fou-rire lors du désespoir de nos blocus.

A mon équipe de rugby qui m'a permis de mettre en pratique « Tomber pour mieux se relever » et pour ses leçons de vie que je résumerais par cette citation d'Oscar Wilde : « Il n'y a aucun secret pour réussir. C'est le résultat de la préparation, le travail acharné et apprendre de l'échec ».

A mon cercle, pour ses guindailles et surtout à Ellie, Chloé, Marie et Bastien. A Philippe pour son soutien, son écoute et sa patience lors de mes remises en question, merci d'être là.

A Aline, à ma marraine et à Cathy, ces femmes incroyables que j'admire beaucoup.

Au Dr. Lamy pour son soutien et son écoute durant mes deux premières années d'assistantat et d'avoir accepté d'être mon promoteur.

A mes collègues de la maison médicale Cassiopée pour leur bienveillance et pour cette dernière année d'assistantat riche en émotion. Un merci particulier au Dr. Darville, ma maitre de stage.

A tous les gens que je n'ai pas cités qui marquent ou qui ont marqué ma vie chacun à leur façon.

Je remercie les patients qui ont croisé ma route et qui m'ont permis d'apprendre

Résumé de l'étude

Introduction

A l'instar des études sur la discrimination des patients obèses dans les soins de santé, cette étude pose la question inverse mais tout aussi pertinente : existe-il une discrimination des patients envers les médecins obèses ? Elle évalue le ressenti des patients par rapport à l'obésité du médecin généraliste en fonction de différentes pathologies fréquentes en médecine générale.

Méthode

Nous avons réalisé une enquête quantitative transversale auprès de 320 participants âgés de 18 ans et plus et vivant en Fédération Wallonie-Bruxelles. L'analyse statistique descriptive a permis d'explorer le ressenti des patients par rapport à la confiance et à l'adhésion de leur prise en charge faite par un médecin généraliste obèse. Cette analyse a été réalisée au départ de situations cliniques en évaluant le ressenti sur une échelle de Likert modifiée.

Résultats

Au niveau de l'analyse statistique, le mode (item le plus représenté) pour les réponses relatives à la confiance et à l'adhésion des patients aux conseils médicaux sur une échelle d'égalité entre le médecin généraliste obèse et le médecin généraliste de poids dit normal, est « Tout à fait d'accord ». C'est le même mode, que ce soit envers la prise en charge des maladies virales, de la pédiatrie, du dépistage, des maladies cardiovasculaires, de la perte de poids ou des conseils hygiéno-diététiques.

Conclusion

En conclusion, la population de cet échantillon avait la même confiance en un médecin généraliste obèse qu'en un médecin généraliste de poids dit normal et adhéraît de la même manière à la prise en charge d'un médecin généraliste obèse par rapport à un médecin généraliste de poids dit normal. Les réponses étaient les mêmes, peu importe l'IMC des participants et leur préjugés négatifs liés à l'obésité.

Mots-Clés

Médecin de famille (QS41), obésité (T82), étude quantitative (QR32), relation médecin-patient (QD12), compliance (QO4), adhésion (QO4), gestion des problèmes (QD32), gestion de santé/médecine préventive (A98)

Abréviation

Abréviations françaises

MG	Médecin Généraliste
MGO	Médecin Généraliste Obèse
MGNO	Médecin généraliste de poids dit normal
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
TFE	Travail de Fin d'Études
IMC	Indice de Masse corporelle
PO	Personne obèse

Abréviations anglaises

MeSH	Medical Subject Headings
------	--------------------------

Table des matières

Remerciement.....	2
Résumé de l'étude	3
Abréviation.....	4
Table des matières	5
I. Introduction	6
1. Introduction par rapport à une situation personnelle.	6
2. Introduction cadre théorique.....	6
3. Définition de la question de recherche	8
4. Objectif.....	9
II. Méthodologie.....	10
1. Recherche bibliographique.....	10
2. Méthode d'investigation.....	11
2.1. Recherche quantitative	11
2.2. Elaboration du questionnaire.....	11
2.3. Echantillonnage	12
2.4. Recrutement.....	12
2.5. Déroulement du questionnaire.....	13
2.6. Méthode d'investigation.....	13
3. Comité éthique	13
III. Résultat.....	15
1. Recueil des données.	15
2. Caractéristique démographique de l'échantillon.	15
3. Données liées au poids des participants.	16
4. Estimation de la consommation des soins de santé.	16
5. Etat des préjugés négatifs envers les personnes obèses dans l'échantillon.	18
1. Niveau de confiance des participants	19
6. Niveau d'adhésion des participants	20
7. Remarque d'un MGO à la suite de la non-compliance du patient.....	21
IV. Discussion	22
1. Evaluation générale de l'étude	22
Limite de l'étude.	26
Force de l'étude	28
V. Conclusion.....	29
VI. Bibliographie.....	30
VII. Annexes.....	32

I. Introduction

1. Introduction par rapport à une situation personnelle.

Durant mes consultations avec des patients en surpoids et/ou obèses, certains me parlaient de leur crainte d'aller chez les médecins spécialistes. Ils me relataient des consultations où leur poids était toujours considéré comme le problème de santé à traiter même si la pathologie de départ n'était pas causée par l'obésité/surpoids. Ils ne se sentaient pas écoutés mais jugés. Cela menait à une crainte de devoir prendre des rendez-vous médicaux.

Ces faits de discriminations envers les patients m'ont fait me poser la question inverse mais tout aussi pertinente : existe-il une discrimination des patients envers les médecins généralistes obèses (MGO) ?

Ayant moi-même pris du poids ces trois dernières années, je me suis questionnée sur l'influence que pourrait avoir mon obésité sur le point de vue et/ou le comportement de ma patientèle dans l'exercice de mon futur métier : médecin généraliste (MG).

2. Introduction cadre théorique

Le surpoids et l'obésité se définissent comme « *une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé* ». (Organisme Mondial de la Santé [OMS], 2020)

L'indice de masse corporelle (IMC) est la mesure de référence pour définir le statut pondéral du patient. Il se calcule en divisant le poids par la taille au carré, exprimé en kg/m² (1).

En Belgique, le BMI moyen de la population adulte est de 25,5. Pratiquement la moitié (49,3%) de la population adulte est en surpoids, c'est-à-dire avec un BMI ≥ 25 et 15,9% de la population adulte est obèse (BMI ≥ 30) (2).

Il n'existe, à notre connaissance, pas d'étude statistique reflétant la proportion d'obésité chez les médecins généralistes mais selon cette étude (3), une correspondance pourrait être trouvée avec la population générale.

L'augmentation de l'obésité est un enjeu de santé publique tant par les comorbidités que par le coût qui en découle. La prévalence de l'obésité qui s'avère être exponentielle est accompagnée

d'une augmentation de la grossophobie. Ce terme, utilisé en français à partir de 1996, n'entre qu'en 2017 dans le dictionnaire *Le Petit Robert* avec comme définition : « *Attitude de discrimination envers les personnes obèses ou en surpoids.* ». La grossophobie est un ensemble d'attitudes et de comportements hostiles basé sur des préjugés envers les personnes avec un excès de poids pouvant mener à une grande souffrance psychologique. Des exemples sont criants comme cette étude qui suggère que parmi toutes les discriminations que connaît notre société, la discrimination envers les personnes obèses (PO) pourrait être dans certains cas plus délétère que celle liée au sexe et à la race (4). Malheureusement, les soins de santé ne sont pas épargnés par cette grossophobie. De nombreuses études et témoignages dénoncent les discriminations subies par les PO dans les soins de santé (5). Dans une étude portant sur plus de 620 MG, plus de 50 % considéraient les patients obèses comme maladroits, peu attrayants, laids et non conformes (6). Un tiers a qualifié les patients obèses de faibles de volonté, négligents et paresseux (6). Les réponses des étudiants en médecine ont confirmé les préjugés habituels sur l'obésité. (7)

Toutes ces discriminations subies peuvent mener à de la méfiance à l'égard des médecins et une mauvaise observance chez les patients obèses. (8)

Pourtant, nous connaissons l'importance de la relation médecin-patient dans la qualité des soins avec, entre autres, une meilleure observance et un meilleur suivi médical des patients (9). En effet, la confiance est un précurseur essentiel du changement de comportement et est liée à l'adhésion du patient aux conseils du médecin, à la satisfaction du patient et à la continuité des soins (9). Il est donc primordial de travailler sur notre vision en tant que médecin des personnes obèses et de prendre en compte le caractère pluricausal de l'obésité. C'est dû à cette importance dans la relation médecin-patient que nous nous sommes intéressés à l'avis des patients sur l'obésité du médecin généraliste. Nous cherchons à savoir si cette dernière peut être un frein à l'alliance thérapeutique entre un patient et son MG.

Dans une médecine qui est passée de paternaliste à des soins centrés sur le patient où son consentement et son avis comptent, nous voulions avoir le ressenti des patients. (10)

A contrario des nombreuses études sur la discrimination des patients obèses, il existe de très rares études qui étudient l'influence du poids du médecin généraliste dans la relation médecin-patient. A notre connaissance, il n'en existe pas en Europe.

Ces rares études ont démontré que les patients étaient plus à même de recevoir des conseils de médecins qu'ils considéraient en bonne santé. (11) Cette bonne santé passe par plusieurs facteurs dont un a particulièrement retenu notre attention. En effet, l'apparence physique et surtout le poids font partie des trois facteurs importants pour définir la bonne santé du médecin généraliste. Si le médecin est considéré comme en bonne santé, les conseils sont perçus comme plus crédibles, plus motivants et plus dignes de confiance (11). Les patients d'une autre étude ont indiqué une plus grande confiance dans les médecins généralistes de poids dit normal (MGNO) pour les conseils de santé généraux (12). Une dernière étude confirme les deux premières. Les patients se disaient plus enclins à suivre les conseils pour la gestion de poids d'un médecin non obèse par rapport à un médecin obèse (MGO) (13). En effet, Ils accordent aussi une moins grande confiance, moins de crédibilité et ont moins de propension à pouvoir suivre les conseils des MGO en matière de perte de poids (13). Les patients ont une tendance à changer de médecin si ce dernier est obèse (13).

Nous avons trouvé des résultats différents dans une étude sur des patientes en surpoids ou obèses. Elle suggérait que les patientes avaient confiance en leur MG mais avaient une plus grande confiance dans les conseils de gestion du poids des médecins généralistes en surpoids. (14)

Cette différence de confiance des patients envers les médecins obèses est partagée par les médecins eux-mêmes par rapport à la gestion du poids. (15) En effet, selon cette étude (16) qui comparait les MGNO et MGO, les MGNO étaient plus à l'aise pour engager les discussions sur la perte de poids et sur les conseils d'activité physique à leurs patients obèses. Ils avaient eux-mêmes un préjugé envers les MGO, ils estimaient que les patients auraient probablement moins confiance dans les MGO (16).

Comme le définit la société Européenne de la médecine générale, les MG sont chargés de dispenser des soins globaux et continus et leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé et la prévention des maladies. (17). C'est cette partie de la définition qui nous conforte dans l'intérêt d'évaluer le ressenti des patients par rapport à différentes pathologies et non pas uniquement centré sur la gestion du poids.

3. Définition de la question de recherche

Ce que l'on sait.	Les médecins obèses sont victimes de préjugés négatifs de la part des patients et particulièrement au niveau de la gestion du poids. Ces préjugés peuvent être néfastes pour la qualité des soins. Ce postulat est basé sur des études datant de 2013 réalisées outre-Atlantique.
Ce que l'on ignore	Les études faites, outre-Atlantique, datent d'il y a 10 ans. Beaucoup de points avec ces pays sont divergents par rapport aux nôtres comme le financement des soins de santé, la représentation de l'obésité, le nombre d'obèses (x2) et d'obésité morbide, etc. Les points de vue sur mon sujet pourraient être différents entre nos continents.

La question de recherche ressortie de notre étude de la littérature est la suivante : "Evaluer le ressenti des patients à propos de l'obésité du médecin généraliste en fonction de différentes pathologies fréquentes en médecine générale en Fédération Wallonie-Bruxelles".

4. Objectif

L'objectif de l'étude est de mettre en évidence les potentielles différences ressenties par les patients lors des consultations qui traitent de pathologies fréquentes de médecine générale entre MGNO et un MGO. Nous partons de l'hypothèse qu'il en existe une et qu'elle est délétère pour la relation thérapeutique. Si cela est avéré, une prochaine étape serait de comprendre les raisons afin de réduire la stigmatisation envers les MGO.

II. Méthodologie

1. Recherche bibliographique

Notre recherche bibliographique a débuté en mars 2022 et s'est achevée en février 2023.

Les moteurs de recherches que nous avons utilisés sont PubMed, Embase, Scopus et Cairn. Les articles que nous avons sélectionnés proviennent principalement de PubMed.

Pour nos recherches nous avons utilisé les MESH suivantes : "trust" [MeSH Terms], "general practice"[MeSH Terms], "patient compliance"[MeSH Terms] OR "compliance"[MeSH Terms]"physical appearance", "body"[MeSH Terms],"patients"[MeSH Terms],"body mass index"[MeSH Terms],"outcome assessment, health care"[MeSH Terms].

Au départ, nous voulions faire nos recherches à partir d'une équation avec plusieurs MESH pour chaque concept : (((("physician-patient relations"[MeSH Terms]) AND ("physical appearance"[MeSH Terms]), "body"[MeSH Terms])) OR ("obesity"[MeSH Terms])) AND ("general practitioners"[MeSH Terms]).

Malheureusement, ces équations plus fournies n'ont mené qu'à des articles qui ne traitaient pas de notre problématique. Nous avons donc décidé de faire des équations plus courtes dont voici un exemple : (("trust"[MeSH Terms]) AND ("body mass index"[MeSH Terms]) AND (patient attitude)).

Des recherches supplémentaires ont été faites dans la littérature grise.

Les articles ont été sélectionnés après mise des filtres full texte, article en français et en anglais datant d'il y a moins 15 ans. Les articles parlant de l'apparence physique globale du médecin généraliste (âge, sexe, vêtement) ont été exclus. D'autres articles ont été sélectionnés grâce à la section "article similaire".

Malheureusement, la littérature n'est pas aussi fournie que souhaitée. La plupart des articles étaient sur la prise en charge de l'obésité ou la discrimination des patients obèses dans les soins de santé.

Cette recherche bibliographique nous a permis d'établir la question de recherche PICO suivante :

P : Pour qui ? Quel problème	Obésité du médecin généraliste.
I : Intervention	Evaluer le ressenti des patients par rapport à l'obésité du MG en fonction des différentes pathologies fréquentes en médecine générale.
C : Comparateur	Médecin généraliste avec BMI < 30.
O : Objectif	Pouvoir améliorer les consultations et permettre une meilleure compliance qu'importe le BMI du médecin.
C : Contexte	En Fédération Wallonie-Bruxelles.

2. Méthode d'investigation

2.1. Recherche quantitative

À la suite de notre recherche dans la littérature, nous avons pu dégager des zones grises quant aux connaissances par rapport à notre sujet. Il nous semblait intéressant de faire l'état des lieux en Belgique. Pour ces raisons, nous avons décidé d'effectuer une recherche quantitative.

2.2. Elaboration du questionnaire.

Le questionnaire a été généré sur Lime Survey. Il a été choisi pour assurer une meilleure protection des données des participants. La participation était volontaire et anonyme. Les participants, avant de pouvoir exécuter le questionnaire, devaient cocher une case obligatoire qui confirmait leur consentement pour la participation à l'étude.

Le questionnaire a été élaboré en s'inspirant des études déjà préexistantes sur le sujet et décrite dans la partie introduction de ce TFE.

Le questionnaire contient sept parties :

- 5 questions sociodémographiques (âge, sexe, lieu d'habitation, plus haut diplôme obtenu, IMC).
- 3 questions sur leur médecin généraliste (une seule si le participant n'a pas de MG).
- 2 questions relatives au choix du MG.
- 1 question relative à l'examen clinique fait par un MGO.

- 3 questions pour évaluer la grossophobie (2 si la réponse à la deuxième question était négative).
- 6 questions sur la confiance et 6 questions sur l'adhésion du patient, toutes les deux cotées sur une échelle de Likert modifiée à 8 points ("tout à fait d'accord" à "pas du tout d'accord", le neutre n'étant pas évalué).
- 1 question sur une remarque d'un MGO à la suite de la non-compliance du patient à sa stratégie proposée.

Les 13 dernières questions sont composées de situations cliniques. A propos de la séquence de ces vignettes cliniques, vous pourrez constater que nous démarrons par des consultations basiques pour aller vers des consultations spécifiques sur la gestion du poids et des conseils hygiéno-diététiques. Nous nous sommes dit que, de cette manière, nous pourrions évaluer si le point de vue des personnes interrogées se modifie en fonction des pathologies pour lesquelles elles consultent chez le MG.

A partir de la question 12, les participants avaient la possibilité de laisser un commentaire s'ils le désiraient. La durée de réponse au questionnaire était d'environ 15 minutes. Toutes les questions étaient à réponse obligatoire. Une seule réponse par question était possible.

Une relecture du questionnaire a été réalisée auprès de 3 personnes n'ayant aucun lien avec le milieu médical et par mon promoteur, et quelques modifications ont été apportées pour une meilleure compréhension des questions qui posaient un problème.

2.3. Echantillonnage

Toutes les personnes âgées de plus de 18 ans et habitant en Fédération Wallonie-Bruxelles sont éligibles pour répondre à ce questionnaire.

Les questionnaires incomplets n'ont pas été analysés.

2.4. Recrutement

Pour le recrutement, nous avons décidé de diffuser notre questionnaire sur Facebook et de l'envoyer à des cabinets médicaux et paramédicaux pour diffuser l'affiche avec le QR code.

Biais de diffusion

Le questionnaire a été diffusé sur Facebook à des groupes regroupant des personnes par lieu de résidence. Un nombre non négligeable de groupes n'a pas diffusé notre questionnaire. Deux associations concernées par le sujet ont été contactées : G.R.O.S. et Fat Friendly. La première ne nous a pas répondu et la dernière a donné son accord le 17 avril. Le questionnaire était malheureusement déjà arrêté. Le questionnaire s'est, par la suite, propagé grâce aux partages. Les personnes n'étant pas inscrites sur ce réseau social n'ont donc pas pu répondre au questionnaire.

Le nombre de médecins et paramédicaux l'ayant affiché dans leur salle d'attente n'est pas connu et tous les médecins et paramédicaux de la Fédération Wallonie-Bruxelles n'ont pas été contactés. Les personnes n'ayant pas de smartphone n'ont pas pu avoir accès au QR code.

2.5. Déroulement du questionnaire

Nous avons mis en ligne le questionnaire le 22 mars 2023 à 21H30 et nous avons envoyé nos flyers et nos affiches dans des cabinets médicaux et paramédicaux le 23 mars 2023. Nous avons décidé d'arrêter le questionnaire le 12 avril à 20h00.

2.6. Méthode d'investigation

Les résultats de l'étude ont été extraits de Lime Survey en un fichier adapté à Microsoft Excel. Les variables identifiées sont des variables qualitatives ordinales. Pour l'analyse, elles ont dû être transformées en variables numériques. Ensuite, nous avons pu introduire ce nouveau fichier dans IBM SPSS qui est le logiciel avec lequel nos analyses ont été faites. La méthode d'analyse utilisée est l'analyse statistique descriptive par fréquence et par tableau de contingence.

3. Comité éthique

Nous avons envoyé notre demande le 3 janvier 2023 au Groupe d'Ethique Interuniversitaire pour la Médecine Générale qui nous a redirigé vers le comité d'éthique de Saint-Luc le 1 février

2023. Nous avons eu l'approbation du comité de Saint Luc pour diffuser notre questionnaire dans les cabinets médicaux et paramédicaux ainsi que sur Facebook le 21 mars 2023.

III. Résultat

1. Recueil des données.

Nous avons recueilli 439 questionnaires. 120 étaient partiellement complétés et ont donc été rejetés. La taille de l'échantillon estimée devait être de 385 répondants selon la formule : $n = z^2 \times p(1 - p) / m^2 = 385$ avec une marge d'erreur à 5% et un intervalle de confiance à 95%.

Avec nos 320 réponses, nous avons une marge d'erreur se situant entre 5% (385) et 6% (267).

2. Caractéristique démographique de l'échantillon.

Notre échantillon est composé en grande majorité de femmes (77.1%). La population était jeune avec plus de la moitié (58.3%) se situant entre 18 et 30 ans. La majorité (72 %) de la population avait moins de 40 ans. 83% a fait des études supérieures. Les répondants de la province du Hainaut représentaient 50% de notre échantillon. (Annexe 5)

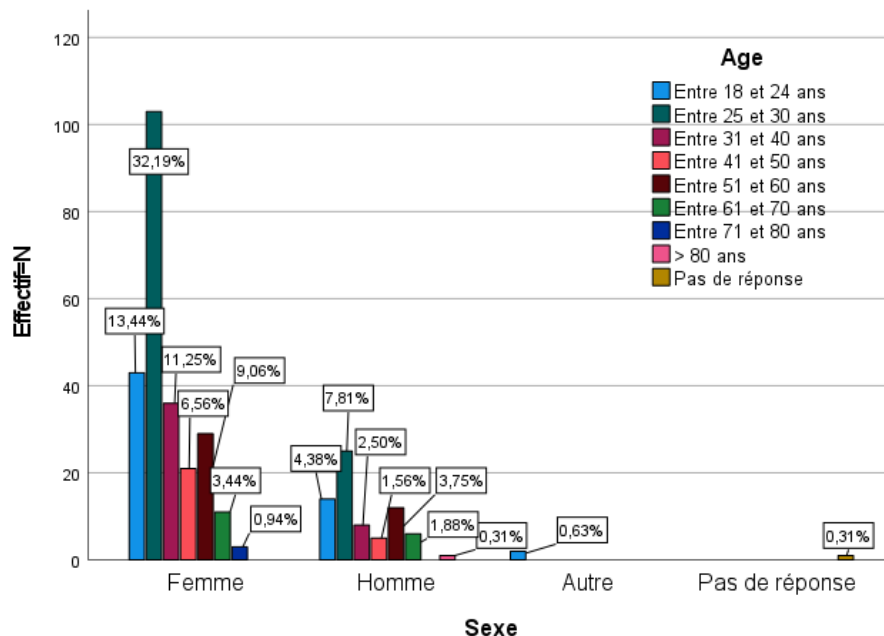


Figure 1. Répartition de l'âge en fonction du sexe.

3. Données liées au poids des participants.

Plus de la moitié de l'échantillon (53.6%) avaient un IMC normal, 22.3% étaient en surpoids, 11.9% étaient en obésité légère, 6% étaient en obésité modérée, 3.1% étaient en obésité sévère, 1.9% étaient considérés comme maigre.

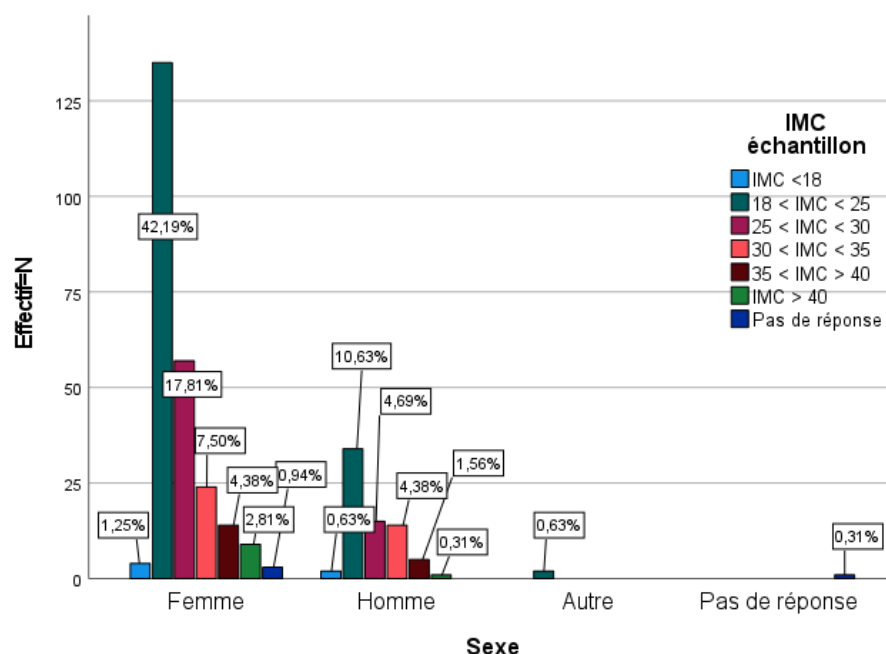


Figure 2. Répartition des catégories d'IMC en fonction du sexe.

4. Estimation de la consommation des soins de santé.

90 % des participants avaient un médecin traitant et 8.5% n'en avaient pas. Ceux qui n'en avaient pas, étaient majoritairement (89%) âgés de moins de 30 ans (annexe 7).

La majorité de notre échantillon (92%) ne pensaient pas que l'obésité du MG puisse être un frein à un examen physique.

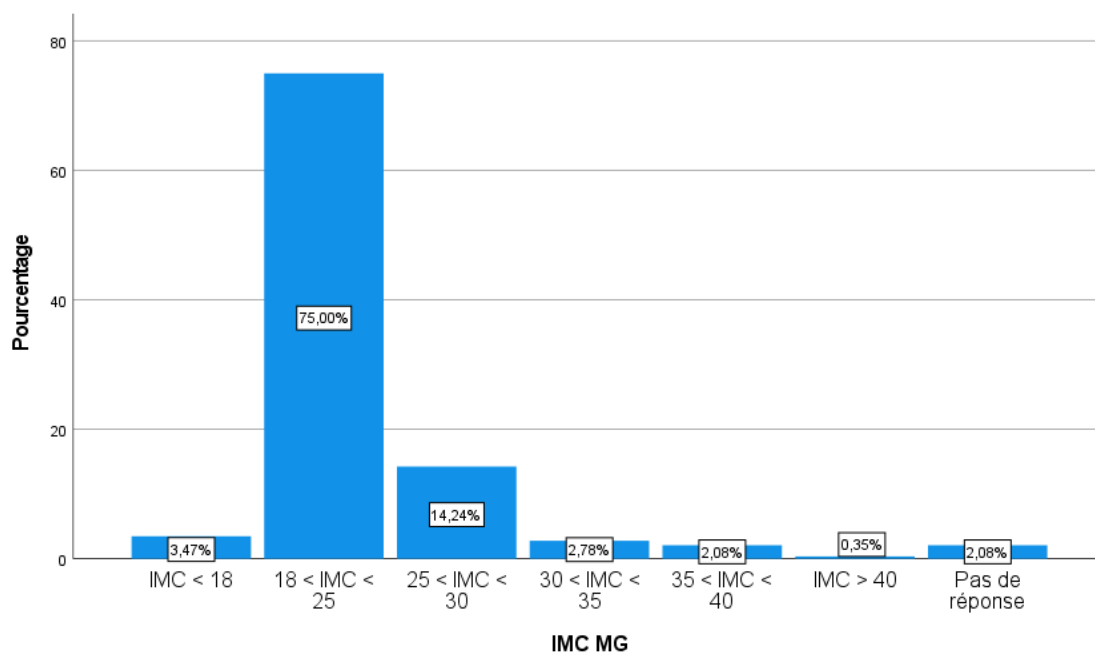


Figure 3 : Pourcentage de la répartition de l'IMC des MG des participants

Tableau 1 : Nombre de visite par an chez le médecin généraliste en fonction de l'âge

Nombre de visite par an chez le MG	Nombre total de participant	Mode	Pourcentage représentant le mode
Entre 18 et 24 ans	59	<5x/an	35,3%
Entre 25 et 30 ans	109	<5x/an	36,7%
Entre 31 et 40 ans	42	<5x/an	42,9%
Entre 41 et 50 ans	26	<5x/an	34,6%
Entre 51 et 60 ans	39	<5x/an	38,5%
Entre 61 et 70 ans	17	<5x/an	58,8%
Entre 71 et 80 ans	3	<5x/an	33.3%
>80 ans	1	<5x/an	100%

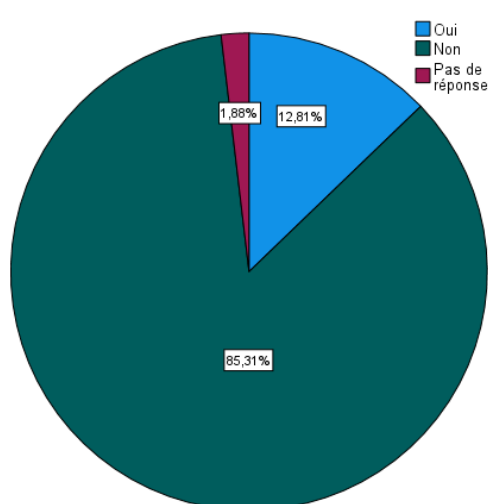
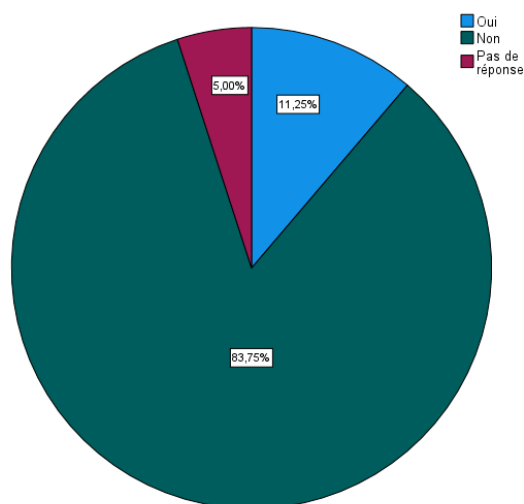


Figure 4 : Choix du MG influencé par le poids du MG Figure 5 : Choix du MG influencé par le poids du patient

5. Etat des préjugés négatifs envers les personnes obèses dans l'échantillon.

66% des participants n'étaient pas d'accord avec la discrimination des PO (Addition des réponses : tout à fait d'accord, d'accord, plutôt d'accord).

65,5% des participants reconnaissaient avoir déjà eu des pensées grossophobes et celles-ci étaient prédominantes dans les magasins et puis dans le sport.

Tableau 2 : Pourcentage de répondants ayant répondu avoir déjà eu des pensées grossophobes en fonction des réponses à la question : « Nous savons par des études qu'il existe une stigmatisation des personnes obèses dans la société et dans les soins de santé. Elles peuvent être décrites, dans la population générale comme des personnes fainéantes, incompetentes, qui manquent de volonté et de discipline. Etes-vous ? »

Pensées grossophobe	Avoir déjà eu des pensées grossophobe	Fréquence	Pourcentage
Tout à fait d'accord	Oui	5	41.7
	Non	6	50
	Pas de réponse	1	8.3
	Total	12	100
D'accord	Oui	9	75
	Non	3	25
	Total	12	100
Plutôt d'accord	Oui	31	75.6
	Non	9	22
	Pas de réponse	1	2.4
	Total	41	100
Rarement d'accord	Oui	22	84.6
	Non	4	15.4
	Total	41	100
Rarement pas d'accord	Oui	6	85.7
	Non	1	14.3
	Total	7	100
Plutôt pas d'accord	Oui	48	69.6
	Non	20	29
	Pas de réponse	1	1.4
	Total	69	100

Pas d'accord	Oui	40	62.5
	Non	24	37.5
	Total	64	100
Pas du tout d'accord	Oui	43	53.1
	Non	38	46.9
	Total	81	100
Pas de réponse	Oui	6	7.5
	Non	1	1.25
	Pas de réponse	1	1.25
	Total	8	10

1. Niveau de confiance des participants

Le mode¹ pour les réponses de la question : « Vous avez autant confiance dans la prise en charge par un médecin obèse que par un médecin de poids dit “normal” » était « Tout à fait d'accord ». Le mode était le même que ce soit envers la prise en charge des maladies virales, de la pédiatrie, du dépistage, des maladies cardiovasculaires, de la perte de poids ou des conseils hygiéno-diététiques.

La médiane² était également « Tout à fait d'accord » sauf pour la confiance envers la perte de poids et les conseils hygiéno-diététiques qui était « D'accord ».

Nous avons pu constater que les résultats étaient non influencés par l'IMC (annexe 8-9) ni par le fait d'avoir répondu entre « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord » à la question : « Nous savons par des études qu'il existe une stigmatisation des personnes obèses dans la société et dans les soins de santé. Elles peuvent être décrites, dans la population générale comme des personnes fainéantes, incompetentes, qui manquent de volonté et de discipline. Etes-vous ? » (Annexe 10-11)

¹ « En statistique, le mode, ou valeur dominante, est la valeur la plus représentée d'une variable quelconque dans une population donnée. Une répartition peut être unimodale ou plurimodale (bimodale, trimodale...), si deux ou plusieurs valeurs de la variable considérée émergent également, voire sans aucun mode (distribution uniforme) si toutes les valeurs de la variable considérée émergent également. » (Wikipédia, mai 2022)

² « En statistiques, la médiane est une valeur qui sépare la moitié inférieure et la moitié supérieure des termes d'une série statistique quantitative » (Wikipédia, avril 2023)

Tableau 3 : Pourcentage de la confiance des participants en fonction des différentes pathologies sur une échelle d'égalité entre MGO et MGNO

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt d'accord	Rarement d'accord	Rarement pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Pas de réponse
Confiance Symptôme grippaux	54.7	34.1	7.5	0	0.3	1.3	0.9	0	1.3
Confiance Pédiatrie	65.9	26.3	5.9	0	0.3	0	0	0	1.6
Confiance Dépistage	64.9	26.6	5.6	0	0.3	0.6	0	0	1.9
Confiance maladie CV	58.4	26.6	9.1	1.3	0	3.4	0	0	1.3
Confiance Perte de poids	41.6	22.5	15.9	5.6	0	10	1.9	0.9	1.6
Confiance Conseils HD	47.2	27.2	15	2.5	1.3	4.7	1.6	0.6	0

6. Niveau d'adhésion des participants

Le mode, pour les réponses de la question : « Vous suivez le traitement correctement de la même manière que ce soit un médecin obèse ou un médecin de poids dit “ normal “ » était « Tout à fait d'accord ».

Le mode était le même que ce soit envers la prise en charge des maladies virales, de la pédiatrie, du dépistage, des maladies cardiovasculaires, de la perte de poids ou des conseils hygiéno-diététiques. La médiane était également « Tout à fait d'accord » sauf pour la confiance envers la perte de poids qui était « D'accord ».

Nous avons pu constater que les résultats n'étaient influencés ni par l'IMC (annexe 12-13) ni par le fait d'avoir répondu entre « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord » à la question : « Nous savons par des études qu'il existe une stigmatisation des personnes obèses dans la société et dans les soins de santé. Elles peuvent être décrites, dans la population générale comme des personnes fainéantes, incompetentes, qui manquent de volonté et de discipline. Etes-vous ? » (Annexe 14-15)

Tableau 4 : Pourcentage de l'adhésion des participant en fonction des différentes pathologies sur une échelle d'égalité entre MGO et MGNO

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt d'accord	Rarement d'accord	Rarement pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Pas de réponse
Adhésion symptôme grippaux	65.3	27.5	6	0	0	0	0	0	1.3
Adhésion pédiatrie	66.3	27.8	5	0	0	0	0	0	0.9
Adhésion Dépistage	63.4	29.7	5.6	0	0	0.3	0	0	0.9
Adhésion Maladie CV	58.4	25.6	11.3	1.6	0.3	1.9	0	0	0.9
Adhésion Perte de poids	45.3	22.8	14.7	4.7	0.3	7.2	2.5	0.6	1.9
Adhésion Conseil HD	50.3	25.0	14.4	2.5	0.3	4.7	1.6	0.3	0.3

7. Remarque d'un MGO à la suite de la non-compliance du patient

La réponse à la question : « Vous revenez trois mois plus tard après avoir refait une prise de sang. Vos résultats ne sont pas bons. Vous avouez au médecin ne pas avoir suivi ses recommandations. Le médecin a l'air agacé de votre réponse. Il vous réexplique l'importance d'une alimentation saine et de pratiquer du sport. Le médecin que vous consultez est obèse. Vous n'avez aucune pensée négative par rapport à la consultation et l'obésité du médecin » était pour le mode «plutôt pas d'accord» mais la médiane était située au niveau de «plutôt d'accord».

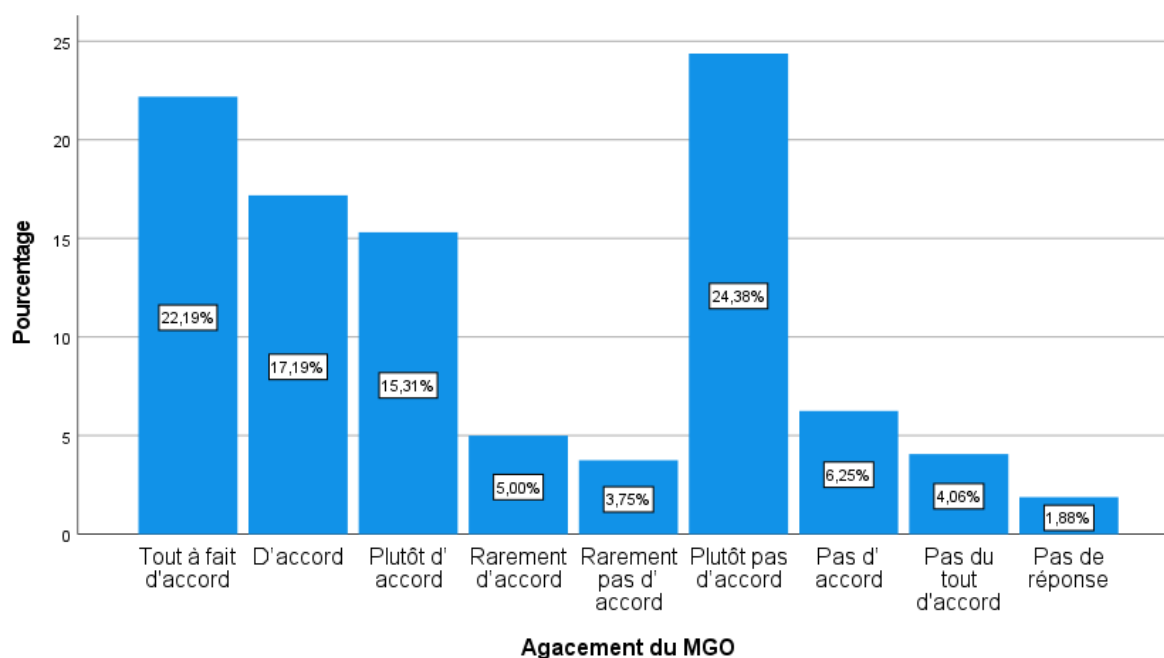


Figure 7 : Pourcentage de patient n'ayant pas des pensées négatives à la suite de l'agacement du MGO

IV. Discussion

1. Evaluation générale de l'étude

L'objectif de notre étude était d'évaluer le ressenti du patient par rapport à l'obésité du MG. Nous avons décidé de l'évaluer en fonction de différentes pathologies fréquentes en médecine générale. Nous pouvons constater que selon notre échantillon, aucune différence n'apparaît dans la confiance et l'adhésion des patients entre un MGO et un MGNO. Ces résultats sont restés les mêmes peu importe l'IMC des participants et leurs préjugés négatifs liés à l'obésité.

Notre échantillon était composé principalement de femme (77%). Elles étaient jeunes (57% de moins de 40 ans) et 54% avaient un IMC normal. Dans notre échantillon, plus de la moitié (53.6%) de la population avaient un IMC normal. Il est intéressant de noter que le surpoids (22.3%) était sous représenté et l'obésité (21%) était sur-représenté par rapport à la population de belge (2). Nous savons que le poids a tendance à augmenter avec l'âge (18). L'âge médian entre 25 et 30 ans de notre population pourrait expliquer le pourcentage inférieur du surpoids.

A contrario, le surpoids et l'obésité des MG de nos participants étaient inférieurs aux valeurs de la population générale ce qui contredit une autre étude (3).

Il est intéressant et rassurant pour la santé publique de constater que 90% de notre échantillon avait un MG. 90 % de ceux qui n'en ont pas avaient moins de 30 ans. (Annexe 7) Cela est probablement expliqué par un suivi médical moins régulier durant le jeune âge qui se traduit par une moindre nécessité d'avoir un MG.

Les participants estimaient aller moins de 5x/an chez le MG (tableau 1). Le mode ou item le plus choisi était le même pour chaque tranche d'âge. Il est étonnant de constater que le nombre de visites chez le MG n'augmente pas avec la tranche d'âge. Evidemment, le mode se fait sur un nombre différent de participants et donc le poids statistique est différent. Par exemple, une généralité a été faite à partir d'un seul participant dans la tranche d'âge supérieur à 80 ans.

Dans mon étude, ni le poids du MG (figure 4) ni celui du patient (figure 5) n'influençait le choix de son médecin traitant. La mise en perspective de l'étude avec la recherche de la littérature

décrivait un résultat divergent. Les résultats indiquaient une tendance à changer de MG si celui-ci était obèse (13). Ce n'était pas le cas dans notre étude.

La majorité de notre échantillon (92%) ne pensait pas que l'obésité du MG puisse être un frein à un examen physique.

Le préjugé négatif des participants a essayé d'être évalué à l'aide de deux questions. Une première question qui tentait d'évaluer le biais explicite³. Dans notre cas, nous l'avons évalué par l'avis du participant sur la représentation des PO d'après une étude. Les mots utilisés étaient sévères par rapport aux PO : « Elles peuvent être décrites, dans la population générale comme des personnes fainéantes, incompetentes, qui manquent de volonté et de discipline. Le mode était « pas du tout d'accord ». 67% se trouvait entre « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord ».

La deuxième question voulait évaluer le biais implicite⁴. Nous l'avons évalué en proposant une question introspective sur le fait d'avoir déjà eu des pensées grossophobes. Nous avons remarqué, qu'inconsciemment, des préjugés négatifs ressurgissaient, la proportion s'inversait : 65% des participants reconnaissaient donc avoir déjà eu des pensées grossophobes. Nous avons pu constater que ce biais inconscient était proportionnellement semblable, peu importe la réponse répondue à la question précédente (tableau 2). Ce biais implicite et explicite étaient aussi présents chez les étudiants en première année de médecine (7).

Ce biais négatif était le plus souvent présent dans les magasins ou au sport.

Les vignettes cliniques de médecine générale ont été pensées pour que les participants se mettent en situation. De cette manière, nous pensions que les patients/participants seraient plus à même de répondre en faisant une introspection puisqu'ils seraient confrontés à une « certaine réalité » ce qui n'aurait pas été possible si nous avions mis des questions plus générales comme « Avez-vous confiance dans les conseils d'un MGO dans la gestion de la perte de poids ? ». Nous avons décidé de prendre 6 prises en charge que nous trouvions représentatives mais non-exhaustives du travail quotidien d'un MG : la prise en charge de maladies virales, de la pédiatrie, du dépistage, de maladies cardiovasculaires, de la perte de poids et des conseils hygiéno-diététiques. Nous avons testé ces vignettes cliniques avec deux thématiques : la confiance et l'adhésion à la prise en charge des patients/participants.

³ Conscient

⁴ Automatique, inconscient

Au niveau de la confiance nous avons constaté qu'elle était globalement similaire entre les six pathologies « étudiées ». Le mode ou l'item choisi le plus de fois était « tout à fait d'accord ». C'est-à-dire que la population étudiée estimait avoir une confiance similaire entre un MGO et un MGNO. Bien que cet item soit le plus représenté dans chacune des vignettes, les pourcentages du choix du mode n'étaient pas les mêmes. En effet, une différence de 24% existe par exemple entre la vignette « confiance : pédiatrie » et « confiance perte de poids » avec respectivement 66% et 47.2% (tableau 3) Cela étant dit, les items allant de « tout à fait d'accord » à « plutôt d'accord » regroupaient 98,1% et 80% des réponses. Nous avons pu conclure que la population de l'échantillon avait autant confiance en un MGO qu'un MGNO. La formulation des questions ne nous permettait pas de déterminer si les personnes ayant répondu "pas d'accord" avaient un niveau de confiance supérieur ou inférieur en un MGO qu'en un MGNO.

Les résultats divergeaient avec les études de notre recherche de la littérature. En effet, une étude décrivait une moindre confiance des patients envers les médecins généralistes obèses ou en surpoids et particulièrement lorsque cela concernait la gestion du poids (12). Une seconde étude décrivait les MGO comme moins crédibles et les patients avaient un niveau de confiance inférieur par rapport à un MGNO (13) Nos résultats se rapprochaient de cette étude (14) qui décrivait une confiance des patientes en surpoids ou obèses peu importe l'IMC du MG. Celle-ci montrait aussi que les patientes avaient une confiance plus importante dans les conseils de perte de poids des médecins en surpoids. Notre étude ne permet pas d'évaluer cette donnée.

Au niveau de l'adhésion à la prise en charge, nous avons constaté qu'elle était globalement similaire entre les six pathologies « étudiées ». Le mode était « tout à fait d'accord ». C'est-à-dire que la population étudiée estimait adhérer aux prises en charge d'un MGO de la même manière qu'avec un MGNO. Bien que cet item soit le plus représenté nous avons constaté que les pourcentages n'étaient pas les mêmes. En effet, une différence de 21% existe par exemple entre la vignette « Adhésion : pédiatrie » et « Adhésion : perte de poids » avec respectivement 66% et 47.2% (tableau 4) Cela étant dit, les items allant de « tout à fait d'accord » à « plutôt d'accord » comprenaient 99% et 82.8%. Nous avons pu conclure que la population de l'échantillon adhérait de la même manière à la prise en charge par un MGO ou par un MGNO.

Les résultats divergeaient par rapport à notre recherche de la littérature. Cette étude (13) décrivait les patients moins enclins à suivre les conseils médicaux si le médecin était obèse. Cette autre étude (11) décrivait que si le MG était obèse, les patients estimaient que ses conseils étaient moins crédibles, moins motivants et moins digne de confiance.

Pour nos deux thématiques - confiance et adhésion- les résultats étaient les mêmes quel que soit l'IMC des patients (annexe 8,9,12,13) ce qui était similaire cette étude (13) et ne différaient pas en fonction du préjugés négatifs sur les PO (annexe 10,11,14,15) ce qui était différent de cette même étude.

Les résultats de notre étude étaient donc rassurant sur la non-stigmatisation des MGO. En effet, celui-ci ne modifierait pas la relation médecin-patient qui est primordiale dans notre métier. La confiance est à la base du changement de comportement. Il est intéressant de voir que les patients restaient compliants également sur les conseils de perte de poids qui aurait pu être, après les recherches de la littérature, moins évidents.

Il est aussi pertinent de constater que les participants qui répondaient en tant que patients, n'avaient pas de pensées négatives à l'égard des MGO malgré le fait qu'ils ont pu avoir des pensées discriminantes à l'égard des PO. Une des hypothèses possibles pour expliquer cette différence est que les participants de l'étude font une distinction entre l'apparence et l'obtention du diplôme de médecine. Il est possible que vu la réponse à la question sur le biais explicite envers les personnes obèses qui était répondue en grande majorité (66%) négatives, les participants étaient sensibilisés à la grossophobie et essayait de ne pas avoir de biais négatifs envers les PO. De plus, vu l'âge jeune des répondants, nous pourrions supposer qu'ils sont sensibilisés à la grossophobie par le biais d'Instagram et des comptes prônant le body positive.

Cette étude (15) décrivait que les médecins eux-mêmes considéraient que l'obésité du MG était un frein pour les patients à suivre les conseils en matière de perte de poids. Selon notre étude, la compliance des patients était la même pour un MGO que pour un MGNO. Cela est rassurant et surtout positif vu l'importance du travail de promotion de la santé et le rôle que le MG a à jouer dans l'endiguement de l'épidémie de l'obésité, par exemple. Les patients de cette étude savaient distinguer les compétences médicales de l'apparence physique du MG. Dans les études réalisées en Outre Atlantique, l'obésité du MG semblait être un problème dans la relation avec les patients, ce qui n'était pas le cas dans notre étude.

Il est évident qu'il faudrait évaluer si les résultats seraient similaires avec un échantillon plus diversifié comprenant une population plus âgée, avec un niveau d'étude plus faible et une proportion d'hommes plus importante. Notre échantillon est composé de peu de personnes en surpoids par rapport à la population belge, il serait intéressant de constater si les réponses seraient les mêmes avec un échantillon regroupant une proportion plus importante de personnes en surpoids. La compassion du médecin traitant n'a pas été évaluée dans ce TFE, cela pourrait être intéressant pour la suite. De plus, même si la grande majorité de notre échantillon a une confiance égale entre MGO et MGNO, une petite partie n'était pas d'accord avec cela. Il serait intéressant de voir s'ils sont plus ou moins confiants et de connaître leurs raisons à l'aide d'une étude qualitative, par exemple. Le sujet n'est pas clos et de nombreuses perspectives existent encore.

Limite de l'étude.

La non-représentativité de l'échantillon peut être critiquée. Si nous nous référons au chiffre du pourcentage homme-femme vivant en Fédération Wallonie Bruxelles (19), la répartition homme-femme n'était pas respectée avec une population féminine surreprésentée. L'âge de l'échantillon était également jeune avec la majorité des participants ayant moins de 40ans. Cela peut être expliqué par le biais de diffusion comme exposé dans la partie méthodologie du travail. Le niveau d'étude de type supérieur court et long était aussi surreprésenté : dans la population générale 37% détiennent un diplôme de niveau supérieur contre 80 % dans notre échantillon (19). Cela peut être expliqué par l'âge jeune de notre échantillon, la proportion d'obtention de diplôme supérieur est plus importante chez la jeune génération. Sur notre échantillon, notre dernier biais est l'IMC des participants. En me référant aux chiffres de Sciensano (2), le BMI dit « normal » et l'obésité sont surreprésentés tandis que le surpoids est sous-représenté.

En ce qui concerne le questionnaire, des biais de méthodologie ont été identifiés. L'échelle d'évaluation pour la confiance et l'adhésion a été établie sur le principe d'une échelle de Likert. Nous avons constaté qu'une échelle avec moins d'items aurait été plus simple à analyser et aurait permis aux participants d'être moins dispersés. Nous avons pris la décision de ne pas mettre d'item neutre. Ce choix peut être discutable. Nous voulions obliger le participant à se positionner.

La formulation de la question des pathologies fréquentes permet d'évaluer uniquement une égalité entre le MGO et le MGNO. Lorsque les participants répondent qu'ils ne sont « pas d'accord », nous ne pouvons pas savoir s'il estime avoir un niveau de confiance supérieur ou inférieur en un MGO par rapport à un MGNO. C'est un biais grossophobe implicite dont nous ne sommes pas rendus compte en écrivant le questionnaire. Pour nous, si la réponse était « pas d'accord », le participant avait moins confiance. Cette section permettait de laisser un commentaire, les réponses des participants montrent qu'ils ont également compris la question avec ce biais implicite. Ceci peut être expliqué par le titre de l'étude qui a pu influencer négativement les participants. En effet, en posant la question, nous indiquons qu'il pourrait y avoir un problème ce qui peut influencer inconsciemment les participants.

La dernière question voulait évaluer le ressenti du patient face à un MGO insatisfait du suivi du patient. Elle est écrite comme suite : « Vous revenez trois mois plus tard après avoir refait une prise de sang. Vos résultats ne sont pas bons. Vous avouez au médecin ne pas avoir suivi ses recommandations. Le médecin a l'air agacé de votre réponse. Il vous réexplique l'importance d'une alimentation saine et de pratiquer du sport. Le médecin que vous consultez est obèse. Vous n'avez aucune pensée négative par rapport à la consultation et l'obésité du médecin. »

La manière dont nous l'avons écrite, peut faire penser que nous voulions évaluer l'agacement du MG. Nous aurions dû faire deux vignettes différentes, une où le MGO est neutre et une autre où le médecin est agacé pour pouvoir comparer les deux groupes. De cette manière, nous aurions pu évaluer si c'était l'obésité du MG ou la manière dont il s'exprime qui peut provoquer des pensées négatives chez les patients en cas de réflexion sur leur non-compliance.

En dernier lieu, notre étude est une étude transversale qui analyse des associations et non des inférences. En effet, l'analyse statistique de notre étude est uniquement descriptive. Une étude statistique inférentielle aurait pu être envisagée avec le test de Mann Whitney ou le test de Kruskal-Wallis. Pour cela, il aurait été préférable de faire un questionnaire qui interrogeait le poids des médecins comme variable indépendante (normal, surpoids, obèse) et les faire comparer aux mêmes questions. Nous aurions pu également utiliser le test du Khi carré en simplifiant les données de l'échelle de Likert. Nous aurions dû les regrouper en deux catégories nominales. Nous aurions alors perdu une précision mais nous aurions pu mettre en évidence des différences significatives.

Force de l'étude

La force de notre étude est qu'elle est originale. Le sujet est peu étudié.

L'anonymisation des participants a, nous l'espérons, permis au patient de se sentir libre de répondre sans peur du jugement. En effet, les participants auraient pu se retenir en répondant aux questions à cause de la « bien-pensance » or nous voulions que les patients se sentent libres afin de pouvoir améliorer la relation thérapeutique. Ce biais aurait aussi pu être présent dans une étude qualitative.

V. Conclusion

En conclusion, nous pouvons dire que la population de cet échantillon avait la même confiance dans un MGO que dans un MGNO. Ils adhéraient de la même manière à la prise en charge d'un MGO par rapport à un MGNO. Les réponses sont restées les mêmes peu importe l'IMC du participant et ses préjugés négatifs liés au poids. Il serait intéressant de voir si les résultats seraient les mêmes avec un échantillon plus diversifié notamment au niveau du niveau d'étude, de l'IMC et du sexe des participants. D'autres perspectives pour étudier l'impact du poids du MG sur la relation médecin-patients peuvent être envisagées.

VI. Bibliographie

1. WHO | World Health Organization [En ligne]. **Obésité et surpoids** ; [consulté le 5 mars 2023]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=kg/m2.,Adultes,égal%20ou%20supérieur%20à%2030>.
2. L. Gisle, S. Drieskens, R. Charafeddine, S. Demarest, E. Braekman, D. Nguyen, J. Van der Heyden, F. Berete, L. Hermans, J. Tafforeau. Enquête de santé 2018 : Style de vie. Résumé des résultats. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de dépôt : D/2019/14.440/61.[En ligne].[consulté le 5 mars 2023]. Disponible : www.enquetesante.be.
4. Kyle RG, Wills J, Mahoney C, Hoyle L, Kelly M, Atherton IM. Obesity prevalence among healthcare professionals in England: a cross-sectional study using the Health Survey for England. *BMJ Open*. 2017 Dec 4;7(12):e018498. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018498. PMID: 29203505; PMCID: PMC5719305.
5. Puhl RM, Andreyeva T, Brownell KD. Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *Int J Obes*. juin 2008;32(6):9921000.
6. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, Davidson D, Sanderson RS, Allison DB, Kessler A. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res*. 2003 Oct;11(10):1168-77. doi: 10.1038/oby.2003.161. PMID: 14569041.
7. Wigton RS, McGaghie WC. The effect of obesity on medical students' approach to patients with abdominal pain. *J Gen Intern Med*. 2001 Apr;16(4):262-5. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016004262.x. PMID: 11318928; PMCID: PMC1495198.
8. 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 Apr;16(4):319-26. doi: 10.1111/obr.12266. Epub 2015 Mar 5. PMID: 25752756; PMCID: PMC4381543.
9. Rolfe A, Cash-Gibson L, Car J, Sheikh A, McKinsty B. Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 3. Art. No.: CD004134. DOI: 10.1002/14651858.CD004134.pub3
10. Marzano M. Chapitre III. Consentement du patient et éthique médicale : du paternalisme à l'autonomie. In: *Je consens, donc je suis...* [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2006. p. 75128. (Hors collection). Disponible sur:
11. Fraser SE, Leveritt MD, Ball LE. Patients' perceptions of their general practitioner's health and weight influences their perceptions of nutrition and exercise advice received. *J Prim Health Care*. 2013 Dec 1;5(4):301-7. PMID: 24294618.
12. Hash RB, Munna RK, Vogel RL, Bason JJ. Does physician weight affect perception of health advice? *Prev Med*. 2003 Jan;36(1):41-4. doi: 10.1006/pmed.2002.1124. PMID: 12473423.

13. Puhl RM, Gold JA, Luedicke J, DePierre JA. The effect of physicians' body weight on patient attitudes: implications for physician selection, trust and adherence to medical advice. *Int J Obes (Lond)*. 2013 Nov;37(11):1415-21. doi: 10.1038/ijo.2013.33. Epub 2013 Mar 19. PMID: 23507996
14. Bleich SN, Gudzone KA, Bennett WL, Jarlenski MP, Cooper LA. How does physician BMI impact patient trust and perceived stigma? *Prev Med*. 2013 Aug;57(2):120-4. doi: 10.1016/j.ypmed.2013.05.005. Epub 2013 Jun 4. PMID: 23743418; PMCID: PMC3745018.
15. Alnasiri ASA, Alruwaili NM. Influence of physicians' BMI on counseling practice for obesity in primary health care clinics in Aljouf region, Saudi Arabia. A cross-sectional study. *J Family Med Prim Care*. 2021 Nov;10(11):4143-4146. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_700_21. Epub 2021 Nov 29. PMID: 35136780; PMCID: PMC8797116.
16. Bleich SN, Bennett WL, Gudzone KA, Cooper LA. Impact of physician BMI on obesity care and beliefs. *Obesity (Silver Spring)*. 2012 May;20(5):999-1005. doi: 10.1038/oby.2011.402. Epub 2012 Jan 19. PMID: 22262162; PMCID: PMC3645927.
17. WONCA Europe - World family doctors. [En ligne]Caring for people. (2011). *The European definition of General Practice / Family Medicine* [consulté le 5 mars 2023]. Disponible : https://dumg.univparis13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf
18. Vers une Belgique en bonne santé.[En ligne].[consulté le 10 avril 2023].Disponible sur : [https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/statut-ponderal#:~:text=L'augmentation%20commence%20plus%20%C3%B4t,chez%20les%20femmes%20\(20%25\).](https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/statut-ponderal#:~:text=L'augmentation%20commence%20plus%20%C3%B4t,chez%20les%20femmes%20(20%25).)
19. La Fédération Wallonie-Bruxelles en chiffres, Edition 2016[En ligne].[consulté le 10 avril 2023]. Disponible sur : http://www.directionrecherche.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=7c9fbb46a82bd8d09e9781984b54159c770a3908&file=fileadmin/sites/sr/upload/sr_super_editor/sr_editor/documents/statistiques/CC2016_complete.pdf

VII. Annexes

Annexe 1 : Décision GEIMG

Annexe 2 : Décision de la commission éthique de Saint-Luc

Annexe 3 : Affiche et Flyers

Annexe 4 : Questionnaire

Annexe 5 : Tableaux Caractéristiques sociodémographiques des participants

Annexe 6 : Tableau caractéristiques des soins de santé consommés par le patient

Annexe 7 : Répartition répondants ayant ou n'ayant pas de médecin traitant en fonction de l'âge.

Annexe 8 : Tableau croisé entre l'IMC de la population de l'échantillon et la vignette « confiance : pédiatrie »

Annexe 9 : Tableau croisé entre l'IMC de la population de l'échantillon et la vignette « confiance : la perte de poids »

Annexe 10 : Tableau croisé entre les réponses à la question : « Il existe une stigmatisation des personnes obèses dans la société et dans les soins de santé. Elles peuvent être décrites, dans la population générale comme des personnes fainéantes, incompétentes, qui manquent de volonté et de discipline. Etes-vous ? » et la vignette « confiance : pédiatrie »

Annexe 11 : Tableau croisé entre les réponses à la question : : « Il existe une stigmatisation des personnes obèses dans la société et dans les soins de santé. Elles peuvent être décrites, dans la population générale comme des personnes fainéantes, incompétentes, qui manquent de volonté et de discipline. Etes-vous ? » et la vignette « confiance : perte de poids »

Annexe 12 : Tableau croisé entre l'IMC de la population de l'échantillon et la vignette « adhésion : pédiatrie »

Annexe 13 : Tableau croisé entre l'IMC de la population de l'échantillon et la vignette « adhésion : la perte de poids »

Annexe 14 : Tableau croisé entre les réponses à la question : : « Il existe une stigmatisation des personnes obèses dans la société et dans les soins de santé. Elles peuvent être décrites, dans la population générale comme des personnes fainéantes, incompétentes, qui manquent de volonté et de discipline. Etes-vous ? » et la vignette « Adhésion : pédiatrie »

Annexe 15 : Tableau croisé entre les réponses à la question : : « Il existe une stigmatisation des personnes obèses dans la société et dans les soins de santé. Elles peuvent être décrites, dans la population générale comme des personnes fainéantes, incompétentes, qui manquent de volonté et de discipline. Etes-vous ? » et la vignette « adhésion : perte de poids »