



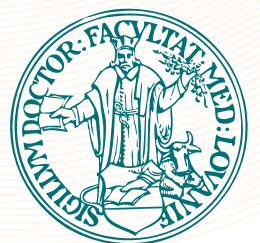
Interview
Professeur Jean-Paul Thissen

Médecine et Santé Publique
Prise en charge de l'obésité

Opinions
La Grossophobie

Art et médecine
Fernando Botero

Livre lus
Les métamorphoses du gras
G. Vigarello



AMA CONTACTS 125 MAI 2023

EDITORIAL

L'obésité, un problème majeur de santé publique
Martin Buyschaert..... 292

INTERVIEW

Professeur Jean-Paul Thissen
Maurice Einhorn..... 293

MÉDECINE ET SANTÉ PUBLIQUE

Prendre en charge le poids du patient et le poids
du regard du médecin, une approche salutaire et
incontournable de santé publique
Thys Frédéric 295

OPINIONS

La Grossophobie
Maurice Einhorn..... 299

ART ET MÉDECINE

Fernando Botero : le colosse de l'art moderne,
le Picasso Colombien
Chantal Daumerie 301

LIVRE LUS

Georges Vigarello :
Les métamorphoses du gras
Histoire de l'obésité
Jean-Claude Debongnie..... 303

EDITORIAL

L'obésité, un problème majeur de santé publique

Ce numéro de printemps de l'Ama Contacts est consacré à l'obésité. Le comité de rédaction de la Revue a ciblé une approche originale de ce problème majeur de santé en l'abordant sous l'angle « médico-médical » mais aussi à travers le prisme sociétal.

L'obésité, comme l'explique clairement J.P. Thissen, est associée au développement d'une palette de complications avec, parmi d'autres, le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires et/ou la stéatose hépatique, avec leurs tristes conséquences.

F. Thys, avec talent, revisite dans son article la relation thérapeutique complexe avec les patients souffrant d'obésité, encore trop souvent stigmatisés dans notre société contemporaine.

Car l'obésité est aussi en lien aujourd'hui avec des confits davantage « psychosociaux », comme remarquablement décrit par M. Einhorn qui aborde sans tabou le concept de « grossophobie ». Avec d'une part, des protagonistes comme K. Lagerfeld de la « minceur-mannequin » et d'autre part, des associations et mouvements, en particulier en France, dont l'objectif est de « réhabiliter » l'obésité.

La surcharge de poids, avec ses formes généreuses et voluptueuses a fait la réputation – brillante – de F. Botero et de son œuvre. C. Daumerie nous introduit dans ses compositions et créations où elle retrouve « à côté de l'orgie d'obésité une douceur invisible ».

Quant à J.C. Debongnie, dont nous connaissons le tropisme pour l'histoire, il nous fait découvrir à travers les écrits de G. Vigarello « les métamorphoses du gras » avec changements de regards et d'approche au cours des temps – et civilisations – qui passent...

Bref, nous vous proposons un Ama Contacts qui ne laissera aucun lecteur indifférent.

Merci de tout cœur à celle et ceux qui ont permis de le réaliser avec brio. N'hésitez pas à nous envoyer vos commentaires.

Martin Buyschaert

AMA CONTACTS

Bulletin des médecins anciens
de l'Université catholique de Louvain

*BUREAU

Martin Buyschaert, Jean-Claude Debongnie, Carl Vanwelde, Chantal Daumerie,
Daniel Vanthuyne, Yves Pirson, Maurice Einhorn, Frédéric Thys, C. Brohet

EDITEUR RESPONSABLE

Martin Buyschaert
Avenue E. Mounier 52, Bte B1.52.15 – 1200 Bruxelles

Les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

Nous appliquons la nouvelle orthographe, grâce au logiciel Recto-Verso développé par les linguistes informaticiens du Centre de traitement automatique du langage de l'UCLouvain (CENTAL).

COUVERTURE

Tableau d'André Goffinet représentant un « diagramme de Voronoi »

Professeur Jean-Paul Thissen

Maurice Einhorn



L'obésité, du fait de ses nombreuses complications graves et de son caractère de facteur de risque majeur représente aujourd'hui et de plus en plus un problème de santé publique particulièrement préoccupant en termes d'effets délétères sur le plan médical, mais également sur le plan budgétaire. On estime qu'aux Etats-Unis, où la prévalence de ce fléau peut être qualifiée d'énorme (voir encadré ci-dessous), les coûts liés à l'obésité se sont élevés en 2019 à près de 173 milliards de dollars, soit près de 162 milliards d'euros, les coûts médicaux pour les patients obèses étaient supérieurs de 1861 dollars par an en comparaison des sujets non obèses, selon les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC).

C'est pour faire le tour de ce problème inquiétant que nous sommes allés éclairer notre lanterne auprès d'un orfèvre en la matière, le professeur Jean-Paul Thissen, de l'UCLouvain et qui a notamment mis sur pied une consultation d'obésité.

Si la notion d'IMC (indice de masse corporelle) ou BMI (Body Mass Index) est intéressante sur le plan épidémiologique, elle fait l'objet d'un nombre croissant de critiques et ne s'utilise plus guère pour la prise en charge individuelle. « *Ce que l'on fixe en général comme objectif du traitement, c'est la recherche d'un meilleur équilibre alimentaire, un traitement des comorbidités éventuelles et une perte de 10% du poids de départ, ainsi que la prévention des récives* », fait remarquer le Pr Thissen. 80% de ses patients sont des femmes et contrairement à ce que l'on pourrait penser, les cas de celles qui ont un poids parfaitement normal et souhaitent malgré tout maigrir sont assez rares. Il fait par ailleurs remarquer que, plus peut-être que l'IMC c'est le périmètre abdominal qui est important à surveiller pour évaluer le risque cardiométabolique.

On sait que l'obésité représente un facteur de risque important pour toute une série de pathologies parfois lourdes. « *Le diabète de type 2 constitue de très loin le risque numéro un lié à l'obésité. La perte de poids au contraire réduit rapidement et nettement ce risque, ce qui est sensiblement moins le cas pour les autres pathologies favorisées par l'obésité, comme l'hypertension ou les maladies cardiovasculaires par exemple* ». Pour ce qui de ces autres risques liés à l'obésité le Pr Thissen cite notamment les maladies du foie, ce qui est moins connu et qui peut aller jusqu'à la cirrhose hépatique chez des sujets ne buvant que peu ou pas d'alcool et même le cancer du foie. « *Les hépatologues américains nous disent que le motif majeur de transplantation hépatique est désormais la cirrhose due à l'obésité* ». Et de citer encore, parmi d'autres de ces complications les problèmes ostéoarticulaires,

surtout au niveau des genoux et des hanches, l'apnée du sommeil ou les cancers, particulièrement celui du sein et celui de l'endomètre chez la femme ménopausée. En ce qui concerne la prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité en Belgique on peut dire qu'un adulte sur deux présente une surcharge pondérale avec un IMC supérieur à 25 et entre 15 et 20% sont en obésité. Une question intrigante est celle des raisons pour lesquelles il y a véritablement eu une explosion du nombre de cas d'obésité depuis quelques décennies, naguère assez peu fréquents. Les données de l'OMS nous apprennent en effet que le nombre de cas d'obésité au niveau mondial a triplé depuis 1975 et que 1,9 milliards de personnes dans le monde présentent une surcharge pondérale. Si on cite souvent la consommation excessive de boissons sucrées (*soft drinks*) comme facteur causal à cet égard, les raisons de cette explosion sont multifactorielles, souligne le Pr Thissen. « *La nourriture joue un rôle essentiel à cet égard, avec des aliments bon marché, à l'aspect appétissant, que l'on ingurgite à tout moment de la journée, que l'on consomme souvent dans des restaurants et des cantines, le fast food, les aliments ultra-transformés, tout cela intervient à ce niveau. Il est important de se rappeler que plus la nourriture est bon marché, ce qui est de plus en plus souvent le cas, moins sa qualité nutritionnelle est bonne et plus elle est riche en calories. En fait, la faim a deux aspects, l'un, classique, homéostatique, l'autre hédonique, dépendant du système limbique et qui fait que l'on mange sans nécessité physiologique. Cette dernière prend de plus en plus le pas sur les mécanismes physiologiques* ».

Pour ce qui concerne les traitements de l'obésité, il faut évidemment que le patient n'attribue pas sa cause à une fatalité contre laquelle on ne pourrait rien faire mais qu'il accepte une véritable prise en charge médicale. Quant aux succès des traitements ils ne sont pas spectaculaires. « *On estime que 20% environ des patients concernés atteignent une perte de poids de 10% et la maintiennent pendant un an. Dans les échecs on a, d'une part les patients qui n'arrivent à perdre suffisamment de poids et, d'autre part ceux qui regagnent progressivement les kilos perdus. Les études montrent par ailleurs qu'il ne suffit pas de corriger les erreurs alimentaires commises au départ pour régler le problème. Tout ceci fait qu'il est très difficile de perdre du poids de façon durable* ».

L'exercice physique, souvent prôné, joue un rôle secondaire dans cette prise en charge, d'autant que pour le sujet réellement obèse, la pratique du sport est plus difficile, voire

parfois quasi-impossible. Pour maintenir son poids une fois l'objectif de réduction de celui atteint, par contre, l'exercice physique est probablement indispensable.

En ce qui concerne le traitement chirurgical, on ne pose pratiquement plus d'anneau gastrique, mais on recourt surtout au bypass gastrique ou à la sleeve gastrectomie, dans laquelle ce qui reste de l'estomac devient un prolongement en ligne droite de l'œsophage. Les dangers liés à la chirurgie bariatrique

sont limités si le patient est médicalement bien suivi, mais deux risques existent bel et bien, à savoir la reprise du poids et, par un mécanisme qui n'est pas très clair, l'alcoolisme. Du côté des médicaments, enfin, on a notamment les analogues du GLP-1, utilisés dans le traitement du diabète de type 2 et toute une série de nouvelles molécules qui s'annoncent.

Les chiffres effrayant de l'obésité aux Etats-Unis

Plus de 2 adultes sur 5 ainsi que 1 enfant et adolescent (2 à 19 ans) sont obèses

Environ 1 adulte sur 11 ainsi que 1 enfant et adolescent sur 16 souffre d'une obésité sévère

(Chiffres du National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES))

Prendre en charge le poids du patient et le poids du regard du médecin, une approche salutaire et incontournable de santé publique

Thys Frédéric, MD, PhD^{1,2,3}

En 2023, si l'obésité est reconnue comme une maladie chronique associée à de nombreuses complications de santé physique, de mal-être psychosocial et de mortalité accrue, il est pertinent de constater également que, contrairement à d'autres pathologies, sa représentation sociale ajoute une complexité accrue pour les personnes qui en souffrent¹. Dans ce contexte, le rôle du médecin est essentiel pour accompagner ces patients dans la prise en compte de leur excès pondéral et pour les aider dans le contrôle de leur poids. Or, il s'avère que certaines attitudes dans le corps médical et soignant peuvent être à l'origine de détresse et d'évitement des soins, de méfiance à l'égard des médecins et d'un manque d'assiduité thérapeutique chez les patients atteints d'obésité². L'apparition dans le dictionnaire du terme « Grossophobie » en 2019 a été perçue par une partie des acteurs de la santé comme une réhabilitation de l'obésité avec le risque d'occulter l'importance du problème médical individuel et en terme de santé publique de l'obésité ainsi que son impact budgétaire³. Afin d'éviter tout clivage délétère à l'ensemble, il me semble utile d'essayer humblement dans la suite de cet article d'explorer les aléas actuels de la relation thérapeutique et des soins à ces patients, de tenter de comprendre leurs fondements afin d'améliorer l'alliance thérapeutique avec ces personnes dans leur singularité et donc leur prise en charge.

L'excès pondéral et sa représentation sociale à travers les époques

Le Moyen-Âge est une parenthèse valorisante pour les personnes corpulentes (à condition de pouvoir combattre ou monter à cheval) car synonyme de force et de situation sociale permettant de résister aux famines^{4,5}. Toutefois, au milieu du XVII^{ème} siècle, lorsque le mot « obésité » fait son apparition en France, son origine étymologique à savoir « obedere » ne laisse planer aucune ambiguïté sur sa connotation négative puisque ce verbe latin signifie dévorer ou trop manger. Il en va de même pour le terme surpoids qui évoque le surplus pondéral. Les mots utilisés influencent directement les représentations sociales⁶. Or, dans chaque société, ces représentations correspondent à un ensemble de croyances et de valeurs qui façonne la manière de percevoir et d'interagir avec autrui. Ainsi, de manière inconsciente, ces représentations fixent des règles du jeu social sur

base d'expériences préalables ou de modèles attendus de conduites ou de pensées qui sont intégrés par tous les intervenants de nos sociétés⁷. Le corps médical et soignant n'est pas épargné dans ce « rôle d'entrepreneur de morale » défini par le sociologue Howard Becker⁸. Ainsi, dès l'origine, l'excès pondéral évoque la pauvreté, la paresse, le manque de volonté et des pratiques alimentaires voraces et sans limite. Dès la renaissance, les discours médicaux légitiment la faiblesse de ces individus qui ne peuvent se prendre en main car depuis Hippocrate, la diététique est prônée comme un mode de vie qui s'opposent à la démesure. Dans le courant du XIX^{ème} siècle, la démocratisation des miroirs (connus par l'aristocratie dès le XV^{ème} siècle) modifie la perception de soi et initie probablement la volonté de se comparer aux autres et de modifier sa silhouette⁷. Enfin, de l'ère industrielle à nos jours, le souci de la performance et la médicalisation de l'obésité vont conduire à combattre les excès de graisse tant au niveau corporel que dans la nourriture⁹.

Les discriminations sociales contemporaines des personnes obèses

Dès lors, les personnes obèses sont stigmatisées, par notre société contemporaine où règne le culte de la minceur véhiculé par divers canaux et sans retenue par certaines célébrités. Elles finissent par intérioriser les croyances stéréotypées négatives véhiculées sur les causes de l'obésité tels que le fait d'être faible et sans contrôle de soi. Cette intériorisation accentue la problématique car une corrélation positive existe entre le nombre de situations stigmatisantes vécues et la sévérité de l'obésité ce qui accentue le rôle « incontournable » de l'alimentation comme stratégie de compensation^{10, 11, 12}. C'est en 2017, suite à la sortie d'un ouvrage de Gabrielle Deydier¹³, que le néologisme « grossophobie », déjà présent dans les associations militantes de lutte contre les discriminations depuis les années 1990, désigne socialement l'ensemble des attitudes et des comportements hostiles qui discriminent les personnes grosses, en surpoids ou obèses. Ainsi, si socialement et professionnellement, les personnes obèses vivent difficilement leurs conditions, il semble légitime de s'interroger sur leur vécu au sein du secteur des soins de santé.

La relation thérapeutique à l'épreuve des préjugés des acteurs de la santé

Au sein du système des soins de santé, certaines attitudes peuvent être à l'origine de détresse et d'évitement des soins, de méfiance à l'égard des médecins ou du personnel soignant et d'un manque d'assiduité thérapeutique chez les patients atteints d'obésité.

Plusieurs études (dont certaines déjà anciennes) objectivent ainsi le fait que les étudiants en médecine ont de réels préjugés vis-à-vis des personnes obèses qu'elles jugent peu attrayantes, peu susceptibles d'être attentives aux conseils diététiques prodigués voir, pour 28 % des étudiants interrogés, paresseuses^{14,15,16}. De nombreux témoignages de patients obèses rapportent une résistance du corps médical à les prendre en charge pour un problème spécifique (asthme, bilan gynécologique, etc.) et rapportent des commentaires inappropriés par rapport à leur poids quel que soit le motif de la consultation¹⁷. Un fait interpellant est qu'il a été démontré que le corps médical est influencé directement par le poids du patient dans l'exercice de son art. En effet, davantage d'exams complémentaires sont prescrits pour ces patients et le temps passé en consultation s'avère inférieur aux autres patients¹⁸. Plus étonnant est le constat que, même si ces attitudes médicales sont atténuées chez les spécialistes de l'obésité, elles restent malgré tout présentes^{19,20}. On retrouve ces attitudes également au sein d'une part, du monde soignant qui montre des disparités en termes de préjugés qui sont plus présents chez les plus jeunes soignants ou chez ceux qui n'ont pas eux-mêmes de surcharge pondérale^{21,22,23} mais d'autre part, au sein de tous les acteurs qui interagissent avec ces patients de l'accueil administratif à la prise en charge psychologique, sociale ou diététique^{24,25}.

L'étiologie de ces attitudes des acteurs de la santé n'est pas univoque mais pourrait reposer sur un faisceau concordant de facteurs allant d'une perception biaisée des causes de cette pathologie aux difficultés liées au surpoids dans le quotidien des soins (actes techniques, absence de matériel spécifique et adapté pour l'imagerie, la manutention et les soins de base, absence de formation adaptée). Ces différents constats impactent tant le « cure » que le « care » en donnant aux acteurs de la santé ce sentiment déstabilisant de ne pas pouvoir offrir des soins de qualité à ces personnes^{26,27}. La fragilité de la personne obèse face à la pandémie que nous avons connue a mis en lumière les nombreux besoins d'adaptation de notre système de soins à cette problématique tels que le manque d'ambulances bariatriques, la difficulté de trouver des brancards ou des lits adaptés sans parler de l'inadaptation des structures des prises en charge des personnes décédées durant cette terrible période sanitaire.

Prendre en charge le poids du regard des acteurs de soins ne signifie pas réhabiliter l'obésité

Il semble légitime de se positionner sur le point suivant : la réhabilitation de l'obésité est un non-sens. En effet, il s'agit une maladie chronique complexe, évolutive et récidivante dans laquelle l'accumulation excessive de graisses corporelles est nuisible à la santé. Elle augmente le risque de complications médicales à long terme et réduit significativement la durée de vie des personnes qui en

souffrent²⁸. Sa prévalence ne cesse d'augmenter partout dans le monde depuis plusieurs décennies²⁹. La compréhension de cette maladie est croissante. Elle résulte de la combinaison de facteurs génétiques, métaboliques, comportementaux et environnementaux. Il est établi que les déterminants biologiques et le cerveau semblent au cœur de la régulation de l'apport alimentaire et des dépenses caloriques³⁰.

Loin de réhabiliter l'obésité, il est de plus en plus admis que l'objectif thérapeutique devrait être de contribuer à une amélioration de l'état de santé et du bien-être, et non seulement la perte de poids de ces patients^{31,32}.

La prise en charge médicale doit reposer, comme pour toute maladie, sur des principes fondés sur des données validées dans la gestion des maladies chroniques et il faut reconnaître humblement qu'elle ne semble pas gérée efficacement par nos systèmes actuels de santé à travers le monde^{33,34}.

Un parcours de soins adapté

Si la réhabilitation de l'obésité est un non-sens, l'enjeu actuel concerne plutôt la réhabilitation du parcours de soins de la personne qui souffre d'obésité. En effet, la stigmatisation de l'obésité par le monde soignant engendre l'évitement et altère le recours aux soins par ces patients qui retardent souvent tant des examens médicaux préventifs (mammographie, dépistages)² que parfois curatifs. Ce retard est sous-tendu par le vécu parfois jugeant de la consultation, l'épreuve de la pesée, le non verbal des soignants, les conseils péremptoirs de régime et l'absence de matériel adapté. La confiance de ces patients en un système de soins qui les jugent formellement ou informellement est souvent fragilisée. Cela diminue l'élan légitime à chercher de l'aide et entretient un cercle vicieux dans lequel ces patients semblent piégés³⁵.

Il y a donc une place pour amorcer une réflexion sur l'adaptation de nos comportements médico-soignants afin d'améliorer l'alliance thérapeutique avec ces personnes dans leur singularité. En tant qu'acteurs de soins, il serait porteur d'être à l'écoute et de valider le vécu de ces patients particuliers pour aller bien au-delà des approches simplistes qui consistent à encourager de manger moins et de bouger plus pour œuvrer en partenariat avec les personnes concernées sur les racines profondes de cette obésité.

Comprendre que ces patients ont besoin d'interventions fondées sur des approches personnalisées qui comprennent la thérapie nutritionnelle, l'activité physique, les approches psychothérapeutiques, la pharmacothérapie et la chirurgie dans une approche collaborative concertée où leurs attentes et leurs objectifs réalistes, viables sont partagés sans crainte et sans stigmatisation de leur surcharge pondérale^{36,37}.

Informé et se former au service de soins adéquats

En intégrant tous les éléments cités en amont, il semble pertinent de mettre en place une approche transdisciplinaire au service de ces personnes vivant avec l'obésité basée sur la lutte contre les préjugés et la stigmatisation, la compréhension des causes profondes de l'obésité, la promotion et le déploiement d'interventions comportementales centrées sur les patients et le traitement

approprié administré par des professionnels de la santé afin d'améliorer la qualité des soins et le bien-être de ces patients. La recherche, la formation, la prévention et la collaboration entre soigné et soignant sur les traitements proposés semblent indispensables³⁸. Une initiative intéressante de formation mise en place par certaines équipes consiste à immerger les acteurs de la santé dans le quotidien des patients obèses par des techniques de simulation hybride à l'aide d'une combinaison immersive mimant une obésité de 200 kg, à haute fidélité environnementale^{12,39}. Ce type de formation génère un discours empathique vis-à-vis de cette problématique chez trois quart des personnes formées. L'adaptation des structures hospitalières et l'acquisition de matériel adapté semblent un autre prérequis pour construire des itinéraires de soins qui auront un impact majeur tant au niveau individuel qu'au niveau de la santé publique et de son équilibre y compris budgétaire.

Conclusions

La qualité de la relation thérapeutique et donc des soins à ces patients semblent au cœur du chemin à parcourir tant pour le patient que pour le corps médical. Prendre en charge le poids du patient et le poids du regard du médecin semblent une approche salutaire et incontournable de santé publique. Modifier l'attitude de chaque acteur du système de soins vis à vis de la personne obèse est aussi un réel enjeu éthique. On dit souvent que le corps de l'obèse est une sorte de miroir sans tain sur lequel se projettent des représentations contradictoires. Conclure est donc loin d'être aisé mais ne pas modifier le point de vue du monde de la santé semble inapproprié au vu de l'ampleur des défis à relever dans ce domaine.

« Primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare » est plus que jamais au cœur de la prise en charge de ces personnes vivant avec l'obésité.

Bibliographie

- Fischler C, « La symbolique du gros », *Communications* 46, 1987, p. 255-278.
- Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, et al. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev* 2015;16(4):319–26.
- Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity (Silver Spring)* 2009;17(5):941–64.
- Nathan B., « A medieval medical view on obesity », *Obesity Surgery* 217-218 (2), 1992, p. 217-218.
- Vigarelo G., *Les Métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité du Moyen Âge au XXe siècle*, Paris, Seuil, 2010.
- Jodelet D., *Les Représentations sociales*, Paris, PUF, 1991, p. 36.
- Solenne Carof, *Grossophobie. Sociologie d'une discrimination invisible*, Paris, Maison des Sciences de l'Homme, coll. « Interventions », 2021.
- Howard Becker, *Les entrepreneurs de morale, Outsiders*, 1985 :171-188
- Fischler C., *L'Homnivore*, Paris, Odile Jacob, 1990.
- Jung FU, Luck-Sikorski C. Overweight and Lonely? A Representative study on loneliness in obese people and its determinants. *Obes Facts* 2019;12(4):440–7.
- Puhl RM, Brownell KD. Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity* 2006;14(10):1802–15.
- Folope V, *Grossophobie dans le monde soignant, une réalité à combattre. Soins* 2021 ; 858 : 22-24.
- DeyDier G., *On ne naît pas grosse*, Paris, Éditions Goutte d'Or, 2017.
- Budd GM, Mariotti M, Graff D, Falkenstein K. Health care professionals' attitudes about obesity: an integrative review. *Appl Nurs Res* 2011;24(3):127–37.
- Wigton RS, McGaghie WC. The effect of obesity on medical students' approach to patients with abdominal pain. *J Gen Intern Med* 2001;16(4):262–5.
- Geller G, Watkins PA. Addressing Medical Students' Negative bias toward patients with obesity through ethics education. *AMA J Ethics* 2018;20(10):E948–59.
- Loureiro ML, Nayga Jr RM. Obesity, weight loss, and physician's advice. *Soc Sci Med* 2006;62(10):2458–68.
- Hebl MR, Mannix LM. The weight of obesity in evaluating others: a mere proximity effect. *Pers Soc Psychol Bull* 2003;29(1):28–38.
- Schwartz MB, Chambliss HO, Brownell KD, et al. Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obes Res* 2003;11(9):1033–9.
- Huizinga MM, Cooper LA, Bleich SN, et al. Physician respect for patients with obesity. *J Gen Intern Med* 2009;24(11):1236–9.
- Bagley CR, Conklin DN, Isherwood RT, et al. Attitudes of nurses toward obesity and obese patients. *Percept Mot Skills* 1989;68(3 Pt 1):954.
- Brown I. Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: literature review. *J Adv Nurs* 2006;53(2):221–32.
- Keyworth C, Peters S, Chisholm A, et al. Nursing students' perceptions of obesity and behaviour change: implications for undergraduate nurse education. *Nurse Educ Today* 2013;33(5):481–5.
- Oberrieder H, Walker R, Monroe D, et al. Attitude of dietetics students and registered dietitians toward obesity. *J Am Diet Assoc* 1995;95(8):914–6.
- Agell G, Rothblum ED. Effects of clients' obesity and gender on the therapy judgments of psychologists. *Prof Psychology* 1991;22(3):223–9.
- Hunter J, Rawlings-Anderson K, Lindsay T, et al. Exploring student nurses' attitudes towards those who are obese and whether these attitudes change following a simulated activity. *Nurse Educ Today* 2018;65(10):225–31.
- Zuzelo PR, Seminara P. Influence of registered nurses' attitudes toward bariatric patients on educational programming effectiveness. *J Contin Educ Nurs* 2006;37(2):65–73.

28. Prospective Studies Collaboration; Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, et al. Bodymass index and causespecific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet* 2009;373:108396.
29. NCD Risk Factor Collaboration (NCDRisC). Worldwide trends in bodymass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 populationbased measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet* 2017;390:262742.
30. Mechanick JJ, Hurley DL, Garvey WT. Adipositybased chronic disease as a new diagnostic term: the American Association of Clinical Endocrinologists and American College Of Endocrinology position statement. *Endocr Pract* 2017;23: 3728.
31. Canning KL, Brown RE, Wharton S, et al. Edmonton Obesity Staging System prevalence and association with weight loss in a publicly funded referralbased obesity clinic. *J Obes* 2015;2015:619734.
32. Ogunleye A, Osunlana A, Asselin J, et al. The 5As team intervention: bridging the knowledge gap in obesity management among primary care practitioners [published erratum in *BMC Res Notes* 2016;9:164]. *BMC Res Notes* 2015;8:810.
33. Block JP, DeSalvo KB, Fisher WP. Are physicians equipped to address the obesity epidemic? Knowledge and attitudes of internal medicine residents. *Prev Med* 2003;36:66975.
34. Report card on access to obesity treatment for adults in Canada 2017. Edmonton: Obesity Canada; 2017.
35. [Drury CA, Louis M. Exploring the association between body weight, stigma of obesity, and health care avoidance. *J Am Acad Nurse Pract* 2002;14(12):554–61.
36. Kaly P, Orellana S, Torrella T, et al. Unrealistic weight loss expectations in candidates for bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2008;4:610.
37. Byrne NM, Meerkin JD, Laukkanen R, et al. Weight loss strategies for obese adults: personalized weight management program vs. standard care. *Obesity (Silver Spring)* 2006;14:177788.
38. Wharton S, Lau DC, Vallis M et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ* 2020 ; 192 (31) : E875-E891.
39. Mangold K, Markiewicz K. Integrating an obesity simulation into baccalaureate nursing education. *Clin Simul Nurs* 2014;10(9):476–84.

AFFILIATIONS

- 1 Pôle d'Appui de Médecine Aigue, Grand Hôpital de Charleroi (GHdC), Charleroi, Belgique.
- 2 Cellule de Formation Continue UCL Woluwe (Université Catholique de Louvain), Belgique.
- 3 Centre d'Ethique Médicale (CEM) - ETHICS EA 7446, Université Catholique de Lille, France.

CORRESPONDANCE

FRÉDÉRIC THYS
 Pôle d'Appui de Médecine Aigue
 Grand Hôpital de Charleroi (GHdC)
 Grand'Rue, 3
 B-6000 Charleroi, Belgium
 Phone +32-71-103055
 Adresses courriel :
frederic.thys@uclouvain.be
frederic.thys@ghdc.be

La "Grossophobie"

Maurice Einhorn

La mode longtemps en vigueur dans nos sociétés occidentales a affiché des modèles féminins, avant tout des mannequins frisant l'anorexie. On ne peut que se réjouir de voir l'exigence d'une maigreur extrême pour les mannequins de plus en plus contestée. Cette exigence a été exprimée de façon radicale par le célèbre couturier Karl Lagerfeld, qui expliquait que « le mannequin d'aujourd'hui doit être un cintre, capable de s'effacer derrière sa tenue » et qu'un vêtement tombe mieux sur une fille qui n'a pas de formes. Pour un nombre non négligeable de femmes c'était là un idéal à poursuivre.

Cette situation a d'ailleurs poussé, il y a quelques années, l'Assemblée nationale en France de débattre d'un article du Projet de loi santé soumettant l'activité de mannequin à un IMC minimal, mais ce texte a finalement été refusé par les députés.

Ce modèle est malgré tout en train de s'effriter, diverses associations, obsédées par l'idéologie du politiquement correct et de la mouvance #MeToo, à aller bien plus loin que cette condamnation du modèle du mannequin d'une maigreur extrême et à défendre en quelque sorte un droit à l'excès pondéral et même à l'obésité. C'est dans ce contexte que Karl Lagerfeld a fait l'objet d'une plainte en justice déposée par l'association « Belle, ronde, sexy et je m'assume », associée au comité Miss Ronde France. C'est dans ce contexte aussi que l'on a vu fleurir le terme de « grossophobie », voulu infamant dans l'optique de la pensée correcte. Le magazine féminin *Marie Claire* dénonçait encore tout récemment l'attitude des médecins face aux patient(e) obèses ou présentant un excès pondéral important.

Cette véritable réhabilitation de l'obésité constitue évidemment non seulement un phénomène social dont on peut contester la philosophie même, mais surtout un énorme problème médical, qui a de plus à la suite de cet aspect médical un impact budgétaire tout à fait considérable.

Il est à peine utile ici d'énumérer toutes les maladies et affections pour lesquelles l'obésité est un facteur étiologique ou aggravant. Qu'il nous suffise de penser, en plus de bien d'autres pathologies, au diabète de type 2, lui-même cause de complications multiples, tout cela ayant aussi à terme un impact catastrophique au niveau de l'assurance maladie et de la Sécurité sociale dans son ensemble. Tout en se gardant de faire preuve d'une attitude stigmatisante ou méprisante vis-à-vis des patient(e)s concernée(s) en affirmant par exemple qu'« il suffit d'un peu de volonté pour perdre du poids », les médecins ont un rôle essentiel à jouer de ce point de vue, en expliquant clairement à quel point l'excès pondéral a un rôle délétère du point de vue médical, qui va bien au-delà des

traditionnelles considérations esthétiques et en les aidant dans leurs efforts de contrôle de leur poids.

Comme l'a plusieurs fois exprimé Karl Lagerfeld, pour les mannequins comme pour les couturiers, l'idée est ancrée. Une association dénonce les déclarations du créateur à l'encontre des personnes rondes.

Le Monde avec AFP

Publié le 29 octobre 2013 à 18h02, mis à jour le 29 octobre 2013 à 18h02

Le créateur Karl Lagerfeld, le 8 février 2008. AFP/MARCUS BRANDT

Une plainte contre le couturier Karl Lagerfeld pour « propos diffamatoires et discriminants » a été déposée, mardi 29 octobre, devant le procureur de Saintes. Cette action menée par l'association Couturier des déclarations polémiques, l'homme au catogan a notamment déclaré, début octobre, dans « Le Grand 8 » diffusé sur la chaîne D8 : « Le trou de la Sécurité sociale, c'est aussi toutes les maladies attrapées par les gens trop gros. » Au cours de cette émission de divertissement, il avait également repris une précédente affirmation selon laquelle « personne ne voulait voir de rondes sur les podiums ».

Promouvoir L'anorexie

« Beaucoup de jeunes filles sont mal dans leur peau et entendre des paroles comme ça, c'est terrible pour elles, a insisté la présidente de l'association, Betty Aubrière. Il faut que cessent les insultes de la part de personnalités publiques. » Une pétition contre les propos de M. Lagerfeld avait précédé la plainte et recueilli plus de 500 signatures.

Dans un livre paru en septembre, *Le Monde selon Karl*, le couturier avait consacré un chapitre à la « ligne » où il disait que « personne n'a envie de voir des femmes rondes sur les podiums ». « Ce sont les grosses bonnes femmes assises avec leur paquet de chips devant la télévision qui disent que les mannequins minces sont hideux. La mode, c'est le rêve et l'illusion », avait-il ajouté.

Ce dernier, qui a lui-même perdu beaucoup de poids en très peu de temps, a par ailleurs déclaré que son « unique ambition dans la vie, c'est de porter des jeans taille 30. Je n'ai pas fait ce régime pour qu'on me tripote ni pour être sexy. Je voulais être un bon cintre. » Dans les années 2000, les propos de créateurs, dont M. Lagerfeld, sur la taille des mannequins, avaient contribué à la polémique sur le diktat de la minceur dans le monde de la mode accusé de promouvoir l'anorexie.

Il y a quelques mois, le rapporteur du Projet de loi santé à l'Assemblée nationale avait déposés deux amendements destinés à mettre un frein à la course à la maigreur dans le milieu des mannequins.

La première proposition visait à interdire aux agences de mannequinat de faire appel aux jeunes femmes dont l'indice de masse corporelle (IMC) est inférieur à 18.

Deuxième proposition : appliquer la mention «silhouette retouchée» sur toutes les photos de magazines retouchées à l'aide d'un logiciel.

Dans la nuit de mardi à mercredi, les sénateurs ont examiné ces amendements et ont décidé de supprimer toute notion d'indice de masse corporelle, pour préférer introduire le rôle de médecin du travail.

«L'anorexie mentale concerne 40 000 personnes en France», a rappelé le sénateur Alain Vasselle (les Républicains). «Mais

le problème ne saurait être appréhendé par un simple critère mathématique», a-t-il estimé. «Définira-t-on un seuil d'IMC par métier ?»

A la place, le sénateur a fait adopter un amendement prévoyant que «la médecine du travail contrôle que les conditions de travail du mannequin ne mettent pas en danger son état de santé et sa croissance et peut prescrire toutes mesures pertinentes».

A lire aussi

« J'ai testé l'entraînement physique des mannequins »

« Jugée trop grosse pour être mannequin »



Fernando Botero : le colosse de l'art moderne, le Picasso Colombien

Chantal Daumerie

Consciente en tant que médecin du caractère pratiquement « épidémique » que revêt actuellement l'obésité, il n'est pas surprenant que j'ai été attirée, puis interpellée, par des œuvres reprenant des êtres vivants, humains ou non, un peu énigmatiques, plutôt ronds.

Quel regard poser, sachant, comme je l'ai souvent écrit, qu'une des vertus de l'art est de nous solliciter ?

Fernando Botero est un peintre et sculpteur Colombien, réputé pour ses personnages aux formes généreuses et voluptueuses.

Il a aujourd'hui 85 ans et vit entre la France, l'Italie et les Etats -Unis.

Mais c'est en Colombie que tout a commencé.

Botero naît en 1932 dans une famille modeste à Medellin, dans le nord de la Colombie. Il a 4 ans quand son père décède. C'est un oncle de meilleure fortune qui vient en aide à la famille.

Dans sa jeune enfance, Fernando est remarqué pour son habileté au football... et à la danse. Eclectisme précaire....

Son oncle l'emmène voir les premières corridas à l'âge de 12 ans. Il s'inscrit même à une école taurine mais il en sortira rapidement, animé d'une peur tétanisante à l'égard d'animaux impressionnants...

Sa passion pour la peinture est devenue forte à l'âge de 18 ans et il abandonne l'école.

Il fait son chemin d'autodidacte appréciant particulièrement les muralistes mexicains. Il s'imprègne également du courant appelé le réalisme magique dont un membre de la mouvance littéraire, en la personne de Pablo Neruda, deviendra Prix Nobel de Littérature en 1971.

Il est attiré et conquis par les mystères de l'art précolombien ...

Il parcourt les musées espagnols, italiens, français. Les œuvres de tous les Maîtres lui parlent : Goya, Picasso, Vélasquez. Il fréquente plusieurs académies étoffant au mieux ses talents.



Lors d'un voyage à New York en 1960, la directrice du MOMA lui achète une toile, « Mona Lisa à l'âge de 12 ans » : il est propulsé dans le monde des artistes à succès.

Une peinture de Botero, on la reconnaît au premier coup d'œil grâce aux corps humains disproportionnés notamment, qui semblent gonflés à l'hélium, parfois jusqu'au grotesque. Les traits sont néanmoins précis.

Mais d'où vient cette façon de peindre ?

En partie de sa Colombie natale où ses yeux ont admiré les statues précolombiennes, aux formes exagérées jusqu'à l'outrance. Mais aussi, au mouvement littéraire et pictural du réalisme magique qui essaye de montrer l'irréel ou l'étrange comme quelque chose de quotidien ou commun. L'objectif premier n'est pas d'éveiller l'émotion, mais de montrer la réalité sous un autre jour : les proportions revisitées ouvrent d'autres perspectives, inattendues au premier coup d'œil.

A la fin d'une journée de travail, Botero prit un crayon afin de dessiner une mandoline très ample mais au moment de finaliser le trou de l'instrument il le fit beaucoup trop petit. C'est ainsi qu'il prit conscience que les proportions peuvent sublimer les objets.

Chez Botero tout est gros, les dames, les messieurs. C'est une orgie d'obésité. Botero n'aime pas le terme « gros ». Il préfère dire volumétrique. Le volume est une exaltation de la vue, de la sensualité

On ne peut qu'observer l'effet positif qu'exerce une œuvre de Botero quand on la regarde : on sourit, on rit, on s'amuse. L'atmosphère éthérée nous renvoie une fraîcheur qui laisse entrevoir un je ne sais quoi, de gracieux, de léger. Nous nous surprenons à percevoir une douceur invisible.

Le tableau repris ci-dessus « Danse en Colombie » (1980) est une scène typique de la vie Colombienne.

Chez ces danseurs, le cou est à peine visible, les cuisses sont énormes.

Un petit orchestre est installé au fond de la salle de bal. Les 7 musiciens sont serrés les uns contre les autres. Deux petits danseurs au premier plan surprennent par un dynamisme défiant leur corpulence. Irréel ? Peut-être ; toutefois, je vous invite à visionner sur YOUTUBE le remarquable spectacle de danse créé par Maguy Marin, intitulé « Groosland » ; l'œuvre picturale de Botero s'anime soudain sous nos yeux, admiratifs et enchantés.

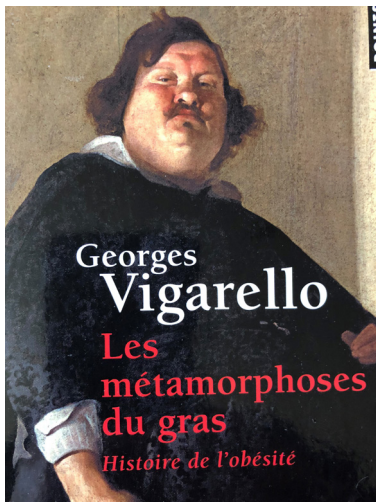
La rondeur systématique des formes permet une harmonie du tableau. Le style de coiffures, des vêtements, le choix des couleurs de l'ensemble rendent compte d'une certaine nostalgie et évoquent la jeunesse de l'artiste dans son pays natal.

Mais Botero n'est pas un reporter. Regardez les instruments n'ont pas de corde. Son instrument de prédilection, la mandoline, se trouve à droite de la toile. Le trou de la Mandoline est tout petit.

Avec Botero, le réel semble autre et on fait sien l'aphorisme suivant : « Big is beautiful ; une femme ronde peut être belle et glamour ».

Ouverture sur une belle altérité ?

A méditer



Georges Vigarello: Les métamorphoses du gras *Histoire de l'obésité*

Jean-Claude Debongnie

Georges Vigarello - Les métamorphoses du gras - Histoire de l'obésité
Éditions du Seuil 2010

Georges Vigarello est un spécialiste de l'histoire de la santé, de l'hygiène et des représentations du corps : Histoire de la beauté - Histoire du propre et du sale - Le sentiment de soi - Histoire de la fatigue.

Son histoire de l'obésité commence au Moyen Âge. Après l'an mille, alors que la population européenne est multipliée par trois, les disettes surviennent à moins de cinq ans d'intervalle et plus tard les épidémies comme la peste ravagent les populations. L'obsession de la nourriture se transforme en promotion des bonnes formes, signe de force, symbolisée par l'ours. Le chevalier s'adonne à des festins de 15 plats ! La force s'associe aux ripailles. C'est l'époque du glouton médiéval, du prestige du gros. Seule l'obésité excessive est fustigée, celle qui gêne la marche, empêche de monter à cheval. L'énorme corpulence de Guillaume le Conquérant faisait dire qu'il était « en mal d'accouchement ». Petit bémol : les clercs prônaient une certaine tempérance, les médecins des « régimes de santé ».

Au 16e et 17e siècle, le regard change un peu. La grosseur devient lourdeur, lenteur, pesanteur, paresse. Des mots nouveaux vont le préciser : rondelet, grassouillet, pansu, ventru. Les images vont le montrer comme le débordement des chairs chez Rubens. Les balbutiements d'une évaluation apparaissent avec comme indice la pression exercée par les habits ou la nécessité d'en prendre de plus larges. Un léger embonpoint est de bon ton et surtout la maigreur est refusée, signe de mélancolie, masque de la mort. Médicalement, l'obésité est associée à l'apoplexie, liée au cou court et gras, privant le cerveau de sang. Pour la combattre apparaissent des régimes avec réduction alimentaire, des remèdes tels le vinaigre, le citron et des contraintes telles que la ceinture et le corset qui limitent les grosseurs ; ils sont censés agir sur les formes en les comprimant. Chez la femme apparaît « l'esthétique du haut » avec une rectitude du buste, resserrement des ceintures, le bas étant caché par les bouffants de la robe.

Au 18e siècle, celui des Lumières, le thème de la sensibilité, des fibres, des nerfs s'impose. Les graisses entraînent une

compression des nerfs, provoquant un engourdissement, alors allant jusqu'à l'impuissance. La vieille critique des grosseurs populaires s'inverse et vise les fortunés, objets de caricatures. Si les rondeurs sont acceptées pour le profil masculin, cette tolérance est refusée au profil féminin. Le mot obésité apparaît dans les écrits. Sa mesure concerne plus le chiffrage des circonférences, de la ceinture que le poids, plus difficilement évalué sur des balances à fléau. Buffon qui écrit l'article Probabilité dans l'Encyclopédie, explique qu'il existe une correspondance chiffrée entre taille et poids, calcule des moyennes et apporte des nuances : poids normal (80 à 90 kg pour 1 m 80), gros (100 kg), trop gros (115 kg), beaucoup trop gros (120 kg). Le traitement va consister à tonifier, exciter les fibres par des crèmes, des pilules contenant fer, tartre, cinnamome etc. et à recourir à l'électricité. Le contenu des régimes ne change pas et la controverse entre alimentation carnée et alimentation végétale se poursuit. Fin de siècle apparaît la révolution chimique : Lavoisier montre que le corps absorbe de l'oxygène et expire du CO₂. La respiration est donc une combustion.

Dans la première moitié du 19e siècle le regard devient plus critique et brocarde le bourgeois, l'obèse avec son ventre protubérant, son aspect en poire (Balzac). Brillat-Savarin est le premier à parler d'obésité abdominale dont il qualifie le porteur de gastrophore. Le chiffrage de l'obésité va apparaître, d'abord pour mesurer les volumes et les circonférence (taille, bras, cuisses). La mesure du poids n'existe pas encore chez les conscrits mais va s'installer scientifiquement. A Quetelet va établir des statistiques détaillées du poids en fonction de la taille, rapport ajusté avec l'âge et le sexe. La chimie de Lavoisier ouvre la voie à l'étude énergétique de la nutrition : les aliments sont pour le corps ce que le combustible est pour le poêle. J Liebig, chimiste allemand, un des fondateurs de la chimie organique classe les aliments en plastiques d'une part, plus riches en azote, contribuant au renouvellement des organes, en respiratoires d'autre part, riches en carbone, contribuant à la combustion organique. L'excès de ces derniers, non consommés, se transforme en graisse.

En conséquence, le régime doit limiter la consommation de ces aliments à savoir le sucre, le pain etc.

Dans la seconde moitié du 19e siècle, la dominance de l'esthétique s'accroît. Chez l'homme, l'embonpoint n'est plus signe de bonne santé mais signale une personne grasse. L'importance de la musculature, de la paroi abdominale est soulignée. Chez la femme, la ligne succède au bouffant, nécessitant la minceur des hanches. Ce changement de regard est associé à l'exposition des corps lors des séjours sur les plages, au regard sur le corps nu face au grand miroir devenu meuble, à l'usage de la balance d'appartement. L'étude de l'obésité distingue l'obésité « mondaine » ou la graisse est liée à un excès d'aliments et l'obésité « savante » ou la graisse est liée à un défaut de combustion interne, chez des patients dont le régime est normal. C'est l'explosion des régimes pour corriger les excès, supprimant sucres et féculents, viande grasse, poisson non frais. C'est l'expansion du thermalisme : les eaux de Vichy drainant les excès, combattant les anomalies de la nutrition voient défiler 100 000 patients en 1890.

Au 20e siècle, entre deux guerres, les statistiques de la mortalité associée à l'obésité apparaissent dans les compagnies d'assurance aux USA : un surpoids de 40 % augmente la mortalité de 80 %. L'inquiétude médicale s'accroît et est attribuée à la « petite » obésité de multiples pathologies : excès de toxines, ballonnements, aigreurs etc. Chacun peut suivre son poids grâce à l'installation du pèse-personne digital dans la salle de bain. La mesure du métabolisme basal complexifie le problème : il est normal chez la plupart des obèses. Pour celui qui en souffre, l'obésité devient une épreuve, parfois un martyre.

Après la deuxième guerre apparaît l'indice de masse corporelle (aussi appelé indice de Quetelet) qui permet à chacun de se situer dans l'échelle des poids et dont l'extension a permis de quantifier l'obésité et de la qualifier d'épidémique

En conclusion, le changement de regard, le changement des explications, l'apparition des mesures chiffrées ont changé la stigmatisation du glouton médiéval au balourd moderne à l'obèse d'aujourd'hui jugé souvent à tort d'être incapable de maigrir.