

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 péremptaires 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. Body mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet* 2009;373:1083-96.
29. NCD Risk Factor Collaboration (NCD RiskC). Worldwide trends in body mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet* 2017;390:2627-42.
30. Mechanick JJ, Hurley DL, Garvey WT. Adiposity-based 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 referral-based 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;36:669-75.
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;14:1777-88.
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