

58^e Congrès des Journées d'Enseignement Post-universitaire 2024 : 2^e partie

Erasme – ULB (Bruxelles), 05/09/2024

par la D^{re} Constance AUDET • assistante en médecine générale • audet.constance@gmail.com

La grossophobie médicale

L'obésité touche une personne sur huit dans le monde et une sur cinq en Europe et en Belgique (24% des hommes et 22% des femmes en Belgique).

L'obésité est une maladie chronique complexe d'origine multifactorielle : environnement, consommation de produits ultra-transformés, facteurs socio-culturels (pauvreté et obésité sont liées), troubles du sommeil, psychologiques, régimes multiples avec effet yoyo, stress, sédentarité, prise de traitements (neuroleptiques, antidépresseurs...), génétique...

Nous évoluons dans une culture du corps mince avec une peur intense de grossir ce qui a pour conséquence de favoriser des troubles du comportement alimentaire.

La grossophobie est définie comme telle : discrimination, attitude implicite ou/et explicite, hostile, moqueuse et/ou méprisante, voire discriminatoire envers des personnes en surpoids. Elle peut être transposée à d'autres discriminations comme le racisme, le sexisme ou encore la transphobie. Comme toute discrimination, la grossophobie c'est aussi et surtout... la méconnaissance.

La stigmatisation se retrouve partout : à l'école dès l'âge de 3 ans, dans le monde de l'emploi, la famille, les ami·es, dans les loisirs, le monde du sport, la recherche (moins de fonds alloués aux recherches sur l'obésité), dans le monde de la santé (médecins, psychologues, kinésithérapeutes, diététicien·nes).

Le BMI, une mesure appropriée ?

Le BMI n'est pas un outil adapté aux patient·es de moins de 19 ans ou aux plus de 65 ans. Il n'est pas adapté aux sportifs ayant une masse musculaire plus élevée que la moyenne. Il n'est pas non plus adapté à toutes les populations ethniques

(notamment dans les populations asiatiques pour lesquelles l'OMS a dû modifier les normes en 2002). Le BMI est également une mesure plus adaptée aux hommes qu'aux femmes.

Pour résumer, le BMI est en fait « limité aux hommes blancs entre 20 et 60 ans et pas très musclés ».

Un outil plus efficace pour déterminer les effets du surpoids sur la santé générale et notamment cardiovasculaire : mesurer le périmètre abdominal.

La perte de poids : l'objectif ultime ?

Et pourtant, perdre du poids n'est pas chose aisée. En effet, on constate régulièrement chez nos patient·es l'échec des régimes restrictifs, difficilement pérennes : pour fonctionner, un régime doit être suivi à vie, en ce sens qu'il ne s'agit pas tant de restrictions alimentaires mais d'une modification majeure du mode de vie des patient·es. L'orateur propose alors une réflexion autour de l'utilisation des analogues du GLP-1 dans le traitement de l'obésité. À l'arrêt du traitement, les effets sur le poids s'estompent – le traitement serait donc à prendre toute la vie. Nous assistons alors à une médecine à deux vitesses au vu de l'absence de remboursement, la perte de poids ne serait donc accessible qu'aux plus riches.

Il ne faut pas non plus négliger les effets secondaires du traitement : gastroparésie, effets tératogènes (non confirmés chez les humains mais connus chez les animaux).

Statistiquement, les chances de retrouver un BMI normal pour des patient·es en surpoids ou obèses sont faibles. Pour un BMI entre 30-35, la probabilité annuelle de retrouver un poids « normal » entre 20-25 est de 1/210 pour les hommes et 1/124 pour les femmes. Pour un BMI entre 40-49 on passe à 1/1290 pour les hommes, 1/677 pour les femmes...

Il faut garder les statistiques en tête en cas d'échec de perte de poids, car cela nécessite en effet un

effort colossal et les « chances » de retrouver un poids « normal » sont faibles!

Faudrait-il alors repenser la perte de poids? Passer d'obésité à surpoids, est peut-être déjà suffisant? Il faut alors également revoir les objectifs des patient-es (et les nôtres): proposer de réduire la consommation de sodas de 1 l à quelques cannettes par semaine, éviter la prise de repas de façon anarchique, se tenir à aller à la salle de sport 1-2x/semaine... La perte de poids n'est pas forcément l'objectif à atteindre: le poids n'est pas la santé. La santé prend en compte bien d'autres paramètres: la tension artérielle, le taux de cholestérol, la glycémie... si l'objectif est de réajuster le style de vie des patient-es, peut-être qu'une perte de poids suivra, mais cela ne devrait pas être le but ultime.

Pour rappel, la perte de poids ne doit pas être trop rapide. Un bon rythme est de 5-10% sur une période de 6 mois.

Au-delà du poids

Il existe un lien entre obésité et abus sexuel: dans une population de patient-es obèses, il y a statistiquement plus d'individus qui ont vécu des abus sexuels que dans la population générale. Au-delà du suicide, la problématique de fréquence d'abus sexuels/violences dans l'enfance dans les cas d'obésité et donc dans les chirurgies bariatriques peut expliquer la reprise rapide de poids, les décompensations psychotiques, ou encore l'apparition d'un alcoolisme en post-opératoire. Il existe malheureusement un manque de communication entre chirurgiens et psychiatres lors de la prise en charge préopératoire des patient-es obèses.

La grossophobie en pratique

La grossophobie se retrouve à travers les attitudes et les croyances des médecins: attitude paternaliste, insultes plus ou moins cachées, humiliation, condescendance...

Mais la grossophobie, loin d'être toujours directe ou intentionnelle, c'est aussi:

- ne pas avoir de matériel adapté (brassard à tension, lit d'hôpital...);
- faire une généralisation des patients obèses et ne pas offrir de prise en charge personnalisée (ex: donner des statines à une personne obèse avant d'avoir les résultats de la prise de sang);
- désigner le poids comme la source de tous les maux, sans évoquer d'autres diagnostics possibles et parfois sans examiner le patient;
- manque de professionnalisme avec des conseils flous.

Les conséquences de la grossophobie en médecine

- arrêt de suivi;
- retard de diagnostic/prévention (prouvé pour la mammographie et le dépistage du cancer du col de l'utérus);
- réduction de l'activité physique (insister et culpabiliser les patient-es peut avoir un effet contre-productif);
- réduction de l'estime de soi;
- diminution de la compliance médicamenteuse;
- augmentation de l'obésité, majoration du risque de diabète de type II, des niveaux de cortisol, du stress oxydatif, de la CRP;
- augmentation des troubles du comportement alimentaire (jeûne brutal, anorexie), du stress, du risque suicidaire...

Comment mieux faire ?

Dans l'accueil ?

Se former, adapter les infrastructures et équipements, répondre au motif de consultation, être capable d'évoquer d'autres diagnostics et se taire si le motif de consultation n'a aucun lien avec le poids.

Comment parler du poids avec les patient-es ?

En adoptant une approche motivationnelle: demander au patient-e sa permission de parler de poids (et accepter le « non »: pas aujourd'hui, pas avec vous, ce doit être entendable). Collaborer et identifier les objectifs et limites avec les patient-es, utiliser un langage approprié et adapté au patient-e, être à l'écoute et respectueux-euse, valoriser les efforts déjà mis en place.

Proposer une prise en charge non superficielle

Nous nous efforcerons de ne pas proposer de solutions simplistes à cette maladie chronique et complexe. Il faut pouvoir connaître et prendre en compte l'histoire du patient-e, y compris les souffrances psychiques, partir de leur point de vue, et s'intéresser en premier lieu aux causes profondes (ex. abus dans l'enfance).

Le poids n'est pas la santé! Ne pas promouvoir seulement une perte de poids mais un meilleur style de vie (alimentation, sommeil, activité physique, écrans, alcool, santé mentale).

D'après l'exposé du Dr Pol THOMAS, médecin généraliste (Bruxelles).

Mots-clés: grossophobie médicale, surpoids, obésité, prise en charge globale.