

Grossophobie médicale : des attitudes lourdes de conséquences!

Virginie Ayotte, B.Sc., Ève-Marie Bordeleau, B.Sc., Émilie Caya-Pilon, B.Sc., Tanya Desnoyers, B.Sc, Ali El Kassabi, B.Sc., Frédérique Gaudreault, B.Sc. et Renelle Gélinas, B.Sc.



PROBLÉMATIQUE ÉTHIQUE

La grossophobie médicale porte atteinte au droit à la santé des usagers mettant en jeu l'équité et la justice face aux soins de santé. L'accessibilité aux soins et le respect de la dignité de ceux-ci sont menacés par des biais implicites et explicites de la part des professionnels de la santé.

Dilemme lexical

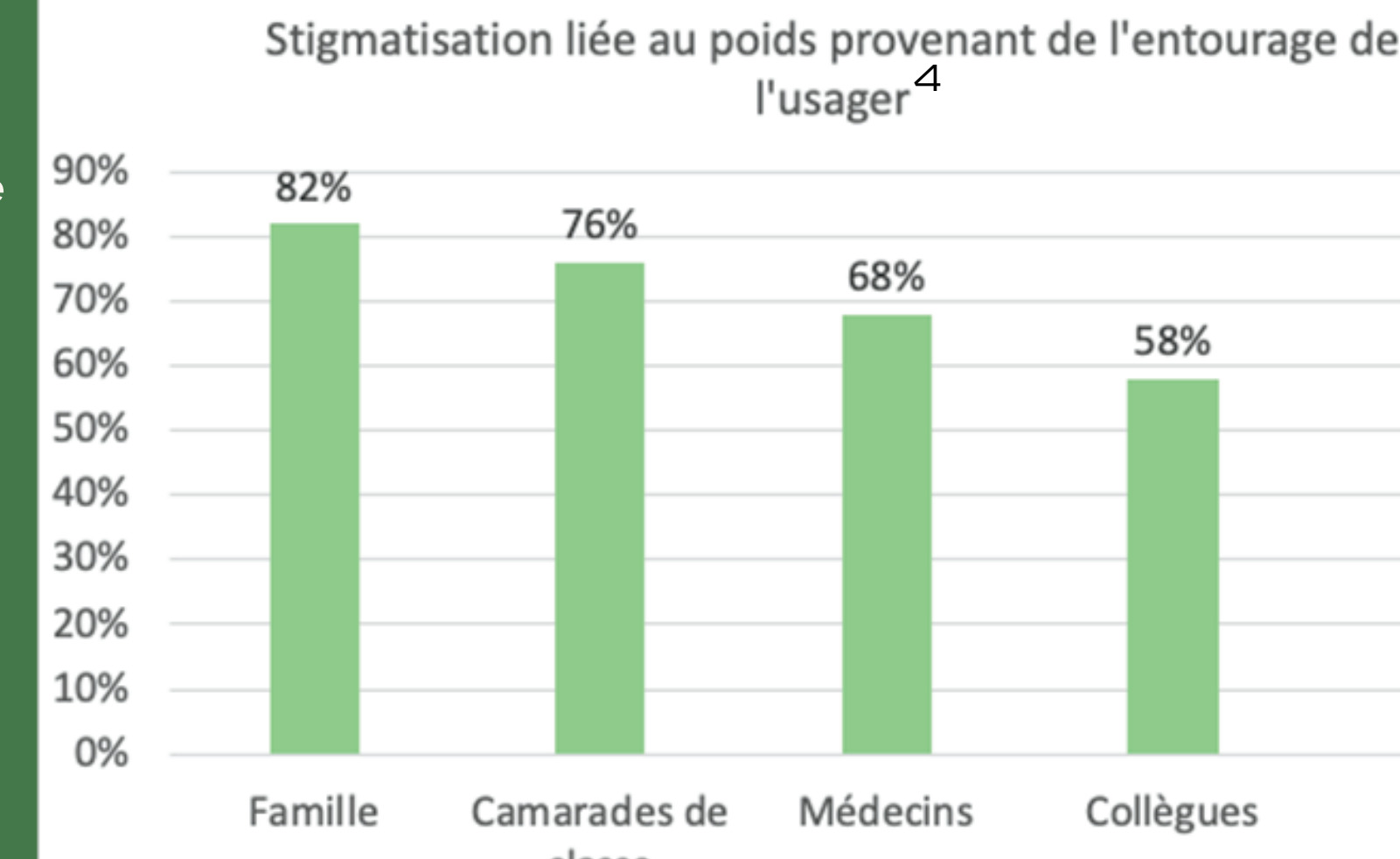
Obésité

Poids non-santé

Grosse

Obèse

- Dans les 30 dernières années, la prévalence de l'obésité a triplé au Canada¹;
- D'ici 2030, 57,8 % de la population mondiale sera atteinte d'obésité²;
- De nombreux professionnels de la santé entretiennent des stéréotypes et manifestent des attitudes négatives envers les personnes obèses³;
- Les personnes obèses peuvent vivre de la stigmatisation liée au poids par des membres de la famille, des camarades de classe, des médecins, des collègues et des amis⁴.



Responsabilités du système de santé

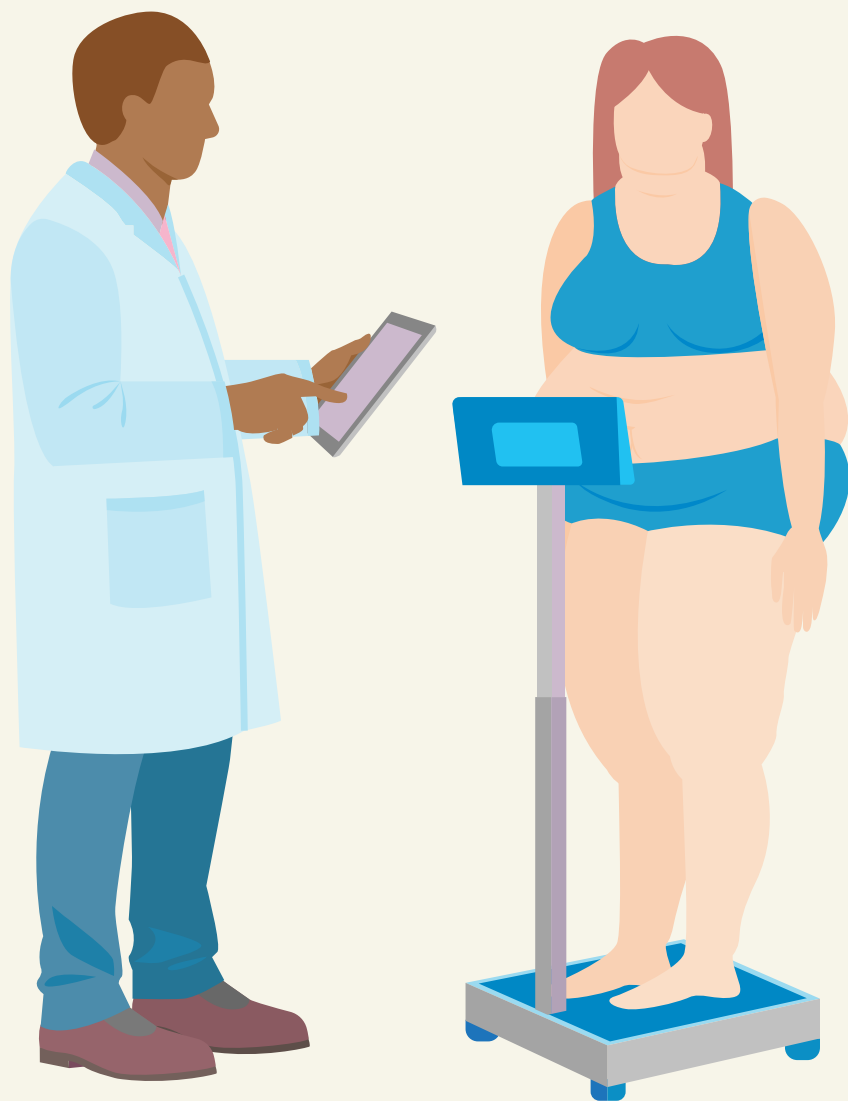
- Être équitable envers tous en matière de santé;
- Réduire la mortalité et la morbidité dues aux maladies;
- Agir sur les déterminants de la santé par la prévention et la promotion⁵.

Droits de l'utilisateur

- Être traité avec courtoisie, équité et compréhension;
- Avoir droit à la dignité, l'autonomie, la sécurité et un service personnalisé;
- Avoir l'option de participer aux décisions qui affectent sa santé ou son bien-être⁵;
- Consentir à ses soins^{5,6}.

Obligations des infirmières et infirmiers

- Agir avec respect envers l'utilisateur et son entourage⁷.



Définitions

Grossophobie

Attitudes, comportements, préjugés et stéréotypes qui stigmatisent et discriminent les personnes grasses⁸.

Obésité

Maladie chronique complexe caractérisée par une accumulation anormale ou excessive de graisses corporelles qui est nuisible à la santé¹.

- 80% des médecins ne croient pas que l'obésité est une maladie²;
- Les professionnels de la santé considèrent souvent l'obésité comme un facteur de risque évitable qui entrave leur capacité à traiter et prévenir la maladie³;
- De telles attitudes de la part des professionnels de la santé influencent leurs perceptions, leur jugement, leurs comportements et leur processus décisionnel³;
- Les professionnels de la santé entretiennent la croyance que le poids peut être géré en mangeant sainement et en faisant de l'exercice, malgré le manque de données probantes appuyant ces approches³;
- Les professionnels de la santé peuvent être moins à l'affût de leurs biais implicites qui mènent à des comportements préjudiciables pour les usagers³.

CONTEXTE

ASPECTS JURIDIQUES

ENJEUX SOCIOCULTURELS

IMPACTS

Histoire de cas

Monsieur Baker, un homme de 55 ans se présente à une clinique sans rendez-vous pour une gonalgie qui traîne depuis des années. À la suite d'un faux mouvement en jouant avec son petit-fils, sa douleur s'est détériorée. Il s'est résigné à consulter malgré son inquiétude que l'on associe sa douleur à son surpoids, ayant vécu une expérience similaire dans le passé. Il est accueilli par Dr Richard qui, aussitôt la pesée effectuée, lui mentionne qu'il faudra rapidement adresser son obésité morbide. Après une évaluation abrégée, Dr Richard conclut précocement que l'obésité de M. Baker est certainement la source de ses maux. Sans aucune investigation supplémentaire, il lui prescrit une perte de poids de 30 lb en lui remettant un dépliant sur le Guide alimentaire canadien. Monsieur Baker quitte la clinique en se promettant de ne plus jamais retourner consulter un professionnel de la santé.

La société entretient les croyances liées à la grossophobie et pense que :

- Les gens obèses sont responsables de leur poids;
- Les gens qui ont recours à la chirurgie bariatrique sont paresseux et manquent de volonté;
- Les diètes et l'exercice sont des moyens efficaces de prévention et d'intervention face à l'obésité;
- La minceur est la norme;
- Les diètes fonctionnent pour la perte de poids^{8,9}.



Pistes de réflexion

Reconnaissance et dénonciation de la grossophobie médicale

- Reconnaître qu'il existe un risque de relation hiérarchique dans l'interaction thérapeutique entre le professionnel de la santé et les usagers¹;
- Dénoncer la discrimination entre les professionnels de la santé à même les milieux;
- Faire preuve d'empathie envers les gens qui ont subi de la grossophobie.

Éducation, formation et responsabilisation

- Les professionnels de la santé se sentent mal équipés et ne se perçoivent pas comme les principaux responsables du traitement de l'obésité³;
- Le manque de temps et de formation est le principal obstacle mentionné par les professionnels de la santé³;
- Sensibiliser les professionnels de la santé sur les biais de poids et l'impact d'une culture sociale de la minceur sur leur pratique^{3,10};
- Éduquer les professionnels de la santé sur la complexité des facteurs multidimensionnels de la gestion du poids³;
- Incorporer aux cursus académiques des pistes d'interventions qui préparent les futurs professionnels de la santé à être plus compatissants et adéquats avec la communauté obèse¹².

Exposer les biais et les croyances

- L'obésité est une conséquence d'un mode de vie choisi;
- Être gros est associé à des facteurs modifiables seulement;
- Le corps et la morphologie sont aussi malléables qu'on le prétend;
- La santé rime avec la minceur, et être gros est un synonyme de mauvaise santé¹³.

Recommandations

Recommandations officielles sur la prise en charge globale de l'obésité

1. Les professionnels de la santé devraient revoir leurs propres attitudes et croyances vis-à-vis de l'obésité et réfléchir à la façon dont ces dernières peuvent influencer leur façon de prodiguer des soins;
2. Les professionnels de la santé peuvent reconnaître que les préjugés internalisés des personnes vivant avec l'obésité (envers eux-mêmes) risquent de jouer sur les changements comportementaux et les résultats des interventions cliniques;
3. Les professionnels de la santé devraient éviter d'utiliser des mots, des images et des pratiques à connotation négative lorsqu'ils travaillent auprès d'usagers vivant avec l'obésité;
4. Nous recommandons aux professionnels de la santé d'éviter de supposer qu'un symptôme ou une plainte d'un usager soient reliés à son poids¹.

Établir une relation de confiance et de collaboration

- Primordial pour permettre une discussion avec honnêteté et ouverture¹¹;
- Demander l'accord de l'utilisateur avant d'entamer la discussion au sujet de l'obésité.
- Entente au sujet des objectifs de traitement, axée sur la santé¹;

IMPACTS

Intégration sociale difficile

Image corporelle négative

Stress chronique

Faible estime personnelle

Évitement

Risque de mortalité augmenté

Méfiance envers les professionnels

Mécanismes d'adaptation délétères

Non-observance

Relation alimentaire troublée

Dépression, anxiété, détresse, risque suicidaire

Fluctuations pondérales

- Les usagers souffrant d'obésité sont satisfaits de leurs soins de santé, mais insatisfaits des soins liés à leur poids :
 - Peu d'interventions pour la perte de poids sont proposées;
 - Mauvaise compréhension des causes et conséquences de l'obésité de la part des professionnels;
 - Attentes irréalistes quant à la perte de poids, entraînant le recours à des méthodes invasives, comme la chirurgie bariatrique⁸;
- La grossophobie est un enjeu déterminant dans le choix d'avoir recours à une méthode invasive⁸;
- La grossophobie médicale peut avoir des répercussions négatives multidimensionnelles, en partie au niveau des soins offerts, du diagnostic et du plan de traitement³;
- On démontre moins de :
 - Engagement de la part du professionnel de la santé dans les discussions avec le client (quantité de soins affectée);
 - Temps passé avec les usagers (qualité des soins affectée);
 - Soins préventifs proposés et réalisés^{2,3,8,10}.

Références

1. Wharton, S., Lau, D. C. W., Vallis, M., Sharma, A. M., Biertho, L., Campbell-Scherer, D., Adamo, K., Alberga, A., Bell, R., Boulé, N., Boyling, E., Brown, J., Calam, B., Clarke, C., Crowshoe, L., Divalentino, D., Forhan, M., Freedhoff, Y., Gagner, M., Wicklum, S. (2020). Obesity in adults: a clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 192(31), E875-E891. <https://doi.org/10.1503/cmaj.191707>
2. Cuvelier, A., et Taillé, C. (2019). Face aux patients obèses: un nécessaire changement de paradigme. *Revue des Maladies Respiratoires*, 36(8), 915-918. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2019.07.004>
3. Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., & Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*, 16(4), 319-326. <https://doi.org/10.1111/obr.12266>
4. Puhl, R. M., Lessard, L. M., Pearl, R. L., Himmelstein, M. S., & Foster, G. D. (2021). International comparisons of weight stigma: addressing a void in the field. *International Journal of Obesity*, 45(9), 1976-1985. <https://doi.org/10.1038/s41366-021-00860-z>
5. Gouvernement du Québec. (2006, 1er avril). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Éditeur officiel du Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2/20060401>

6. Gouvernement du Québec. (2023, 1er avril). *Code civil du Québec*. Éditeur officiel du Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/ccq-1991>
7. Gouvernement du Québec. (2022, 1er décembre). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Éditeur officiel du Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/1-8%20r%209%20/>
8. Forhan, M., et Salas, X. R. (2013). Inequities in healthcare: a review of bias and discrimination in obesity treatment. *Canadian journal of diabetes*, 37(3), 205-209. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2013.03.362>
9. Dufour Bouchard, A.-A. (2023, 16 février). *Image corporelle et grossophobie* [vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=5D1WD1DAnIA>
10. Lawrence, B. J., Kerr, D., Pollard, C. M., Theophilus, M., Alexander, E., Haywood, D., et O'Connor, M. (2021). Weight bias among health care professionals: a systematic review and meta-analysis. *Obesity*, 29(11), 1802-1812. <https://doi.org/10.1002/oby.23266>
11. Phillips, K., Wood, F., et Kinnersley, P. (2014). Tackling obesity: the challenge of obesity management for practice nurses in primary care. *Family practice*, 31(1), 51-59. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmt054>
12. Checketts, T. R., & Miyairi, M. (2022). Ready to treat patients with obesity? Evaluation of undergraduate students' body image, disordered eating attitudes & behaviors, and anti-fat attitudes. *Cogent Psychology*, 9(1). <https://doi.org/10.1080/23311908.2022.2080317>
13. Léonard, S. (2023, 16 février). *Des pratiques favorables au développement d'une image corporelle positive* [vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=peKtth2Sms>