

Université de Montréal

Vers une conceptualisation du phénomène des violences médicales : une revue critique
interprétative de la littérature

Par

Chantal Brisson

Programmes de bioéthique, département de médecine sociale et préventive, école de santé
publique de l'Université de Montréal

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en bioéthique

Septembre 2023

© Chantal Brisson, 2023

Université de Montréal

Unité académique : programmes de bioéthique, département médecine sociale et préventive,
école de santé publique de l'université de Montréal

Ce mémoire intitulé

**Vers une conceptualisation du phénomène des violences médicales : une revue critique
interprétative de la littérature**

Présenté par

Chantal Brisson

A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes

Charles Dupras

Président-rapporteur

Béatrice Godard

Directeur de recherche

Marianne Dion-Labrie

Membre du jury

Résumé

Lorsque des événements de violences médicales aussi graves que ceux qu'aura subis Joyce Echaquan surviennent et sont rendus publics, la colère qu'ils suscitent est généralement accompagnée d'un besoin d'identifier les coupables et de les sanctionner.

La réalité est cependant plus complexe. Une revue critique interprétative de la littérature aura permis d'aborder cette question complexe et d'amorcer une conceptualisation du phénomène des violences médicales.

Les résultats indiquent que les violences médicales s'inscrivent dans un contexte où les discriminations systémiques et les organisations des services de santé ont leur part de responsabilité sur la probabilité d'être victime d'un événement de violence médicale.

Interprétés à l'aide des cadres théoriques de l'intersectionnalité et de la théorie des croyances en un monde juste, les résultats auront conduit à une conceptualisation d'un phénomène complexe découlant d'interactions entre des facteurs personnels, organisationnels et structurels.

L'analyse des résultats a mis en évidence une association entre l'altération du jugement clinique et les comportements de violence. Étudier le phénomène des violences médicales rejoint le champ des recherches concernant le *patient safety* qu'il serait pertinent d'explorer dans le cadre de recherches ultérieures.

Finalement, étudier le phénomène des violences médicales permet de conceptualiser un phénomène complexe où les individus impliqués ne sont pas les seuls responsables. Les organisations de santé de même que les facteurs structurels associés doivent être pris en compte lorsqu'il s'agit de déterminer des activités de préventions pertinentes.

Mots-clés : (1) violences médicales, (2) discriminations systémiques, (3) organisation des services de santé, (4) intersectionnalité, (5) théorie de la croyance en un monde juste, (6) complexité, (7) revue critique interprétative.

Abstract

When events of medical violence as serious as those suffered by Joyce Echaquan occur and are made public, the anger they arouse is usually accompanied by a need to identify the culprits and punish them.

The reality, however, is more complex. A critical, interpretative review of the literature will help us to address this complex issue and to begin conceptualizing the phenomenon of medical violence.

The results indicate that medical violence takes place in a context where systemic discrimination and health service organizations play their part in the likelihood of being a victim of a medical violence event.

Interpreted using the theoretical frameworks of intersectionality and just-world belief theory, the results will have led to a conceptualization of a complex phenomenon arising from interactions between personal, organizational and structural components.

Analysis of the results revealed an association between impaired clinical judgment and violent behavior. Studying the phenomenon of medical violence joins the field of research concerning patient safety, which it would be relevant to explore in further research.

Finally, studying the phenomenon of medical violence allows us to conceptualize a complex phenomenon in which the individuals involved are not the only culprits. Healthcare organizations and structural components must be taken into account when determining relevant preventive activities.

Keywords : (1) medical violence, (2) systemic discriminations, (3) healthcare organization, (4) intersectionality, (5) belief in a just word theory, (6) complexity, (7) critical interpretative literature review.

Table des matières

Résumé.....	3
Abstract	4
Table des matières	5
Liste des figures.....	9
Liste des sigles et abréviations	10
Remerciements	12
Avant-propos.....	13
Chapitre 1 – Introduction, contexte et problématique.....	14
Introduction.....	15
Joyce Echaquan.....	16
Son histoire.....	16
Revue de littérature	20
Hypothèses.....	22
Hécatombe dans les CHLSD	22
Résumé de l’histoire.....	22
L’état des lieux	22
Les signes d’un âgisme systémique	23
Une transparence arbitraire	25
L’absence des géiatres.....	25
Revue de littérature	26
Rôle des médias	26
Rigidité du système.....	27
Manque chronique de personnel	27
Hypothèses.....	29
La problématique	29
Chapitre 2 – Les cadres conceptuels	31
Les cadres conceptuels.....	31
La croyance en un monde juste.....	35
Chapitre 3 – Méthodologie	38
La méthodologie, un enjeu associé à la question de recherche.	38
Le phénomène des violences médicales : une question éthique complexe.....	38

La revue critique interprétative de la littérature : une méthodologie adaptée au traitement d'une question éthique complexe	39
Intérêt de la revue critique interprétative en bioéthique	39
Rendre compte d'une approche itérative et critique de la méthodologie	41
Un processus itératif	41
Recherche fragmentée.....	42
La revue critique interprétative – une méthodologie proche de la recherche qualitative	45
Chapitre 4 – Résultats	48
Discriminations dans les services de santé	49
Violences obstétricales et gynécologiques (VOG)	49
Les données concernant la littérature	49
La prévalence	50
Le langage utilisé	50
La nature des VOG.....	51
Les VOG face aux discriminations intersectionnelles.....	53
Les enjeux structurels et organisationnels liés aux VOG	53
Grossophobie médicale	54
Données concernant la littérature	55
Prévalence	55
La violence de la grossophobie médicale.....	56
Croyances liées à l'obésité	57
L'OBÉSITÉ : un choix.....	57
L'OBÉSITÉ : une maladie effacée par les biais grossophobes	59
LA GROSSOPHOBIE : un biais qui efface les autres maladies	60
Intersectionnalité et grossophobie	61
Enjeux structurels et organisationnels liés à la grossophobie	62
Violence envers les personnes âgées en institutions	65
Données concernant la littérature	65
Prévalence	65
Les différents visages de la violence envers les personnes âgées en institutions	66
L'âgisme, une violence qui en enfante d'autres	69
Vulnérabilité sur vulnérabilité (l'intersectionnalité des facteurs de risque).....	69
La violence des soignants	71

La violence des institutions	71
L'organisation des soins centrée sur la tâche :	72
Climat de travail et culture organisationnelle:	73
Racisme.....	73
Données concernant la littérature	73
Prévalence	74
La violence derrière le racisme dans les services de santé	74
L'intersectionnalité et le racisme	76
Les enjeux structurels et organisationnels liés au racisme	77
Psychophobie médicale	80
Données concernant la littérature	80
Prévalence	80
La violence derrière la psychophobie médicale	81
Les croyances liées à la santé mentale.....	82
L'intersectionnalité et la psychophobie	83
Les enjeux structurels et organisationnels liés à la psychophobie	84
La psychophobie des soignants.....	85
Autres discriminations en santé	86
Violences médicales envers les LGBTQ +	86
Violences médicales envers les personnes en situation d'itinérance ou de grande pauvreté	88
Violences médicales envers les personnes en situation d'handicap	89
Chapitre 5 – Discussion	91
Les discriminations dans les services de santé : des violences à différents niveaux	91
Les violences médicales selon les perspectives micro, macro et méso	91
Perspective micro des violences médicales : les violences interpersonnelles	92
Généralités	92
La partie émergée de l'iceberg.....	93
La violence médicale, une violence subtile.....	93
Le bri de consentement	94
La violence relationnelle	94
Les croyances des soignants.....	95
La boucle de rétroaction	95
« Vous serez responsable » : la puissance de la CMJ.....	96

L'effet cumulé	97
Les soignants et les soignés.....	98
Les soignants.....	98
Le manque de compétence	98
La détresse émotionnelle	99
Altération du jugement clinique.....	99
Les soignés	101
Perte de confiance.....	101
Perspectives macro des violences médicales : Les oppressions systémiques.....	101
Une lecture intersectionnelle des résultats	102
Santé publique et CMJ : Entre santé populationnelle et santé individuelle	103
Perspective méso des violences médicales : Les violences organisationnelles	105
Organisation des services de santé.....	105
La gestion centrée sur la tâche	106
Le climat de travail	108
La culture du blâme.....	109
La position de pouvoir attribuée aux professionnels de la santé	109
La complexité du phénomène des violences médicales	110
La complexité : une question d'interaction.....	110
Les différents niveaux des violences médicales	111
Les deux axes d'expression de la violence médicale : Le jugement clinique et l'attitude	112
Pourquoi utiliser le concept de violences médicales est nécessaire.....	114
Points à considérer	115
Limites et forces de l'étude	116
Conclusion	117
Références bibliographiques.....	119
Annexe : Tableau des résultats	140

Liste des figures

Figure 1. – Les différents niveaux impliqués dans le phénomène des violences médicales et leurs interactions.....	111
Figure 2. – Les deux axes d’expressions des violences médicales	113

Liste des sigles et abréviations

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CMJ : Croyance en un monde juste

CMQ : Collèges des médecins du Québec

OIIQ : Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec

TCA : Trouble du comportement alimentaire

*À la mémoire de Joyce Echaquan,
À ceux dont nous ne connaissons pas le nom
Et pour toi aussi grand-maman*

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement ma directrice de mémoire Mme Béatrice Godard pour son temps, sa disponibilité et ses précieux conseils.

Je tiens également à remercier mes ami.e.s et collègues de travail qui ont su partager mes réflexions concernant ce mémoire. Merci pour leur écoute et leur support.

Avant-propos

Étudier le phénomène de la violence médicale alors qu'on est soit même professionnelle de la santé. Cela n'est-il pas étrange? Comme un « traître à son camp »? N'avons-nous pas été octroyée du titre « d'ange gardien » par le premier ministre François Legault aux début traumatique de la pandémie de COVID 19? Le concept d'une violence médicale n'est-il pas en soit un oxymore?

Mes 18 années de pratique en tant que professionnelle de la santé, une expérience personnelle douloureuse et le décès de Joyce Echaquan m'ont convaincue de la nécessité d'étudier ce phénomène. Si cela peut sembler être un biais à la neutralité de la présente étude, par soucis de transparence, je soulignerai trois choses à ce sujet. Premièrement, je croyais en la présence d'un phénomène de violence médicale structurelle avant de débiter mes recherches. Deuxièmement, je ne suis pas blasée par ma profession que je pratique toujours en parallèle. Finalement, je crois que la très grande majorité des professionnels de la santé sont des personnes bien intentionnées ayant à cœur le bien de leurs patients.

L'objectif de recherche était donc de faire un état des lieux de la littérature traitant du sujet de violences médicales afin de tracer les contours du phénomène et d'amorcer une interprétation critique à l'aide de modèles théoriques. Sans prétendre y être parvenue, cette recherche devrait apporter quelques bases théoriques à la question ainsi que des pistes de réflexions pour la recherche et la pratique.

Chapitre 1 – Introduction, contexte et problématique

Lorsqu'un événement dramatique impliquant des violences médicales, tel que le décès de Joyce Echaquan ou l'hécatombe survenue dans les CHLSD¹ du Québec au début de la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID 19, il est naturel de chercher un coupable afin d'éviter qu'une telle chose ne se répète. Malheureusement, il semble que cette manière de réagir, en ne traitant pas le problème en profondeur, ne conduit pas à des changements à long terme. (Lloyd et al. 2014).

Les rapports d'enquêtes concernant la mort de Joyce Echaquan ainsi que celui concernant les décès dans les CHSLD, évoquent la présence de discriminations² systémiques en tant que facteur ayant contribué à ces tragédies. Ces constats conduisent à envisager les violences médicales en tant que phénomène complexe où les discriminations systémiques seraient un facteur déterminant. Ainsi, le projet de ce mémoire aura été de conceptualiser le phénomène des violences médicales à partir de la littérature en adoptant principalement l'angle des discriminations systémiques.

Ce mémoire se détaillera en cinq parties principales. Ainsi, une mise en contexte de violences médicale est effectuée à partir de l'histoires de Joyce Echaquan et de l'hécatombe survenu dans les CHSLD du Québec. Suivra la section sur les cadres conceptuels où l'intersectionnalité et la théorie de la croyance en un monde juste seront expliquées en instant sur leur apport dans la recherche méthodologique ainsi que l'interprétation des résultats. La section suivante correspond à la méthodologie où le choix et les détails de la revue critique interprétative de la littérature seront discutés. Puis, vient la section des résultats où la littérature sera classée par thème proche des discriminations systémiques, suivi de la section discussion. Finalement une explication du phénomène des violences médicales complexes, bien au-delà des seuls individus impliqués dans un événement de violence médicale, sera proposé.

¹ Centre d'hébergement et de soins de longue durée.

² Définies comme « le fait de séparer un groupe humain des autres en le traitant plus mal » (Le Robert).

Introduction

Un phénomène complexe se doit d'être contextualisée. Si la recherche entourant les discriminations et les violences systémiques a explosé depuis trois à cinq ans; ce n'est pas étranger aux mouvements sociaux tel que #Metoo et Black Lives Matters qui ont popularisé les concepts de culture du viol³ et du racisme systémique⁴. Sujets sensibles, les débats se sont poursuivis sur la scène politique et médiatique. Entre les mouvements « Woke » et d'extrême droite, les sujets de justices sociales n'ont pas fini d'être controversées.

Aborder le phénomène des violences médicale sous l'angle des violences structurelles s'inscrit dans ce même courant académique. Cherchant des réponses à des drames humains. J'exposerai ici les situations de Joyce Echaquan et de l'hécatombe survenu au Québec dans les CHSLD lors de la première vague de COVID 19. Au-delà de la tragédie, ces deux situations exposent la violence médicale concrètement et illustrent l'objet de ma recherche. Ainsi, le décès de Joyce Echaquan expose l'archétype de la violence médicale à son apogée; l'hécatombe dans les CHSLD met en évidence une violence organisationnelle résultant d'un âgisme systémique.

Utiliser ces deux situations récentes survenues sur le territoire du Québec permet d'aborder rapidement un large éventail d'événements associés au phénomène des violences médicales. De plus, le caractère tragique de ces situations fortement médiatisées permet d'entrevoir intuitivement ce qui est sous-entendu par la notion de violence médicale.

³ Selon le Conseil du statut de la femme du Québec : « Ensemble de comportements qui banalisent, excusent et justifient les agressions sexuelles, ou les transforment en plaisanteries et divertissements. Le corps des femmes y est considéré comme un objet destiné à assouvir les besoins des hommes. Les commentaires sexistes abondent et ils créent un climat confortable pour les agresseurs. Dans une telle culture, la responsabilité de l'agression repose sur la victime, dont la parole est remise en cause » (Conseil du statut de la femme s. d.).

⁴ Selon l'Institut de recherche et d'information socioéconomique, organisation à but non lucratif fondé en 2000 : « Le racisme systémique renvoie à l'organisation de la société et aux structures qui reproduisent des inégalités fondées sur un processus de racialisation. [La Commission des droits de la personne et de la jeunesse \(CDPDJ\)](#) le définit plus spécifiquement comme « [u]ne production sociale d'une inégalité fondée sur la race dans les décisions dont les gens font l'objet et les traitements qui leur sont dispensés. L'inégalité raciale est le résultat de l'organisation de la vie économique, culturelle et politique d'une société. Elle est le résultat de la combinaison de ce qui suit : la construction sociale des races comme réelles, différentes et inégales (racialisation); les normes, les processus et la prestation des services utilisés par un système social (structure); les actions et les décisions des gens qui travaillent pour les systèmes sociaux (personnel). » Le racisme systémique induit ainsi des comportements discriminatoires qui ont pour effet de perpétuer les inégalités vécues par les personnes racisées notamment en matière d'éducation, de revenus, d'emploi, d'accès au logement et aux services publics » (IRIS 2021).

L'objet de ce mémoire est de dépasser les intuitions afin d'entamer une réflexion sur le concept de violences médicales à l'aide d'une revue critique interprétative de la littérature. Le décès de Joyce Echaquan ainsi que l'hécatombe survenue dans les CHSLD du Québec au printemps 2020 comportent des éléments éloquents de violences survenus en contexte médical. Introduire la question du phénomène de violences médicales à partir de ces situations soulève, à même les rapports du coroner, des enjeux de violences structurelles tels que le racisme systémique ainsi que l'âgisme systémique.

Étudier les violences médicales à titre de violence structurelle spécifique, au-delà des événements de violences eux-mêmes, nous apparaît nécessaire à la meilleure compréhension des facteurs de risques qui y sont associés ainsi qu'à sa prévention.

[Joyce Echaquan](#)

Le 28 septembre 2020, Joyce Echaquan est décédée à l'hôpital de Joliette à la suite d'une série d'erreurs médicales. Cependant, ce qui marqua les esprits, ce sont les propos d'une violence inouïe formulés par des professionnels de santé à son égard, quelques heures à peine avant sa mort. Constaté que ce drame aurait pu rester dissimulé sans l'initiative d'en faire une vidéo live sur Facebook ajoute au malaise déjà provoqué par le drame lui-même.

[Son histoire](#)

Le décès médiatisé de Joyce Echaquan est survenu quelques mois seulement après le décès de Gorges Floyd aux États-Unis; en plein débat sur la reconnaissance d'un racisme systémique au Québec. À l'automne 2021, la coroner Géhane Kamel affirmait dans son rapport que le racisme systémique aura contribué à son décès. Pour celles et ceux qui avaient suivi la couverture médiatique, relire les propos tenus reste bouleversant mais tout de même attendu. Cependant, ce n'est pas, à proprement parlé, cette violence explicite qui aura causé la mort de Joyce

Echaquan ce jour-là mais bien l'altération du jugement clinique⁵ des professionnels. Au point où ils auront manqué les signes évidents qu'elle était en train de mourir d'une insuffisance cardiaque exacerbée; condition pour laquelle elle était pourtant déjà connue. En effet, Joyce Echaquan était connue pour une cardiomyopathie non ischémique sévère avec une fraction d'éjection oscillant entre 38% et 10% et porteuse d'un défibrillateur certainement pour la même raison (Kamel 2021)

Avant d'aborder le lien entre les discriminations et le jugement clinique, il est pertinent de s'attarder sur la démarche clinique basée sur le diagnostic différentiel. Classiquement, le professionnel récoltera l'histoire de santé, les antécédents personnels et d'autres informations pertinentes (ex. médication, allergies et habitudes de vie). À partir de cette histoire, il doit normalement établir une liste de diagnostic différentiel, en débutant par les plus fréquents et les plus graves. À partir de cette liste de diagnostic différentiel, il devrait requestionner le patient afin de compléter les informations pertinentes et ainsi établir une liste d'examen diagnostiques à compléter pour parvenir à un diagnostic plus probable et à un traitement adapté.

Selon le rapport de Me Kamel (2021), Joyce Echaquan se présentait pour une douleur épigastrique, accompagné de palpitation et d'orthopnée⁶. Ses antécédents d'insuffisance cardiaque sévère devraient appuyer l'hypothèse d'une insuffisance cardiaque. Bien qu'il soit pertinent de procéder à des bilans et à un électrocardiogramme pour éliminer un syndrome coronarien aigu⁷ (ce qui a été fait); la radiographie pulmonaire et l'échographie cardiaque auraient été plus pertinents pour évaluer l'hypothèse d'une exacerbation de l'insuffisance cardiaque. Cette hypothèse ne semble pas avoir été évoquée.

Le diagnostic de syndrome coronarien éliminé, Mme Echaquan fut admise sous les diagnostics d'anémie exacerbée (baisse marquée de 107 g/L à 81 g/L en l'espace d'un mois) et d'une douleur

⁵ Le jugement clinique est un concept important de la prise de décision clinique qui reste difficile à définir précisément. Selon Nagels : « La pensée critique apparaît comme une ressource au service du jugement clinique en facilitant le processus de résolution de problème, problème rencontré dans des situations professionnelles variées [...] Le jugement clinique [...] suppose de rassembler dans un ensemble les critères cognitifs et métacognitifs de la qualité de l'intervention professionnelle » (Nagels 2017). Ce même auteur rapporte les propos de Psiuk (2006) : « [le jugement clinique] processus d'identification de l'ensemble des problèmes de santé réels et potentiels d'une personne, mais étalement des capacités (...) » (Nagels 2017).

⁶ Essoufflement survenant en position couchée, fréquente en situation de surcharge secondaire à une insuffisance cardiaque gauche.

⁷ Inclus les diagnostics d'infarctus du myocarde et angine instable.

épigastrique de cause inconnue (l'origine épigastrique fut suspectée malgré une gastroscopie sans particularité quelques semaines plus tôt). Une coloscopie est demandée afin d'éliminer un saignement intestinal. Les saignements gastro-intestinaux sont la cause la plus fréquente d'anémie ferriprive chez les hommes et les personnes de plus de 50 ans. Cela dit, la cause la plus fréquente d'anémie chez les femmes en âge de procréer sont d'origines gynécologique. Le rapport ne fait pas état de recherche en ce sens (Kamel 2021).

Lors de son séjour à l'urgence, Mme Echaquan présentait de façon intermittente des périodes plus ou moins importante d'agitation. Cet état est attribué à un sevrage possible aux narcotique et au cannabis sans qu'une consommation réelle ne fut démontré (Kamel 2021). S'il est vrai que cesser brusquement la consommation de narcotiques puisse être associé à un sevrage, il doit normalement s'agir de consommation importante (ce qui n'était pas le cas de Mme Echaquan). La consommation de cannabis est parfois associée à des psychoses toxiques (état psychotique et non une simple agitation) mais n'est pas réputé pour causer des symptômes de sevrage (contrairement à la cigarette et l'alcool par exemple). Malgré le fait que l'hypothèse du sevrage soit peu crédible avec l'histoire médicale, ce fut l'hypothèse qui guidera l'ensemble des interventions jusqu'à son décès.

Si le jugement des professionnels n'avait pas été altérés, ceux-ci auraient dû envisager que l'agitation de Mme Echaquan puisse être le symptôme d'une hypoxie⁸ cérébrale. En cas d'insuffisance cardiaque, la pompe inefficace peut entraîner une hypoperfusion du tissu cérébral. De plus, l'anémie pour laquelle Mme Echaquan fut admise a pu entraîner une diminution de l'oxygène transporté par le sang. En seule réponse à son agitation, Mme Echaquan aura été contentionnée, supposément à sa demande. Cette affirmation fut remise en question par la coroner tant cela lui semblait peu crédible (Kamel 2021)

La prise de poids de 5.2 kg en 24h aurait également dû éveiller les soupçons d'une exacerbation d'insuffisance cardiaque. La pompe n'irrigant plus suffisamment bien les reins, ceux-ci ne produisaient plus autant d'urine créant une rétention liquidienne; cela exacerbe d'autant plus la surcharge pulmonaire, entraînant une diminution supplémentaire de l'apport en oxygène. Ici, le

⁸ Diminution de la quantité d'oxygène que le sang distribue aux tissus (dont le cerveau).

médecin responsable avait justifié cette donnée par une erreur sur le poids de référence inscrit au dossier la veille. Cette justification était aussi questionnable selon la coroner (Kamel 2021).

S'il est vrai que des erreurs de ce type surviennent à l'occasion, une règle d'or consiste à se référer à l'état clinique du patient. L'état clinique de Mme Echaquan ne permettait pas de conclure aussi rapidement à une erreur de prise de note et aurait dû impliquer une surveillance accrue de ses paramètres vitaux. Ce ne fût pas le cas et les contentions (physiques et chimiques) appliquées pour son agitation ont potentiellement contribué à sa mort, l'empêchant de s'asseoir pour faciliter sa respiration (Kamel 2021).

Il n'est pas évident pour un non professionnel d'apprécier l'ampleur de ce manque de jugement clinique. Bien qu'il faille rester critique de nos propres jugements lorsque nous analysons une situation en rétrospective, le rapport est accablant. Pendant les 36 heures que Mme Echaquan aura passé à l'urgence, en plus de ne pas recevoir les soins nécessaires à sa condition de santé, elle aura été physiquement et psychologiquement maltraité.

L'histoire de Joyce Echaquan témoigne d'une violence difficile à concevoir. Pour éviter les interprétations, voici quelques propos rapportés dans le rapport de Me Kamel (2021), propos qui ont été diffusés sur Facebook puis dans plusieurs médias :

- On va la laisser à terre un peu, hein.
- On va s'occuper de toi. Je pense que tu as de la misère à t'occuper de toi là. Faque on va le faire à ta place, OK?
- Asti d'épaisse de tabarnouche.
- Ça là, c'est mieux mort ça [...]
- 5 min 25s : *La patiente se met à gémir fort*
- T'as-tu fini de niaiser là!... Câlisse
- Joyce : Si tu étais à ma place là
- Heille t'es épaisse en câlisse
- Joyce : J'aime pas ça qu'on me dise que je niaise là-dessus.
- Bien t'as fait des mauvais choix ma belle.
- Qu'est-ce qu'ils penseraient, tes enfants, te voir comme ça?
- Joyce : C'est pour ça que je suis venue hier.
- Ben meilleur pour fourrer que d'autres chose ça... hein
- Surtout que c'est nous autres qui paient pour ça...
- 6 min 9s : *Joyce gémit fort*
- Son esti de cell est là.

Le rapport précise qu'à ce moment, l'infirmière aurait tenté d'effacer l'enregistrement mais que celui-ci avait déjà été diffusé. Questionnée sur cet enregistrement, l'infirmière et la préposée aux bénéficiaires ont niés avoir des préjugés⁹ raciaux. L'une d'elle a affirmé qu'elle aurait réagi de la même manière avec « une femme sur le bien-être sociale qui a plein d'enfant » (Kamel 2021). La cheffe de service quant à elle affirma qu'il y a en a sûrement mais qu'elle n'en était pas témoin.

Lorsque la fille de Mme Echaquan est arrivée à son chevet, celle-ci était contentionnée et lui semblait morte. Les images vidéo qu'elle a prise de sa mère montre que l'amplitude respiratoire n'est pas perceptible. Peu après les notes de la résidente en gastroentérologie passé la voir indiquent « patiente calme, attachée aux 4 membres, difficilement éveillable ». À ce moment, la fille de Mme Echaquan et un membre de la famille aurait demandé qu'on fasse quelque chose, conversation qui fut traduite par la résidente comme des menaces de leur part (Kamel 2021). Cette conversation aura eu lieu 10 min avant le transfert en salle de réanimation, et moins de 30 min avant que la mort de Mme Echaquan soit constatée.

Après sa mort, des témoins civils affirmèrent avoir entendu : « Les Indiennes, elles aiment ça se plaindre pour rien, se faire fourrer pis avoir des enfants. Pis c'est nous autres qui paient pour ça. Enfin, elle est morte. »

Le décès de Joyce Echaquan a amené le Collège des médecins Québec (CMQ 2021) et l'Ordre des infirmières et infirmières du Québec (OIIQ 2022) à reconnaître le *principe de Joyce* afin de lutter contre le racisme systémique au sein du système de santé québécois. Une formation web de quelques heures visant la sensibilisation à la réalité autochtone fut également dispensée aux professionnels.

[Revue de littérature](#)

De graves inégalités de santé touchent les populations autochtones du Canada (Allan et Smylie 2015). Les discriminations systémiques sont de plus en plus identifiées comme contributives à ces inégalités de santé (Gazard 2018; Kitching et al. 2020). Joyce Echaquan n'est pas la seule à être décédée des conséquences d'un racisme systémique. En 2008, dans une salle d'urgence de

⁹ Préjugé : Croyance, opinion préconçue souvent imposée par le milieu, l'époque, l'éducation; parti pris, idée toute faite (Le Robert).

Winnipeg, Brian Sinclair décédait de complications d'une infection urinaire après avoir attendu 34 heures sans soins; son état de somnolence avait été attribué à tort à un état d'intoxication plutôt qu'à un état infectieux (Ray, Wylie, et Corrado 2022). Au Canada, un rapport de 2017 nous informait que la mortalité maternelle des femmes issues des Premières Nations et Inuits était de quatre à cinq fois supérieure à la population générale (Sheppard et al. 2020). Dans les salles d'urgences aux États-Unis, les hommes noirs courent plus de risques que la population générale de se voir appliquer des mesures de contentions physique par les professionnels de santé (Carreras Tartak et al. 2021; Schnitzer et al. 2020). D'autres études révèlent que des biais implicites¹⁰ entraveraient le jugement des professionnels de santé, causant des retards d'investigation, de diagnostic et de traitement (FitzGerald et Hurst 2017). Les professionnels de la santé auraient tendance à moins bien traiter la douleur pour les personnes noire que pour les personnes blanches (Mathur et al. 2022). Ce fait étonnant se retrouve également pour d'autres formes de discriminations tel que l'obésité (Boyle et al. 2019; Nagpal et al. 2022; O'Donoghue et al. 2021) et les soins psychiatriques (Recto et al. 2020; Sedney et al. 2023; Urbanoski et al. 2020). Il nous apparaît que ces erreurs de jugement souvent difficiles à démontrer sur la base de cas particuliers pourraient contribuer aux inégalités de santé.

Si les impacts du racisme systémique sont indéniables, il semble pertinent d'ouvrir la réflexion sur les autres sources de discriminations systémiques potentiels. Lorsque la professionnelle interrogée par Me Kamel s'est défendue d'avoir agi par racisme; elle affirma : « J'aurais agi ainsi avec n'importe quelle femme, pauvre, avec beaucoup d'enfant ». Ces propos relèvent des biais sexistes et classistes. De plus, le biais raciste anti-autochtones est accompagné d'un biais psychophobe (en lien avec un trouble d'abus de substance présumé). Une personne itinérante ne serait-elle pas à risque subir le même sort que Joyce Echaquan? Une personne atteinte de trouble d'abus de substance ne pourrait-elle pas avoir besoin de services de santé? Ce qui nous amène à poser les hypothèses suivantes :

¹⁰ Un biais implicite est défini comme une attitude négative inconsciente au sujet d'un groupe social spécifique contribuant aux inégalités (Maina et al. 2018).

[Hypothèses](#)

En plus du racisme systémique anti-autochtone, Mme Echaquan aura été victime de biais sexistes et classistes de la part des professionnels de santé.

Il est raisonnable de penser que d'autres facteurs de discrimination potentiels puissent favoriser l'émergence de situation de violence médicale.

Étant donné la nature des violences verbales proférée à l'encontre de Mme Echaquan, il est raisonnable de penser que le climat de travail tolérait ce type de comportement.

[Hécatombe dans les CHLSD](#)

Au printemps 2020, lors de la première vague de COVID 19, une véritable hécatombe a frappé les CHSLD du Québec. Si la pandémie reste la grande responsable, les enquêtes subséquentes mettront en évidence une fragilité organisationnelle ainsi que des problématiques sévissant depuis longtemps dans les résidences pour personnes âgées (CISSSCA 2021; Gagnon 2020; Kamel 2022). Ce drame aura soulevé plusieurs questions sur le traitement réservé aux personnes âgées vivants en institutions.

[Résumé de l'histoire](#)

Dans son rapport, M^e Kamel (2022) met en garde contre le piège de la banalisation. Après avoir enquêté sur le décès de 53 personnes âgées, elle affirme que chaque situation examinée aurait pu devenir un cas d'espèce. Dans une situation de soins il arrive que, le normal et l'anormal, l'erreur et la fatalité, se côtoient et se confondent. Cela dit, les conditions du début de la crise sanitaire rappellent plutôt un mauvais livre de dystopie. Des résidents laissés à eux-mêmes; des familles ne pouvant ni voir ni communiquer avec leurs proches; la police elle-même ne pouvant accéder aux résidences faute de matériel de protection individuelle contre la COVID-19 (Kamel 2022).

[L'ÉTAT DES LIEUX](#)

On nous décrit des lieux nauséabonds, des planchers collants, des repas non touchés ni ramassés, des résidents assoiffés en état de déshydratation et souillés dans leurs excréments (Gagnon

2020), qui aura vraisemblablement contribué au décès de nombreuses personnes âgées (Kamel 2022). La situation semble attribuable au moins partiellement à une négligence organisationnelle¹¹, exacerbée par un manque de personnels accru par la pandémie et le retrait des proches aidants des milieux de vie.

L'une des raisons invoquées par le MSSS pour restreindre l'accès des proches aidants fut la protection des aidants eux-mêmes, vulnérables du fait que la plupart d'entre eux étaient âgés (Kamel 2022) p.109. Infantiliste pour les familles, cette politique restreignant l'accès à leur proche s'inscrit explicitement dans ce qu'il convient de qualifier de politique âgiste selon la terminologie sur la maltraitance envers les personnes âgées (Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées et al. 2022).

L'analyse a posteriori des politiques adoptées par la santé publique en ce début de crise sanitaire laisse entrevoir un âgisme systémique. Par exemples, voici quelques politiques discutables : (1) le retrait des proches aidants des milieux de vie au nom de leur propre protection (Kamel 2022); (2) l'absence de mesures de protection individuelle additionnelle en raison du statut arbitraire de « milieux de vie » (en opposition aux milieux de soins) (Kamel 2022); (3) les transferts précipités des personnes âgées des hôpitaux vers des CHSLD jusqu'au 31 mars 2020, fragilisant encore davantage des structures déjà précaires et mal préparées (Kamel 2022) et (4) la consigne de ne pas transférer les personnes hébergées vers les centres hospitaliers (Kamel 2022).

LES SIGNES D'UN ÂGISME SYSTÉMIQUE

Si l'urgence sanitaire liée à la pandémie de la COVID 19 a légitimement justifié certaines violations de droit, il est nécessaire d'évaluer ce qui a été transgressé afin d'en évaluer la pertinence et les conséquences. À ce sujet, les experts, Drs Réjean Hébert, Quoc-Dihn Nguyen et Vinh-Him Nguyen sont très critiques, y voyant les conséquences d'un âgisme systémique ayant mené à des pratiques se rapprochant d'une forme d'euthanasie chez les aînés (Kamel 2022).

¹¹ Négligence organisationnelle : Offre de soins ou de service inadaptée aux besoins des personnes, directives absente ou mal comprise de la part du personnel, capacité organisationnelle réduite, formation inadéquate du personnel, etc. (Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées et al. 2022).

Alors que les CHSLD étaient en pleine éclosion, que les résidents n'étaient pas nourris ni hydratés, qu'il n'y avait pas de mesure de protection et qu'une pénurie de main-d'œuvre ne permettait pas d'assurer la sécurité des résidents, le coroner a questionné les directives ministérielles de prévention de la COVID-19 :

« [...] en CHSLD, les soins exigent une proximité bien plus grande que ce qui était exigé en CDE¹² ou même en centre hospitalier. Comment, à ce compte-là, tolérer moins de contraintes en CHSLD [fait référence à l'obligation de port de EPI¹³ dans les CDE et centre hospitalier et non dans les CHSLD]? Ce jour-là, on a toléré l'intolérable. C'est un jour triste pour la médecine au Québec. Un cas d'anthologie qu'il faudra un jour enseigner dans les facultés de science infirmière et de médecine. Pour ne pas oublier » (Kamel 2022).

Confronté à leur incapacité à fournir des soins essentiels, M^e Kamel (2022) s'explique mal qu'on ait blâmé le CHSLD [Herron] pour avoir transféré à l'hôpital des résidents dont la vie était en danger. Elle ajoute : « lorsqu'un établissement est débordé au point de mettre en péril la survie des résidents, on peut mettre en cause sa gestion menant à cet état de fait, mais certainement pas son appel à l'aide (Kamel 2022).

C'est dans ces conditions, régulièrement décrites à l'aide d'un lexique relatif à la guerre, que plusieurs résidents se sont vu offrir des soins palliatifs. Malgré ce contexte, M^e Kamel (2022) questionne le processus parfois expéditif ayant mené à cette ultime décision médicale. D'ailleurs, plusieurs familles ont témoigné avoir donné leur consentement par téléphone, après une brève discussion, insuffisante au consentement clair et éclairé (Kamel 2022).

M^e Kamel (2022) conçoit difficilement qu'une décision aussi importante que la sédation palliative en continu ait pu se prendre par téléphone. Elle rappelle que la sédation palliative survient habituellement des suites d'une longue maladie terminale telle que le cancer; en situation aiguë, malgré le contexte de la pandémie, cette décision aurait dû être validée par une visite médicale (Kamel 2022).

Plusieurs éléments auront contribué à cette *tempête parfaite* aux conséquences dramatiques. D'une part, la transmission par inhalation aura été sous-estimée, impactant le processus de

¹² Clinique désignée de dépistage et d'évaluation COVID-19.

¹³ Équipement de protection individuelle.

gestion du risque (Kamel 2022). Une politique rigide a conduit à des aberrations telles que celle d'interdire à une chirurgienne venue porter main forte le droit de porter son propre masque N95 en zone chaude. Malgré ses connaissances en matière de mesure de protection individuelle, Dre Mélanie Roy contracta la COVID (Kamel 2022) ce qui illustre bien le risque auquel s'exposait l'ensemble des travailleurs et résidents en CHSLD au printemps 2020.

UNE TRANSPARENCE ARBITRAIRE

De nombreux problèmes de communication furent pointés du doigt pour expliquer l'apparente l'inaction en début de crise (Gagnon 2020; Kamel 2022). Malheureusement, l'analyse de la situation soulèvera des enjeux de transparences et d'intégrités. En effet, lorsque le drame est rendu public le 11 avril 2020, les informations conduisant aux accusations de négligence criminelle envers le CHSLD Herron étaient partiellement fausses; la majorité des décès s'étant produit alors que le CIUSSS assumait déjà la gestion clinique du CHSLD (Kamel 2022). Rapportant des échanges par textos tenus par la PDG du CIUSSS (LM) et le sous-ministre de la santé et des services sociaux (YG) la veille de cette conférence de presse, M^e Kamel (2022) souligne que « le message semble être réfléchi de manière à éviter que le jupon du CIUSS en dépasse » :

- YG : as-tu du nouveau pour ce soir? J'ai informé tout le monde de mon côté et les ministres [...]
- LM : Nous sommes sur place au siège social, nous finalisons l'état de la situation [...] Après l'envoi de l'ES¹⁴ vers toi, nous allons aviser la police [...]
- YG : pour les policiers, l'enquête peut débuter demain, mais il faut les avoir informés pour démontrer votre pro-action.
- LM : [...] la police est notifiée et l'enquête sur la négligence criminelle débutera demain matin.

L'ABSENCE DES GÉRIATRES

Alors que les personnes âgées étaient les premières victimes de cette crise sanitaire, ce n'est que le 13 avril qu'un groupe d'expert gériatre fut formé (Kamel 2022). Alors que les acteurs du MSSS avaient connaissance de la vulnérabilité de la population âgée face à la COVID-19 (Kamel 2022), il peut paraître surprenant d'avoir mis un mois après le début de l'état d'urgence sanitaire pour consulter les experts du domaine. De plus, Me Kamel (2022) s'étonne du fait que ces experts aient

¹⁴ État de la situation

dû signer une entente de confidentialité leur exigeant de ne pas parler aux médias (Kamel 2022). Ce point soulève des enjeux de transparence et d'indépendance professionnelle, mais qui dépasse le cadre de l'étude actuelle.

L'intérêt de traiter la tragédie survenue dans les CHSLD du Québec dans le cadre d'un mémoire concernant le phénomène des violences médicales est multiple. En plus d'exposer un âgisme systémique auparavant largement ignoré; l'analyse met en évidence des intrications entre les drames individuels, les organisations de santé et les politiques teintées du cadre général néolibéral¹⁵. C'est l'effet catalyseur de la pandémie qui aura concentré une somme de négligence rendue impossible à ignorer; s'inscrivant naturellement sur le spectre des violences médicales et des violences structurelles. D'ailleurs, M^e Kamel conclut son rapport en invitant le gouvernement à la réflexion en regard de cette tragédie, soulignant la nécessité de revoir les paradigmes institutionnels actuels ayant contribué au manque de préparation et de souplesse nécessaire à la gestion de crise (Kamel 2022).

[Revue de littérature](#)

RÔLE DES MÉDIAS

La crise sanitaire aura mis en évidence une problématique structurelle. En avril 2020, Radio-Canada publiait un reportage particulièrement accablant au sujet du Manoir Liverpool où des lacunes récurrentes étaient pourtant connues depuis son ouverture en 2014 (ICI.Radio-Canada.ca 2020). L'enquête effectuée ultérieurement par le CIUSSS de Chaudière-Appalaches (CIUSSCA) confirmera que 13 des 15 allégations étaient pleinement fondées (CIUSSCA 2021). Faisant écho à l'exposition médiatique entourant l'histoire de Joyce Echaquan, Me Kamel (2022) soulignera que la situation dramatique qui prévalait au Manoir Liverpool aurait bien pu perdurer en l'absence de ce reportage.

¹⁵ Le néolibéralisme peut être compris à la fois comme une philosophie politique et un paradigme économique (Lynch 2020). Dominant depuis les années '80, le paradigme néolibéral est associé à l'avènement de politiques de restriction des dépenses dans les services sociaux et à la dérégulation du marché du travail. [...] Les politiques néolibérales sont associées à l'augmentation des inégalités socio-économiques (Lynch 2020).

Périodiquement, des scandales traitant d'institutions de soins sont rapportés dans les médias. Si généralement le gouvernement semble prendre action suite à ces dénonciations, il semble que leurs interventions demeurent superficielles, évitant les changements structurels (Lloyd et al. 2014). Si plus souvent il s'agit de trouver un coupable ou resserrer les mesures de surveillances; il semble nécessaire de s'interroger sur la pertinence de ces mesures. D'une part, ces mesures existent déjà (Agrément Canada, ordres professionnels, commissaires aux plaintes, etc.). D'autre part, la nature structurelle à l'origine de plusieurs situations dramatiques n'est pas questionnée par ces mesures.

RIGIDITÉ DU SYSTÈME

À la recherche d'un diagnostic organisationnel de la gestion de la pandémie de COVID-19 dans les services d'hébergement, un groupe de chercheurs québécois s'est intéressé à la gouvernance appliquée au réseau de la santé (Bernatchez, Ménard, et Couture-Ménard 2022). Leur analyse remet en question le modèle pyramidal hiérarchique actuel; ouvrant la porte à une gestion de proximité plus souple centrée sur la personne plutôt que sur l'institution (Bernatchez et al. 2022). La recommandation d'amorcer la réflexion pour favoriser une plus grande agilité et la performance du système de santé adressée au gouvernement du Québec de la part de Me Kamel, pourrait être interprétée dans le même sens (Kamel 2022).

La grille de lecture organisationnelle élaborée par Bernatchez et al. (2022) pourrait expliquer au moins partiellement la rigidité avec laquelle les règles sanitaires ont globalement été appliquées sans nuances. Le modèle actuel distribue le pouvoir décisionnel parmi différents cadres selon la problématique à l'étude, entraînant de la confusion et peu de pouvoir décisionnel aux gestionnaires de proximité (Bernatchez et al. 2022). Cette structure organisationnelle pourrait avoir contribué à l'application stricte des restrictions destinées aux proches aidants. À ce sujet, la consigne gouvernementale était claire et aura été appliquée uniformément: à l'exception des résidents en fin de vie, les proches aidants n'avaient droit à aucune visite (Kamel 2022).

MANQUE CHRONIQUE DE PERSONNEL

Reflet d'un réseau malade des suites des réformes teintées de néolibéralisme (Bernatchez et al. 2022), le manque de ressources en CHSLD n'est pas survenu avec l'avènement de la pandémie de

COVID 19. Si la situation est déjà difficile dans des CHSLD public ou privé conventionnés, elle l'est encore davantage dans les résidences privées non conventionnées. Les rapports de M^e Kamel (2022) et de M. Gagnon (2021) font part du fait que la situation financière du CHSLD Herron s'est trouvée dégradée en raison d'une mésentente avec le CIUSSS. En effet, le CIUSSS louait des lits de longue durée dans l'établissement privé, mais comme l'entente n'avait pas été renouvelée, le CHSLD privé se trouvait sous financé. Me Kamel (2022) dans son rapport remet en question la structure même des CHSLD privés non subventionnés; jugeant leur précarité financière trop importante et à risque d'impacter négativement les ressources disponibles pour les résidents.

Le manque de personnel dans les institutions pour personne âgées est un problème chronique et connu internationalement (Armstrong et al. 2011; Banerjee et al. 2012; Saga et al. 2021; Wangmo, Nordström, et Kressig 2017). Dans ce contexte de manque de personnel chronique, les proches aidant effectuent plusieurs tâches pour répondre aux besoins de leurs proches. Aussi, dans le cadre de la crise sanitaire, l'appui des proches aidants aurait été un atout, en plus d'un soutien émotionnel indéniable (Kamel 2022). Pour Dr Brazeau, « Il n'y a aucun doute dans mon esprit que la présence d'un proche aidant aurait eu comme effet bénéfique de donner une chance de survie à certains aînés [...] » (Kamel 2022).

Dans la conclusion de son rapport, M^e Kamel cite les propositions de Dr Réjean Hébert :

« Il faudra remettre en question l'approche québécoise et canadienne de prioriser la solution institutionnelle en réponse à une perte d'autonomie. Les soins à domicile sont familiaux et devront faire l'objet d'une attention prioritaire au cours des prochaines années. Il faut non seulement améliorer substantiellement le financement, mais aussi changer le mode de financement actuellement axé sur les établissements. La mise en place d'une assurance publique de soins long terme comme l'ont fait de nombreux pays européens et asiatiques est incontournable pour permettre aux personnes âgées de vivre à domicile le plus longtemps possible ».

L'ampleur du drame survenu dans les CHSLD dans le contexte de la crise sanitaire aura exigé qu'on s'intéresse de plus près aux conditions de vie des personnes âgées en institutions. Plusieurs éléments, à la fois systémiques et organisationnels méritent d'être approfondis afin de comprendre la situation et d'éviter qu'elle ne se répète. Ce qui nous amène à poser les hypothèses suivantes :

Hypothèses

Les aînées vivant en institution sont à risque de subir des mauvais traitements.

Les maltraitances subies par les personnes âgées en institution sont fortement banalisées et normalisées.

La crise de COVID a révélé des problèmes structurels et organisationnels dans la gestion des CHSLD.

Les politiques néolibérales et l'âgisme systémique auront conduit à affaiblir les institutions de soins de longue durée.

La problématique

En raison des constats suivants :

Le décès de Joyce Echaquan est un exemple explicite de violence survenue en contexte de services de santé. Considérant que le racisme systémique ait contribué à son décès, il est raisonnable d'envisager que les personnes victimes de discriminations systémiques soient plus à risque de subir des violences médicales.

La violence des propos tenus avant et après la mort de Joyce Echaquan laisse croire que le personnel tolérait ce type de comportement. Les facteurs organisationnels, dont le climat de travail négatif, devraient faire partie de l'analyse d'une situation de violence médicale.

L'hécatombe survenu dans les CHSLD lors de la crise sanitaire aura mis en évidence des violences subtiles survenues en contexte de services de santé qui seraient restées banalisées sans la mise en commun des situations particulières. L'analyse du contexte entourant le décès des personnes âgées vivant en institution aura permis de suspecter des problématiques organisationnelles et structurelles majeures tolérées dans un contexte d'un âgisme systémique ambiant devant être pris en compte dans la conceptualisation du phénomène des violences médicales.

Hypothèse de recherche : Au-delà des événements de violences eux-mêmes, le phénomène des violences médicales est un phénomène complexe influencé par des facteurs systémiques, organisationnels et personnels.

Chapitre 2 – Les cadres conceptuels

Considérant l'hypothèse de recherche stipulant que le phénomène des violences médicales est un phénomène complexe aux causes systémiques (macro), organisationnelles (méso) et interpersonnelles (micro), deux cadres théoriques complémentaires sont venus éclairer la recherche de littérature pertinente à la compréhension du phénomène des violences médicales.

Les cadres conceptuels

S'intéressant en particulier aux phénomènes d'oppressions systémiques, l'intersectionnalité s'est naturellement imposée en soutien théorique à la recherche actuelle. Cela dit, tout un pan de la littérature traitant des biais cognitifs associés aux jugements hâtifs semblait laissé de côté ou insuffisamment traité par le modèle intersectionnel. Aussi, la croyance en un monde juste (CMJ) a permis d'approcher un autre angle théorique au phénomène des violences médicales.

L'intersectionnalité

La théorie intersectionnelle développée dans les années '80 aura permis d'éclairer les oppressions systémiques et leurs interactions. Au cours de la dernière décennie, l'intersectionnalité a connu une montée en popularité possiblement en raison de sa pertinence dans les questions de justice sociale. Originnaire du courant féministe noire (Collins 2020; Crenshaw 1989), l'intersectionnalité postule qu'une femme noire subira à la fois, du sexisme dû au fait d'être une femme et du racisme dû au fait d'être noire; en effet, le sexisme qu'elle subira sera teinté de racisme et le racisme qu'elle subira sera à son tour teinté de sexisme. Autrement dit, elle ne vivra pas le « même sexisme » qu'une femme blanche ni le « même racisme » qu'un homme noir. Ainsi les systèmes d'oppressions se croisent et ces croisements forment des oppressions particulières.

L'intersectionnalité s'est développée à partir des principaux systèmes d'oppression basés sur la race, le genre, le sexe et la classe (Collins 2020). De ce fait, le modèle intersectionnel traite de systèmes d'oppressions tels que le racisme, le sexisme ainsi que le classisme. Aussi, les fondatrices de la pensée intersectionnelle ont rapidement compris qu'elles touchaient à un phénomène

complexe (Collins 2020; Crenshaw 1989) et que le focus sur l'intersectionnalité de la race et du genre permettait de souligner le besoin de prendre en compte l'ensemble des différentes identités opprimées dans un monde socialement construit (Crenshaw 1991). Aussi, l'intersectionnalité renvoie à une théorie transdisciplinaire visant à appréhender la complexité des identités et des inégalités sociales par une approche intégrée, réfutant ainsi le cloisonnement ou la hiérarchisation des formes d'oppressions basées sur des catégorisations identitaires telle que la race, le sexe, le genre, la classe, ou autres (Sirma 2009).

L'existence de ces systèmes d'oppression multiples, interagissant entre eux et sur les catégories identitaires, contribue à la production et la reproduction d'inégalités sociales (Collins 2020; Crenshaw 1989). S'il est pertinent d'étudier chacune de ces catégories individuellement, Hancock (2007) affirme que la relation entre ces catégories demeure une question empirique ouverte (Hancock 2007), c'est-à-dire, insuffisamment étudiée. Cette allégation est supportée par l'ampleur de la littérature portant sur les différentes formes de discriminations en santé prises séparément, alors qu'il n'existe pour ainsi dire pas de littérature portant sur les relations entre ces différentes discriminations en santé.

Alors que le présent mémoire utilisera les termes de discrimination ou d'oppression plus ou moins indistinctement, l'intersectionnalité privilégie l'utilisation du terme oppression (Collins 2020; Crenshaw 1989; King 1988). Les discriminations, de même que les oppressions systémiques, réfèrent généralement à des caractéristiques individuelles stigmatisantes pouvant porter préjudice à l'individu. Si parler de discrimination est connoté négativement et revêt une notion d'injustice, elle n'est pas invariablement associée à une forme de violence. Une oppression, quant à elle, fait référence aux dynamiques de domination et de subordination structurelle (MacKinnon 2013) et admet donc nécessairement une forme de violence.

Admettre le concept d'oppression systémique, c'est admettre la présence d'une violence structurelle émanant des systèmes d'oppression et se diffusant à travers les institutions, les organisations et les individus. Cela conduit forcément à l'identification de groupes dominants et de groupes opprimés. Remplacer le terme de discrimination en santé (majoritaire dans la littérature en santé) par celui d'oppression en santé permet d'ouvrir la réflexion sur la présence

des relations de pouvoir soutenue par les structures et favorisant le maintien et la production d'inégalités de santé.

Dans le cadre d'une étude s'intéressant au phénomène des violences médicales l'intersectionnalité permet d'analyser les dynamiques de pouvoir et leur contexte (Cho, Crenshaw, et McCall 2013). En ce sens, l'intersectionnalité s'intéresse aux différents axes de pouvoir et la dynamique entre ses axes, permettant de traiter la question sous différents angles par des approches politiques, académiques et organisationnelles (Cho et al. 2013).

Offrant un cadre d'analyse des structures de pouvoir, l'intersectionnalité permet de s'intéresser indépendamment ou simultanément aux structures inégalitaires et aux catégories identitaires (Cho et al. 2013; Sirma 2009). Cela dit, s'il est vrai que l'intersectionnalité s'intéresse aux catégories identitaires, elle ne le fait qu'en contexte d'analyse des pouvoirs en place (Tomlinson 2013). L'intersectionnalité s'intéresse en premier lieu à la façon dont fonctionne les choses (soit les interactions) avant de s'intéresser aux individus impliqués (Chun, Lipsitz, et Shin 2013).

Un projet de recherche intersectionnel tel que celui-ci cherchera à examiner les catégories identitaires (race, sexe, genre, classe, etc.) à plusieurs niveaux d'analyse (macro, méso, micro) et non simplement en additionnant les analyses individuelles et institutionnelles. L'intersectionnalité force l'analyse intégrative des interactions entre les niveaux individuels et institutionnels de la question de recherche (Hancock 2007).

Parce qu'elle s'intéresse aux oppressions multiples et aux gens qui les subissent (Crenshaw 1989); l'intersectionnalité permet de traiter des questions de justice sociale complexes. D'ailleurs, la nature complexe de l'intersectionnalité amène certains auteurs à vouloir élargir la portée théorique de l'intersectionnalité en l'inscrivant dans une théorie des systèmes (Walby 2007). En s'imprégnant des observations de la complexité des réalités sociales tout en s'intéressant à l'expérience interpersonnelle vécue (MacKinnon 2013; McCall 2005); une autre façon d'illustrer la complexité de l'intersectionnalité est de la considérer plus comme un point central d'analyse plutôt que comme un système fermé (Cho et al. 2013).

Utiliser l'intersectionnalité dans le cadre d'une recherche portant sur le phénomène des violences médicales permet de voyager à différents niveaux d'analyse tout en conservant une cohérence

interne. L'intersectionnalité accepte que les oppressions systémiques s'expriment différemment selon les situations. Par exemple, la crise sanitaire aura favorisé l'expression d'un âgisme systémique préexistant alors qu'elle n'aura pas affecté particulièrement le racisme systémique ou la grossophobie. Sur le plan individuel, l'intersectionnalité met en évidence que le racisme qu'a subi Joyce Echaquan, en plus d'être teinté de sexisme, était également teinté de classisme et de psychophobies (considérant les troubles d'abus de substance dans la classe des troubles psychiatriques).

Certains considèrent qu'une contribution de l'intersectionnalité est de permettre un dialogue entre les politiques et la théorie (Cho et al. 2013). Autrement dit, l'intersectionnalité permet une analyse complexe des situations d'oppression, articulant le terrain social dans un langage offrant une portée politique. D'ailleurs, Hancock (2007) insiste sur la pertinence d'utiliser l'intersectionnalité en dehors de ses questions d'origines et de l'étendre à toute forme d'oppressions systémiques puisque l'intersectionnalité permet de porter un regard sur la complexité des causes et les ramifications dans les politiques publiques. D'autant plus, Crenshaw nous dit que les subordinations intersectionnelles n'ont pas besoin d'être intentionnellement produites pour exister (Crenshaw 1991).

D'ailleurs Crenshaw va jusqu'à considérer que certains « alliés » peuvent parfois reproduire des subordinations intersectionnelles à l'intérieur de stratégies souhaitant pourtant répondre au problème (Crenshaw 1991). Autrement dit, il est possible de vouloir aider tout en perpétuant les règles du système d'oppression. Le sexisme bienveillant (dire à une femme qu'elle est trop jolie pour être célibataire) ou le paternalisme (prendre une décision que l'on croit bénéfique pour quelqu'un sans lui permettre d'exercer son autonomie) sont des exemples assez proches de l'idée exprimé par Crenshaw. L'exemple du retrait des proches aidants des CHLSD au début de la crise sanitaire sous prétexte de les protéger (ceux-ci étant majoritairement âgés eux-mêmes et donc vulnérable) est un bel exemple de paternalisme âgiste aux conséquences que l'on connaît.

Finalement, l'intersectionnalité s'avère pertinente dans le traitement des questions justice sociale. Elle contribue à faire passer au domaine légal des violences faites aux femmes autrefois « non nommé, non considéré, non dénoncé » » (MacKinnon 2013). Analyser le phénomène des

violences médicales sous à la lumière de l'intersectionnalité permettra possiblement de les nommer, de les considérer et de les dénoncer.

La croyance en un monde juste

Si l'intersectionnalité permet une lecture complexe aux enjeux sociaux pertinente à la compréhension du phénomène des violences médicales; elle se prête peu à l'analyse psychologique pourtant complémentaire. Aussi, la théorie de la croyance en monde juste (CMJ) offre une explication à la tendance naturelle de blâmer les victimes pour leur malheur et ajoute un angle d'éclairage supplémentaire au phénomène des violences médicales.

Développée par Lerner dans les années soixante (Lerner et Simmons 1966), la théorie de la CMJ est issue de la psychologie sociale. Aujourd'hui, la théorie de la CMJ trouve des affinités avec les recherches en neurosciences, en particulier en ce qui concerne les biais cognitifs (Janoffbulman, Timko, et Carli 1985). Offrant une explication à des réactions humaines injustes tel que le fait de blâmer une victime pour un viol qu'elle a subi (Vonderhaar et Carmody 2015), ce cadre théorique a démontré que la CMJ était associée au fait de discréditer ou de blâmer des personnes handicapées (Furnham 1995), des personnes (et plus particulièrement les homosexuels) atteintes du SIDA (Furnham et Procter 1992) ou vivant dans la pauvreté (Rubin et Peplau 1975). Dans tous les cas, ces auteurs ont confirmé la tendance à blâmer les victimes pour leur malheur.

Étonnamment, c'est le fait de croire en un monde juste qui pousserait les individus à juger les victimes responsables de leur malheur. Car dans un monde juste, les gens ont ce qu'ils méritent et méritent ce qu'ils ont (Lerner et Miller 1978). Dans le monde réel (et donc injuste), la CMJ permet de conserver un sentiment de contrôle sur le monde qui nous entourent, permettant ainsi un mécanisme de protection psychique aux individus (Furnham 2003). Face à une victime « injuste », la CMJ se trouve ébranlée et le monde risque de paraître moins sécuritaire. Blâmer la victime pour ce qui lui arrive permet en quelque sorte de restaurer cette croyance rassurante pour l'individu (Furnham et Procter 1992). Ce sentiment de contrôle sur les conséquences de leurs actions donne aux individus l'impression que le monde autour d'eux est prédictible, gérable et sécuritaire (Lodewijkx et al. 2001).

Blâmer une victime pour son malheur permet à l'individu de croire qu'il peut s'en protéger s'il agit correctement. Autrement dit, la CMJ se confond avec les obligations morales de l'individu. D'ailleurs, la croyance en Dieu est associée à une adhérence forte à la CMJ (Rubin et Peplau 1975). En plus de la religiosité, un individu adhérant à la CMJ sera plus souvent conservateur et plutôt opposé aux idées progressistes tel que celles véhiculées par les mouvements féministes (Furnham et Procter 1989). Selon Furnham et Procter, si vous croyez que le monde est juste, vous chercherez à le conserver tel qu'il est; vous respecterez les règles et les normes sociales puisqu'ainsi, vous obtiendrez ce que vous méritez. Aussi, vous pourrez croire que les pauvres sont pauvres ou que les malades sont malades parce qu'ils auront fauté quelque part; et non que les malades le sont parce qu'ils sont pauvres ou que les pauvres le sont parce qu'ils sont malades.

Un point convergent entre la théorie de la CMJ et l'intersectionnalité est leur intérêt envers les groupes discriminés ou le phénomène de stigmatisation¹⁶. Dans ce monde injuste, les « victimes » sont plus nombreuses parmi les groupes opprimés que parmi les groupes dominants. La CMJ met en évidence un effet pervers de la stigmatisation et du maintien des oppressions en justifiant la place des opprimés. Porter un regard intersectionnel sur la CMJ éclaire la tendance à maintenir les systèmes en place tel qu'ils sont.

Cependant, lorsqu'un malheur est jugé fortement « injuste » ou « imprévisible », il devient en quelque sorte impossible de blâmer la victime et la CMJ se trouve ébranlée. Face à cette « victime parfaite », nous aurions plus naturellement tendance à nous identifier à elle (Lodewijkx et al. 2001). Autrement dit, ébranler la CMJ permet d'être en empathie avec la victime. Dans le cas contraire, la CMJ en un monde juste aurait tendance à éteindre notre capacité d'empathie en nous dissociant de l'autre (celui qui est fautif) et justifiant qu'on le blâme pour ce qui lui arrive.

La CMJ est si commune qu'elle semble agir en tant que norme sociale dans les milieux de travail à un point tel qu'il serait opportun de faire semblant que l'injustice n'existe pas dans le monde professionnel (Gangloff, Finkelstein, et Holmick 2017). Cela est cohérent avec le fait que la CMJ se confond naturellement avec la méritocratie qui anime nos sociétés néolibérales. Au travail, la

¹⁶ La stigmatisation peut être définie par la co-occurrence de ces composantes soit le fait de subir des préjugés, de l'exclusion, de la perte de statut et de la discrimination (Link et Phelan 2001).

CMJ est nécessaire pour que les individus croient en leur efficacité personnelle (Gangloff et al. 2017), qu'ils acceptent le renforcement, mais également leur place dans la hiérarchie. Les milieux rigides et hiérarchiques, tel que les services de santé, renforcent nécessairement la CMJ des individus qui s'y trouvent. Chacun aura mérité sa place et cette place déterminera sa valeur.

Finalement, lorsqu'on superpose la CMJ à certains messages de la santé publique tel que : ne fumer pas, ne pas manger trop gras ni trop sucré, faire du sport, ne pas consommer de drogue, ne pas avoir de relations sexuelles non protégées, etc., il se dessine un effet pervers. Les messages promus par la santé publique pourraient encourager le blâme des victimes du cancer du poumon, de l'obésité, des personnes toxicomanes, des personnes atteintes du SIDA... D'ailleurs, selon Raymond Massé, la santé publique agirait en termes de norme sociale, ayant plus ou moins remplacé la religion en termes de comportement vertueux (Massé 2003).

Chapitre 3 – Méthodologie

Choisir une méthodologie adaptée à la question de recherche représentait un défi important. Le phénomène des violences médicales n'étant pas à proprement dit conceptualisé, recenser la littérature abordant le sujet n'allait pas être une chose simple.

La méthodologie, un enjeu associé à la question de recherche.

Sujet malaisant, voire tabou, les violences médicales ne sont que rarement abordées frontalement et les articles pertinents se trouvent le plus souvent disséminés au sein de recherches connexes au sujet. Alors que les mots-clés de « violences médicales » renvoient le plus souvent à des articles portant sur les violences subies par les professionnels; le phénomène de violences médicales se trouve le plus souvent sous les mots-clés de discriminations en santé, de biais chez les professionnels ou autres sujets connexes tels que les violences obstétricales ou les violences structurelles. Il fallait donc une méthodologie suffisamment souple pour permettre de se lancer à la recherche d'un sujet « sournois » se dissimulant sous plusieurs termes et s'intégrant à plusieurs champs de recherches.

LE PHÉNOMÈNE DES VIOLENCES MÉDICALES : UNE QUESTION ÉTHIQUE COMPLEXE

Selon Ghislaine Cleret de Langavant, « dans le champ de la bioéthique, une méthode guidée par la pensée complexe doit se manifester graduellement, au cours de la recherche et selon les situations » (Cleret de Langavant 2001). D'ailleurs certains auteurs souhaitent une révolution épistémologique et méthodologique en bioéthique en faveur de la complexité (Stoeklé et Hervé 2020).

Sans parler explicitement de complexité, McDougall remet en question l'apparente obligation de recourir aux revues de littérature systématiques lorsqu'il est question d'enjeux bioéthiques, en soulignant la pertinence d'adapter la méthodologie de la revue de littérature à la question de recherche (Mcdougall 2014). En effet, si par sa rigueur méthodologique, la revue de littérature systématique cherche à minimiser les biais de recherche, face à un sujet d'étude complexe, cette

rigueur est parfois synonyme de rigidité, obligeant le chercheur à restreindre sa question de recherche afin de cadrer dans la méthodologie. En ce sens, Edgard Morin remettait en question ce paradigme scientifique réductionniste, affirmant qu'étudier « un morceau » de complexité ne permet pas nécessairement d'améliorer la compréhension d'un phénomène complexe (Morin 2005).

Parce que simplifier un phénomène complexe n'est pas synonyme de clarification, il aura été nécessaire d'adopter une méthodologie permettant d'aborder un phénomène complexe à la hauteur de son envergure. Aussi, effectuer une revue critique interprétative permettait cette souplesse nécessaire.

La revue critique interprétative de la littérature : une méthodologie adaptée au traitement d'une question éthique complexe

Alors que le paradigme scientifique actuel est largement plus adapté aux questions de spécialité, traiter la complexité peut donner lieu à une méthodologie quelque peu « originale ». Cela dit, la revue critique interprétative, pour les raisons qui seront expliquées ci-dessous, est a priori une méthodologie adaptée au traitement d'une question de recherche complexe telle que celle de décrire le phénomène des violences médicales.

INTÉRÊT DE LA REVUE CRITIQUE INTERPRÉTATIVE EN BIOÉTHIQUE

Selon McDougall (McDougall 2015), une bonne revue critique interprétative de la littérature en bioéthique comprend les six caractéristiques suivantes :

1. « Elle répond à une question spécifique qui peut avoir été redéfinie et déterminée pendant le processus de revue de littérature » (McDougall 2015). Autrement dit, elle autorise un processus méthodologique itératif, et donc compatible avec la complexité tel que suggéré par Ghislaine Cleret de Langavant (2001).
2. « Elle analyse la littérature comme un « tout » aussi bien « qu'individuellement » et argumente « à l'intérieur de la littérature » » (McDougall 2015). Autrement dit, la revue

critique interprétative « fait parler » la littérature à même ses résultats. En quelque sorte, elle obtient des résultats à même cette interprétation.

3. « Elle n'utilise pas des critères d'évaluations rigides, mais commente à l'intérieur de la revue elle-même sur les caractéristiques des enjeux rencontrés » (McDougall 2015). Au même titre que la question se redéfinit ou se précise en cours de recherche, les critères de sélection ne sont pas rigides et devraient être discutés dans la recherche elle-même. Les enjeux rencontrés font en quelque sorte partie de l'interprétation des résultats.

4. « Elle génère une théorie et amène plus loin les arguments rencontrés dans la littérature » (McDougall 2015).

5. « Elle capture les idées clés existantes dans la littérature qui sont pertinentes à la question de recherche » (McDougall 2015). Contrairement à une revue systématique où l'objectif est de recenser tout ce qui s'écrit sur un sujet bien délimité, la revue critique interprétative n'a pas pour intérêt de tout trouver, mais de faire ressortir « l'essence » de ce qui peut se dire sur un sujet donné.

6. « Elle enregistre et rapporte la stratégie de recherche » (McDougall 2015).

Nécessairement, le jugement individuel des chercheurs occupe une place significative dans une revue critique interprétative (McDougall 2015). À titre de professionnelle de la santé, j'étais déjà convaincue de l'existence d'un phénomène systémique concernant les violences médicales. Cela dit, cette conviction personnelle s'est en quelque sorte construite à partir des multiples témoignages reçus en cours d'expériences professionnelles, constituant ainsi un véritable savoir expérientiel (Aloisio Alves et al. 2020).

Alors que la revue systématique a fait ses preuves pour rassembler les connaissances sur « ce qui marche », elle rencontre des limites lorsqu'il s'agit d'interpréter les connaissances en vue de construire une théorie (Dixon-Woods et al. 2006). Les questions de bioéthique étant plutôt portées sur l'analyse conceptuelle et argumentaire n'exigent souvent pas une revue de la totalité de la littérature pour répondre à la question de recherche (McDougall 2015). En ce qui concerne le phénomène des violences médicales, même une méthodologie obsessionnelle associée à un

temps illimité n'aurait pas suffi à recueillir la totalité de la littérature. Aussi, il aura été nécessaire d'adapter la méthodologie à la question de recherche en fragmentant la recherche en sous-questions, en jugeant de la pertinence de certaines de ses branches et de recueillir le plus de données pertinentes.

Rendre compte d'une approche itérative et critique de la méthodologie

Au risque d'être perçu comme un manque de rigueur, rendre compte d'une méthodologie construite a posteriori comporte des défis de taille. Dans de tels cas, Benelli recommande de détailler certains aspects de la méthodologie, dont l'évolution de la question de départ, les difficultés rencontrées ainsi que la production et l'analyse des données (Benelli 2011).

UN PROCESSUS ITÉRATIF

La revue critique interprétative est nécessairement un processus itératif plutôt que linéaire (McDougall 2015). Il s'agit d'un processus récursif de formulation de questions, de sélections, de recherches, d'extraction de données, de critiques et de synthèse (Dixon-Woods et al. 2006). Lorsque l'on tente d'approcher un sujet complexe à l'aide d'une revue critique interprétative, il n'est pas nécessairement possible ni même pertinent d'utiliser une question précise (Dixon-Woods et al. 2006).

En ce qui concerne la présente étude, le besoin de comprendre le phénomène des violences médicales s'est fait ressentir au moment de la médiatisation du décès de Joyce Echaquan. J'ai été choquée de constater que des collègues aient pu faire preuve d'une telle violence dans le cadre de leur fonction. Si rapidement le racisme systémique fut pointé du doigt, je suspectais que d'autres patients vulnérables auraient pu vivre le même sort. Aussi, mes premières hypothèses se sont intéressées aux personnes itinérantes, aux personnes toxicomanes, à celles atteintes de trouble de santé mentale ainsi qu'aux personnes âgées en perte d'autonomie. Par la suite, mes réflexions se sont élargies à la grossophobie ainsi qu'aux violences obstétricales-gynécologiques.

Ne souhaitant pas laisser mes propres biais influencer le processus, j'ai d'abord favorisé la recherche par mots-clés dans les bases de données. Cependant, mes premières recherches ont été parfaitement infructueuses : soit j'obtenais que des articles non pertinents traitant de la

violence subie par les soignants, soit j'étais noyée dans un océan de résultats absolument impossible à gérer. Aussi, mon expérience rejoint celle de Dixon-Woods et al. (2006) qui mentionne avoir tenté d'utiliser une stratégie très structurée à partir des bases de données mais avoir été confronté à des résultats très insatisfaisants.

Il fallait trouver une façon de récupérer les articles les plus pertinents à la compréhension du phénomène des violences médicales, dispersée dans une foule de thèmes plus ou moins reliés. Confrontés à ce genre de problématique avec plus de 100000 titres, Dixon-Woods et al (2006) ont décidé de suivre une méthodologie qu'ils ont qualifiée de plus « organique » plus adaptée à la nature exploratoire et émergente de la question de recherche. Dans leur cas, ils auront utilisé plusieurs stratégies en passant par les bases de données, la consultation de sites internet, la recherche par références, ainsi que des contacts d'experts (Dixon-Woods et al. 2006).

J'aurai utilisé une méthodologie de recherche semblable, passant par les bases de données, mais en fragmentant ma question en une multitude de sous thèmes, puis récoltant les articles paraissant fortement liés au sujet pour enrichir ma recherche via les références et les citations. Si je n'ai pas consulté d'expert, mon savoir expérientiel aura tout de même guidé ma réflexion tout au long du processus.

RECHERCHE FRAGMENTÉE

La recherche aura été fragmentée, suivant les différents filons pertinents et se rapprochant de ce que je considérais inclus dans le phénomène des violences médicales; c'est-à-dire, une violence produite par les professionnels de santé ou émanant des structures du système de santé à l'encontre des usagés. Je n'ai jamais cessé de m'interroger sur le risque de biais de confirmation ou le « *cherry picking* » que je voulais absolument éviter. Aussi, si mon jugement a fortement contribué au choix des articles face à leur pertinence explicative, il n'était pas question de rejeter un article parce qu'il n'appuyait pas mes hypothèses de départ.

Guidée par l'approche intersectionnelle, j'ai d'abord cherché par types de discrimination. Pour me donner une vue d'ensemble, j'ai récupéré les revues de littératures traitant des discriminations dans les services de santé. Cela m'aura permis de faire un état des lieux plutôt descriptif, mais confirmant qu'il y avait bien là des filons à suivre. D'ailleurs, les données

bibliographiques des bases de données permettent de constater que le sujet des discriminations en santé est en plein essor.

À cette étape, les articles les plus pertinents rapprochaient les discriminations en santé au phénomène des violences médicales en abordant les concepts de biais implicites, racistes, sexistes, âgistes, grossophobes, psychophobes; biais qui affecteraient non seulement l'attitude des soignants, mais également leur jugement clinique. D'ailleurs, les conséquences des discriminations sur la santé des individus sont suffisamment reconnues pour être qualifiées de déterminants sociaux de la santé.

Cela dit, les articles que je trouvais restaient pour la plupart en surface du phénomène des violences médicales. Qualifiant d'attitudes négatives ce qui aurait souvent dû être qualifié de violence psychologique, il fallait souvent creuser les articles pour saisir la violence qui s'y dissimulait. Aussi, sous le terme « d'attitude négative » se trouvait souvent des comportements allant de l'indifférence aux insultes, en passant parfois par des menaces. Mais si les articles de recherche doivent respecter les limites de la portée de leur étude et ne sont pas propices aux avis tranchés, les éditoriaux et les commentaires, de par leur forme, ont permis de consulter des avis d'experts appelant à la réflexion et au changement.

Puis, j'ai repris mes recherches que j'avais fragmentées en suivant les thèmes précédemment identifiés comme pertinents à la compréhension du phénomène des violences médicales. Toujours confrontée à un océan de données, j'ai tenté de restreindre les critères de sélection, mais je restais avec un taux d'articles pertinents plutôt faible en plus de passer à côté d'articles pertinents. C'est seulement lorsque je me suis autorisée à utiliser majoritairement une méthodologie par citations et par références (dite boule de neige), que j'ai finalement recueilli un nombre conséquent d'articles récents et pertinents à ma question de recherche.

À ce stade, j'ai constaté que plusieurs articles pertinents abordaient le concept de violence structurelle. D'autres articles soulignaient le manque d'appui théorique au sujet de la recherche portant sur les discriminations en santé. Cela dit, parmi les articles appuyant leur recherche sur un cadre théorique, plusieurs utilisaient l'intersectionnalité ou faisaient référence à des cadres systémiques alors que certains réfèrent aux biais cognitifs. À cette étape, je me suis

particulièrement intéressée aux articles de recherches appuyés par des concepts théoriques ainsi qu'aux articles théoriques.

Après avoir reclassé par thèmes les articles recueillis, j'ai recherché les articles les plus pertinents à la compréhension du phénomène des violences médicales. Parmi ceux-ci, les articles de recherche qualitative se sont révélés particulièrement parlants. Permettant souvent l'accès à des verbatims témoignant de violence dans les services de santé; j'avais ainsi des données appuyant l'existence du phénomène que je tentais de décrire. Cela dit, ces articles restaient pour la plupart centrés sur un type de discrimination précise. Si certains articles évaluaient le cumul de deux, voire trois stigmatisations simultanément, je n'ai trouvé aucun article cherchant à reconnaître un phénomène général concernant les violences médicales.

Alors que les revues systématiques posent des limites claires et spécifiques en s'adressant directement à la question de recherche, les revues critiques interprétatives participent à la construction du champ à connaître, ce qui implique des limites nécessairement plus floues et se modifiant en cours de route (Dixon-Woods et al. 2006). Le phénomène des violences médicales n'étant pas formellement défini dans la littérature, il fallait déterminer les critères de sélections d'articles pour ensuite en ressortir des résultats.

Techniquement, les étapes de la sélection des articles et de la présentation de résultats se sont révélées être d'autres défis importants. Par exemple, limiter la sélection d'articles aux articles de recherches en excluant les revues de littérature, les articles théoriques et les commentaires retirait une part importante de la littérature permettant de dresser un portrait du phénomène des violences médicales. Tenter de restreindre la sélection en limitant la sélection aux parutions récentes n'était pas non plus d'une grande aide puisque, excluant les articles théoriques, la vaste majorité des articles présélectionnés étaient parus dans les cinq dernières années. Aussi, la seule façon pertinente de sélectionner les articles aura été de les évaluer selon leur capacité à illustrer et à expliquer le phénomène des violences médicales. Cela dit, il fallait tout de même limiter le nombre d'articles afin de garder l'information à un niveau minimalement gérable.

LA REVUE CRITIQUE INTERPRÉTATIVE – UNE MÉTHODOLOGIE PROCHE DE LA RECHERCHE QUALITATIVE

Pouvant potentiellement être qualifiée de méthodologie mixte, la revue critique interprétative s'inscrit plus naturellement dans le champ des méthodes de recherche qualitative. Puisque la revue critique interprétative met l'accent sur le développement de concepts plutôt que sur un résumé exhaustif de toutes les données, certains auteurs suggèrent d'élaborer l'échantillon à la manière des recherches qualitatives en s'appuyant sur la notion de saturation théorique (Dixon-Woods et al. 2006). Aussi, une place non négligeable est laissée aux intuitions, à l'expérience et à la subjectivité du chercheur (April et Larouche 2006).

En recherche qualitative, il n'existe pas de hiérarchisation où un type de recherche serait naturellement plus puissante qu'une autre. Aussi, la sélection des articles exige que le chercheur exerce son jugement en priorisant leur pertinence en opposition au bruit polluant « *noise* » de la recherche (Dixon-Woods et al. 2006). L'objectif ici n'est pas de prétendre d'atteindre l'ensemble de la littérature sur le sujet, mais d'avoir une vision d'ensemble sur ce qui s'écrit et de rassembler le tout pour décrire un phénomène complexe. En ce sens, McDougall (2014) appuie le fait qu'en bioéthique, il est souvent possible d'identifier les idées pertinentes, sans devoir identifier l'ensemble de la littérature pertinente sur un sujet donné.

Atteindre une saturation théorique consiste à s'arrêter lorsque l'ajout de nouvelles données n'apporte plus d'informations supplémentaires permettant de répondre aux questions de recherche (April et Larouche 2006). Dans le cadre d'une recherche sur le phénomène des violences médicales où les ramifications se sont révélées de plus en plus étendues au fil du processus de recherche, j'ai tenté d'appliquer le principe de saturation théorique à chaque ramification identifiée. Par exemple, le sujet des violences obstétricales est nettement plus développé que pour toute autre forme de violence médicale. L'objectif de ma recherche étant de décrire le phénomène des violences médicales, la saturation théorique permettant de répondre à la question de recherche fut rapidement atteinte. Selon les ramifications suivies, la saturation théorique fut plus ou moins rapide à atteindre. Une série de tableaux permet de consulter les articles qui ont servis à l'analyse des résultats. Cela dit, il est nécessaire de préciser que certaines

voies pourtant pertinentes au sujet et qui mériteraient de faire l'objet d'études ultérieures ont été ignorées volontairement faute de temps. Ce point sera développé ultérieurement dans la section « Points à considérer » du présent mémoire.

Analyser les données en vue d'obtenir des résultats n'aura pas été plus simple que la collecte des données. Si certains articles m'avaient d'abord semblés primordiaux, ceux-ci se sont parfois retrouvés rétrogradés du fait que ma compréhension du phénomène des violences médicales s'affinait, laissant place à d'autres articles jugés plus pertinents. Ce processus semble cohérent avec la méthodologie d'une revue critique interprétative. D'ailleurs, Dixon-Woods souligne la nécessité d'être critique sur la façon dont la littérature existante construit la problématique étudiée (Dixon-Woods et al. 2006).

En ce sens, être critique face à la façon dont la littérature actuelle traite de la problématique des violences médicales, c'est premièrement considérer que de parler de discriminations ou de biais chez les professionnels est insuffisant pour cerner le phénomène. Être critique face à la façon dont la littérature traite le sujet, c'est aussi y intégrer des concepts connexes tels que les violences structurelles et organisationnelles. C'est aussi intégrer les recherches concernant les violences gynécologiques en considérant qu'il s'agit d'une situation particulière de violence médicale. Finalement l'apport théorique des cadres conceptuels aura permis de mettre en relations plusieurs thèmes identifiés dans la littérature et de les regrouper d'une façon originale sous le phénomène des violences médicales.

L'analyse des résultats s'est faite par étape. Comme expliqué en début de méthodologie, la recherche traitant des discriminations et de ses conséquences est très fragmentée. Dans un premier temps, j'ai procédé à un classement selon ces sous-catégories de recherche : (1) les violences obstétricales gynécologiques, (2) la grossophobie médicale, (3) les violences envers les personnes âgées en institution, (4) le racisme, (5) la psychophobie. Dans un deuxième temps, pour chacune de ces catégories, j'ai recherché des thèmes associés au phénomène de violences médicales. Quelques thèmes varient légèrement d'une catégorie à l'autre; cela dit, plusieurs points communs sont apparus entre les catégories. À titre d'exemple, les thèmes traitent de la nature des violences médicale, des croyances des soignants, des facteurs intersectionnels, des

facteurs organisationnels. La mise en commun de ces résultats permet de constater des points communs traversant les différentes discriminations, confirmant un phénomène complexe aux racines systémiques et organisationnelles.

Si la revue critique interprétative peut représenter un défi méthodologique, lorsqu'elles sont bien menées, elles permettent d'aborder des questions traitées par un ensemble complexe de littérature et d'en générer une théorie (Dixon-Woods et al. 2006). Aussi, cette recherche peut être considérée comme un premier pas vers une conceptualisation du phénomène des violences médicales.

Chapitre 4 – Résultats

Il n'est pas aisé de décrire l'état des connaissances entourant le phénomène des violences médicales à partir de la littérature. Sujet tabou et au vocabulaire non défini, plusieurs auteurs soulignent la variabilité du vocabulaire utilisé pour décrire les violences dans la littérature (Chadwick 2021; Hardeman et al. 2018; Lappeman et Swartz 2021; Salter et al. 2021).

Non seulement le vocabulaire utilisé est multiple, mais plusieurs débats ont lieux quant au choix qui devrait être fait pour définir ce phénomène. Certains craignent que l'usage du terme violence, encore souvent associé à l'intention de l'auteur, soit trop fort ou culpabilisant (Lappeman et Swartz 2021; Sens et Nunes de Faria Stamm 2019). À l'opposé, d'autres réclament la revalorisation de concepts puissants tel que celui de violence structurelle ou de meurtre social afin de mettre en évidence les conséquences concrètes des discriminations en santé (Govender, Medvedyuk, et Raphael 2022; Medvedyuk, Govender, et Raphael 2021; Raphael et al. 2022).

Avant même de reconnaître un langage commun pour décrire le phénomène, la littérature traitant des discriminations en santé¹⁷ permet de constater la présence de violences médicales dans une variété de situations de discriminations et de faire ressortir des éléments communs et récurrents. La recherche sur les discriminations étant fortement fragmentée, il aura fallu débiter par en faire une analyse pour ensuite les comparer pour en faire sortir les éléments communs. La mise en commun de ces recherches aura permis de constater que les biais véhiculés par les discriminations systémiques influencent l'attitude et le jugement clinique des professionnels de santé et que les structures et les organisations influencent l'expression des phénomènes de violences médicales.

Aussi, sous le socle commun des discriminations et des disparités en santé, plusieurs thèmes se sont dégagés de cette revue de littérature. Ainsi, la première section traitera des principales discriminations rencontrées dans la littérature. La seconde section exposera la violence médicale secondaire aux différents phénomènes de discriminations.

¹⁷ Définies comme « le fait de séparer un groupe humain des autres en le traitant plus mal » (Le Robert)

Discriminations dans les services de santé

Si la littérature concernant les discriminations en santé est abondante et soutient le fait que celles-ci contribuent aux inégalités de santé; la plupart des études ne traitent que d'une forme de discrimination à la fois. La littérature approchant les effets des discriminations multiples reste limitée, mais permet d'aborder les effets intersectionnels. Cela dit, la recherche sur le sujet du phénomène des violences médicales reste fortement fragmentée. Ainsi, plusieurs études traitent des violences obstétricales et gynécologiques, de grossophobie (biais envers les personnes obèses ou en surpoids), de violence faite aux personnes âgées en institutions, de racisme, de psychophobie (biais envers les personnes atteintes de trouble de santé mentale). La mise en commun de ces différents éléments permet de constater la présence d'éléments communs, constituant un socle commun au phénomène des violences médicales.

Violences obstétricales et gynécologiques (VOG)

La recherche portant sur les VOG a débuté dans les années 2000, plus particulièrement en Amérique du Sud. Le concept gagne en popularité dans les années 2010 et plus récemment avec les mouvements sur les réseaux sociaux tels que #PayeTonUtérus ou #BallanceTonGynéco (Roze et Schantz 2021). Bien que la littérature sur le sujet ne soit pas unanime sur le choix du vocabulaire à utiliser, la problématique des VOG est reconnue à travers le monde.

[Les données concernant la littérature](#)

Les VOG sont fortement étudiées. Aussi, à l'exception d'un texte plus conceptuel écrit en 2014 (Freedman et al. 2014), les articles retenus ont été publiés entre 2018 et 2022 dont une majorité publiée à partir de 2020.

Plusieurs revues de littérature sont parues sur le sujet et témoignent de la portée internationale de la problématique. De l'Inde (Shrivastava et Sivakami 2020) aux pays de l'Est de la Méditerranée (Khalil, Carasso, et Kabakian-Khasholian 2022), en passant par des comparaisons entre les Quichuas de l'Amérique du Sud et de l'Égypte (Giacomozzi, Farje de la Torre, et Khalil 2021) ou

plus particulièrement aux VOG survenant dans les pays industrialisés (Heys, Downe, et Thomson 2021), aucun service de santé ne semble être exempté des VOG.

Globalement, ces revues de littérature confirment que les femmes sont fréquemment victimes de violences lors des soins obstétricaux gynécologiques. Le risque d'être victime d'une VOG existe quel que soit le pays (Khalil et al. 2022), mais augmente pour les personnes avec un statut socio-économique faible (Heys et al. 2021; Shrivastava et Sivakami 2020), racisées ou autochtones (Giacomozzi et al. 2021) ou lorsqu'elles ne répondent pas aux stéréotypes de genre (Betron et al. 2018).

La majorité des articles retenus sont des articles de recherche qualitative ou d'analyse conceptuelle ayant permis de saisir les idées clés sur ce qui se véhicule concernant le concept des VOG. Cela dit, certains articles commentaires ont été conservés, en particulier pour illustrer le débat sur l'usage même du terme de violence obstétricale. Puis certains articles de recherches quantitatives ont été conservés afin de quantifier certaines données sur le sujet.

[La prévalence](#)

Bien que la prévalence estimée des VOG varie fortement, les estimations les plus faibles admettent la présence d'une problématique touchant un grand nombre de femmes lors des soins obstétricaux gynécologiques. Si certains parlent d'une femme sur six (Vedam et al. 2019), d'autres vont jusqu'à suggérer des résultats s'élevant à deux femmes sur trois (Martínez-Galiano et al. 2021). D'autres estiment plutôt que 40% des femmes subiraient des VOG (Malet et al. 2020; van der Pijl et al. 2022). L'ensemble des articles traitants des VOG inclut des violences physiques, verbales et psycho-affectives.

[Le langage utilisé](#)

Parler de violence obstétricale et gynécologique, c'est admettre la présence d'une violence médicale spécifique. Si le terme est majoritairement accepté et utilisé, il persiste une certaine controverse dans l'usage même du terme. Certains auteurs trouvent le terme trop accusateur envers les professionnels (donnant en quelque sorte une mauvaise image des professionnels, ceux-ci devant des abuseurs), car l'usage du terme violence impliquerait une intention de la part

du professionnel (Lappeman et Swartz 2021). Ces auteurs sont inquiets d'une forme de « banalisation » du terme de violence et s'inquiètent du fait que cela enlève de la légitimité aux femmes qui subiraient de la « vraie » violence (Lappeman et Swartz 2021). Si Chadwick reconnaît que le langage de la violence est un langage complexe et diffus, elle soutient que de ne pas utiliser le terme de violence obstétricale revient à minimiser cette violence (Chadwick 2021). Pour d'autres, l'usage du terme VOG s'inscrit dans le concept des violences structurelles et n'implique pas d'intention derrière l'acte individuel et trouve ses causes dans les discriminations systémiques (Salter et al. 2021). Selon eux, il faut nommer la violence obstétricale afin de l'inscrire dans un contexte d'oppressions systémiques tel que le racisme et le sexisme systémique (Salter et al. 2021).

Que les chercheurs aient opté pour le concept de violence obstétricale et gynécologique ou pour un terme moins « violent », le résultat reste concrètement le même; les femmes sont régulièrement victimes de violences médicales lorsqu'elles se trouvent dans la position particulièrement vulnérable qu'est celle de recevoir des soins obstétricaux et gynécologiques.

[La nature des VOG](#)

“About 12 men began to come into the room and I looked at the doctor all weird of course, and he [the doctor] just said oh yeah because this is so unusual, I have asked a bunch of corpsmen (young Army doctors and training) to come in . . . I hope you don't mind. I was stunned, but I said nothing.” (Vargas, Marshall, et Mahalingam 2021)

“I kept getting checked all the time and I didn't want to be checked. And, after a while I told her to not check me, [but] she [said], 'I have to.' Then I said, 'Well, I don't want to.' And, so, I kept telling her no.”(Morris et al. 2021)

“Touching is like raping: they just put their hand in there almost without warning” (Briceno Morales, Enciso Chaves, et Yepes Delgado 2018).

"It felt like rape, I can still feel the hand (inside me)" "This was the beginning of my postnatal depression" (van der Pijl et al. 2020)

"They transported me half-naked to the birth department. It was so offensive.”(Annborn et Finnbogadottir 2022)

"I was involuntarily catheterized during birth. I yelled NO. According to the nurse, this is "how it is done" Two people were holding down my legs" (van der Pijl et al. 2020)

Plusieurs auteurs se sont penchés sur la nature des VOG. D'ailleurs, il est raisonnable de croire que la nature parfois ambiguë des VOG contribue à la variabilité de la prévalence recensée dans les études. Il est parfois difficile, en particulier pour les personnes qui ne sont pas des professionnels de la santé, de différencier une procédure nécessaire d'une procédure abusive. Si des touchers vaginaux répétés et inutiles (Liese et al. 2021) peuvent quelquefois se justifier par les besoins d'apprentissages des professionnels en formation (Vargas et al. 2021), plusieurs femmes se plaignent d'avoir été invisibilisées (Vargas et al. 2021), leur consentement n'étant souvent non respecté (Annborn et Finnbogadottir 2022; Niles et al. 2021; van der Pijl et al. 2020; Rozee et Schantz 2021).

"My doctor wasn't talking to me, like she wasn't checking in. I'm clearly like not doing well [...] Your arms are strapped down. You can't move, I had oxygen on my mouth [...] I was saying, 'I feel this, I feel this' and they won't talk to me. My doctor and the other doctor are just talking amongst themselves." (Fielding-Singh et Dmowska 2022)

"I was told I was hurting my children and being selfish because I wanted to have a vaginal delivery. Both children were in head down birth position. I was forced into a cesarean by my OB." Indigenous woman who gave birth in Texas (Vedam et al. 2019)

"...when she was born [at 5:36 am], he cut a radical [unnecessarily large] episiotomy when her head was only 13 inches...and he didn't even say, "It's a girl or it's a boy, it's a dog, it's a cat"... And he stitched me up with nothing. I kept telling him I could feel everything he was doing, and he kept saying "No you can't feel that, you're crazy." (Liese et al. 2021)

Plusieurs auteurs soulignent le caractère multidimensionnel des VOG, décrivant des abus physiques, verbaux et psychoaffectifs (Khalil et al. 2022; Martínez-Galiano et al. 2021; van der Pijl et al. 2022). Des femmes se font crier dessus, réprimander, ignorer et même menacer (Vedam et al. 2019). La « carte du bébé mort » parfois utilisée pour forcer le consentement aux soins est qualifiée de menace par certains auteurs (Ballesteros 2022; Niles et al. 2021). Des femmes rapportent être ignorées, voire leurs sentiments et leur jugement rationnels reniés, donnant

l'impression que leur expérience vécue n'est pas légitime (Fielding-Singh et Dmowska 2022). Certaines déplorent un manque d'empathie de la part des professionnels, rapportant avoir été traitées avec rudesse ou comme un numéro (Vargas et al. 2021). Certaines témoignent avoir été qualifiées de « cause perdue » car elles refusaient d'allaiter (Vargas et al. 2021) ou d'avoir été insultée par des propos infantilisants (ex. « arrête de faire le bébé ») (van der Pijl et al. 2020).

[Les VOG face aux discriminations intersectionnelles](#)

La violence obstétricale est l'une des formes de violences envers les femmes les plus normalisées et invisibilisées (Giacomozzi et al. 2021). Cela dit, toutes les femmes ne sont pas égales face au risque de subir une VOG. Aussi, plusieurs auteurs mentionnent que les femmes de faibles statuts socio-économiques (Giacomozzi et al. 2021; Neely et al. 2020; Vargas et al. 2021; Vedam et al. 2019), de même que les femmes racisées (Giacomozzi et al. 2021; Neely et al. 2020; Vedam et al. 2019) sont plus à risque de subir des VOG.

Les femmes vivant avec un trouble de santé mentale sévère (Ordan et al. 2017) ou ayant un trouble d'abus de substance (ou ayant un antécédent de trouble d'abus de substance) subissent également plus de discrimination et de VOG (Kantrowitz-Gordon et al. 2022; Recto et al. 2020; Vargas et al. 2021). La grossophobie est aussi identifiée comme une cause de discrimination en contexte de soins obstétricaux (Dieterich et al. 2022; Dieterich, Demirci, et Danford 2020; Nagpal et al. 2021).

[Les enjeux structurels et organisationnels liés aux VOG](#)

Lorsqu'appliqué aux VOG, le concept de violence structurelle atteste que les organisations sont enfermées dans des structures sociales et soutirent subtilement le pouvoir aux femmes (Neely et al. 2020). D'ailleurs, la relation de pouvoir inégale entre le professionnel et la patiente est notée comme contributive à l'avènement des violences par de nombreux chercheurs (Annborn et Finnbogadottir 2022; Morris et al. 2021; Rice 2022; Sens et Nunes de Faria Stamm 2019; Smith-Oka 2022).

Sous l'angle structurel, la violence se construit dans un système néolibéral et s'intègre à l'organisation des routines et des répétitions. (Neely et al. 2020). Autrement dit, le néolibéralisme

favorise une organisation centrée sur l'institution, priorisant la tâche sur l'individu. Les enjeux organisationnels tels que le manque d'intimité ou de ressources dénoncées (Vargas et al. 2021) appuient l'hypothèse d'une organisation centrée sur l'institution et soumise aux pressions des politiques néolibérales.

Le risque accru d'être victime de VOG qu'ont les femmes de faible statut socio-économique, racisées (Giacomozzi et al. 2021; Neely et al. 2020; Vedam et al. 2019) ou ne correspondant pas aux stéréotypes de genre (Betron et al. 2018) semble appuyer la pertinence du concept de violences structurelles dans l'analyse des VOG, permettant d'examiner comment les femmes sont exposées à de plus grands risques de violence en raison de processus systémiques. (Neely et al. 2020).

Les VOG surviennent le plus souvent à l'hôpital et s'exacerbent lorsque des interventions non planifiées surviennent (Malet et al. 2020; Niles et al. 2021; Vedam et al. 2019). Ainsi, il semble que les situations imprévues ou stressantes contribuent à l'avènement de VOG. Cependant, si les professionnels de la santé peuvent être perçus comme responsable des VOG, certains auteurs soulignent que les conditions de travail pénible, additionnées parfois à des états de détresse psychiques, puissent conduire les professionnels à perpétuer un environnement irrespectueux, à la fois pour les patients et pour eux-mêmes (Stanton et Gogoi 2022).

Ainsi, le climat de travail contribuerait à créer un environnement « favorable » aux VOG. Certains auteurs ajoutent que les expériences de manque de respect vécues par les femmes dépendent moins des normes standards que des règles non écrites (Freedman et al. 2014).

Grossophobie médicale

Le terme grossophobie, entrée dans le dictionnaire en 2019, fait référence à la discrimination subie par les personnes en situation d'obésité en raison de leur poids. La littérature sur le sujet démontre que la discrimination basée sur le poids est bien ancrée dans la population en générale ainsi que chez les professionnels de la santé (Puhl et al. 2015; Sabin, Marini, et Nosek 2012).

Données concernant la littérature

La recherche sur la grossophobie est importante et depuis plus de dix ans, des revues de littératures sont publiées sur le sujet (Forhan et Salas 2013; Malterud et Ulriksen 2011) et les études plus récentes précisent le phénomène et plusieurs étudient les pistes de solutions. Concernant la grossophobie médicale, une littérature internationale dénonce les inégalités de santé (Hunger et al. 2015; Puhl et Heuer 2010), un accès inéquitable aux services de santé ainsi que des soins de santé de moins grande qualité (Alberga, Edache, et al. 2019).

L'analyse de la littérature permet de constater l'évolution dans la recherche sur la grossophobie et sur la grossophobie médicale en particulier. Déjà les études un peu plus anciennes confirmaient la présence d'une discrimination spécifique en regard du poids et exposaient des inégalités de santé associée. Plus récemment, la recherche se penche davantage sur les explications structurelles, sur les croyances associées à l'obésité, ainsi que sur la recherche d'interventions efficaces contre la grossophobie. Sujet suscitant parfois la controverse, des commentaires ou éditoriaux pertinents à la compréhension du phénomène sont également publiés.

Prévalence

Presque invisibilisée tant elle était normalisée, la grossophobie est pourtant l'une des discriminations les plus fréquemment rapportées (Pearl et al. 2018). Alors qu'une personne sur 15 (6,4%) affirme avoir subi des discriminations en contexte de soins de santé, 19% d'entre elles identifiaient une discrimination en raison de leur poids (Gupta et al. 2020). Parmi les gens ayant constaté une discrimination, 29% ont rapporté des soins de moins bonne qualité (Gupta et al. 2020).

La discrimination sur le poids est un phénomène bien présent dans les services de santé, à la fois au Canada (Alberga, Nutter, et al. 2019) et à l'international (Lawrence et al. 2021; Poon et Tarrant 2009; Schwenke et al. 2020; Yilmaz et Yabancı Ayhan 2019). Ce biais se retrouve vraisemblablement parmi l'ensemble des professionnels de santé (Lawrence et al. 2021; Swift et al. 2013) bien que certaines études semblent indiquer que certaines professions pourraient être plus ou moins grossophobes (Sikorski et al. 2013).

Une étude récente a montré la présence d'un biais grossophobe modéré à sévère chez les médecins allemands (Schwenke et al. 2020). Au Royaume-Uni, les niveaux de grossophobie des étudiants en soins infirmiers, en médecine, de même qu'en nutrition étaient jugés inacceptables (Swift et al. 2013). Le fait que le niveau de grossophobie soit jugé problématique chez les futurs professionnels de la santé est d'autant plus inquiétant qu'il semble que ce biais augmente chez les professionnels certifiés ou plus expérimentés (Khandalavala et al. 2014; Poon et Tarrant 2009; Yilmaz et Yabancı Ayhan 2019).

Si le biais grossophobe sévit chez les professionnels de la santé et affecte la qualité des soins dispensés aux personnes en situation d'obésité, les enfants obèses ne sont pas plus épargnés (Sabin et al. 2015). Ce biais envers les enfants obèses, comme pour les adultes, impacte la qualité des soins reçus. La douleur de l'enfant obèse serait prise en charge moins agressivement, celle-ci étant associée à des enjeux comportemental ou psychologique plutôt qu'une cause physiologique (Boyle et al. 2019). Si la plupart des enfants ne sont pas jugés « responsables » de leur obésité, cette non-responsabilité de l'enfant s'efface progressivement alors qu'ils vieillissent; tant qu'ils ne sont pas jugés responsables, ce sont les compétences parentales qui seraient remises en question par les professionnels de la santé (Halvorson et al. 2019).

Finalement l'évaluation de la prévalence des biais grossophobe chez les professions de la santé n'est pas simple tant l'autodéclaration se révèle souvent loin de la réalité. En effet, une étude a montré que si environ 80% des étudiants croyaient ne pas véhiculer de biais grossophobes, seulement 20% d'entre eux étaient réellement exempt de biais grossophobes (George, DeCristofaro, et Murphy 2019).

[La violence de la grossophobie médicale](#)

"Weight stigma is common and takes many forms: subtle or blatant, systemic or individual.
But ... medical stigma against the obese is pervasive" (Hart 2022)

"No one is completely rude, it is much subtler than that, it's the facial expressions when you walk not the room first—no eye contact at all" (O'Donoghue et al. 2021)

“I didn’t realise you were so fat, we can’t possibly move someone as heavy as you”
témoignage d’une femme dans un service d’obstétrique (O’Donoghue et al. 2021).

La grossophobie médicale se présente sous plusieurs formes, parfois éclatante, le plus souvent subtile, elle est rarement sans conséquence pour la personne qui la subit. Si la grossophobie prend parfois la forme de comportement paternaliste, offrant aux personnes obèses des conseils non sollicités dans des contextes inappropriés à la discussion (Malterud et Ulriksen 2011); sous forme de trait d’humour ou frontalement, la grossophobie conduit également au manque de respect et à d’autres violences psycho-affectives (Alberga, Edache, et al. 2019).

Cependant, la grossophobie médicale va au-delà des problèmes d’attitude relationnelle. Elle provoque des retards de soins, des erreurs diagnostiques, des erreurs dans le parcours de soins (Cuvelier et Taillé 2019). Non seulement le biais grossophobe affecte le jugement clinique provoquant des erreurs médicales (deShazo, Hall, et Skipworth 2015), mais l’évitement des services de santé par les patients victimes de ces attitudes grossophobes, ce qui contribue également au retard de prise en charge (Folope 2021).

Un équipement non disponible pour les corps hors des normes (Malterud et Ulriksen 2011) peut également s’inscrire dans un paradigme grossophobe organisationnel. Pour certains, le fait de ne pas fournir aux personnes en situation d’obésité l’équipement nécessaire à leur état de santé (ex. IRM) peut paraître justifié lorsqu’on juge les personnes obèses responsables de leur situation (Hart 2022). Cela dit, il paraît difficile de justifier le fait que certaines personnes n’aient pas accès aux services de santé en raison de leur obésité qui est pourtant une condition requérant des soins. Aussi, certains affirment qu’il est question d’éthique que lutter contre la grossophobie médicale (Batterham 2022).

[Croyances liées à l’obésité](#)

L’OBÉSITÉ : UN CHOIX

Les croyances des professionnels de la santé transparaitraient dans leur façon de présumer que leurs patients atteints d’obésité auraient nécessairement de mauvaises habitudes de vie (Alberga, Edache, et al. 2019).

"Well, you know, if you eat right and exercise, you'll lose weight. It's as simple as that. It's a simple thing" "You didn't get here by eating healthy" (Rand et al. 2017).

" Obese people, it's their own fault because they are lazy and they are stupid and they are just lazy. All they have to do is eat less. That's what people think. Why don't you just eat less? I heard that before" (Rand et al. 2017).

Cette croyance en la contrôlabilité du poids serait fortement associée à des comportements grossophobes tel que le fait de blâmer la personne, la tenant pour responsable de sa condition en lui attribuant généralement un manque de volonté. (Alberga, Nutter, et al. 2019; Hyer et Conner 2020; Puhl et al. 2015). Plusieurs traits de caractère sont attribués à la personne jugée responsable de sa condition. Aussi, une personne obèse est jugée moins attractive, moins aimable, moins disciplinée, voire paresseuse (Ross, Shivy, et Mazzeo 2009).

Les professionnels de la santé qui estiment leurs patients responsables de leur obésité auraient tendance à les blâmer¹⁸, souvent de manière irrespectueuse, afin qu'ils se prennent en main (Chrisler et Barney 2017; Hyer et Conner 2020). Ce type de comportement consiste ni plus ni moins en de la violence psycho-affective envers les patients, mais en termes de lutte à l'obésité, il est contre-productif; favorisant plutôt la prise de poids chez les personnes qui en sont victimes (Vogel 2019). Souvent vécu comme une violence répétitive, le *fatshaming* entraînerait de la détresse psychique (Alimoradi et al. 2020) et serait associé à plus de dépressions, d'anxiété, de baisses d'estime personnelle et de troubles du comportement alimentaire (TCA) (Vogel 2019).

Ainsi, être victime de *fatshaming* serait associé à une augmentation du risque de souffrir de TCA, plus fréquemment celui d'hyperphagie, contribuant ainsi à la prise de poids des personnes concernées (Batterham 2022; Rand et al. 2017; Vogel 2019). La grossophobie augmenterait également la motivation à éviter les situations de stigmatisation, et donc à éviter les visites chez le médecin ou éviter la fréquentation de lieux comme les salles de sport (Hunger et al. 2015).

"And I find actually when I come back from the doctor I eat ore because of the depression and I feel bad about myself. If I'm stressed out I do one of two thing, I either don't eat anything for days or I binge and I eat friggin everything." - Une participante affirmant que

¹⁸ En anglais, ils utilisent le terme explicite de « fatshaming » qui résume le fait de blâmer la personne pour son poids

ses visites chez le médecin lui causaient des sentiments négatifs et pouvaient exacerber sa dépression (Rand et al. 2017)

Malgré l'évolution des connaissances concernant l'obésité, la croyance que les individus ont le contrôle sur leur poids résiste encore fortement. Aussi, certains auteurs s'interrogent sur le fait que cette croyance puisse amener les professionnels de la santé à percevoir les individus obèses comme responsables d'un fardeau financier sur les systèmes de santé (Alberga, Nutter, et al. 2019). Croire que les individus sont responsables de leur état de santé, et donc responsable du fardeau économique qui lui est associé, permet de légitimer le blâme porté à leur endroit (Saguy, Frederick, et Gruys 2014). Cela dit, si les évidences ne corroborent pas la responsabilité individuelle dans l'évolution de l'épidémie d'obésité, les coûts liés à la grossophobie méritent d'être estimés et devraient, être inclus dans les coûts de santé originellement attribués à l'obésité (Singh et al. 2019).

L'OBÉSITÉ : UNE MALADIE EFFACÉE PAR LES BIAIS GROSSOPHOBES

L'obésité est une maladie au statut particulier, n'étant reconnue comme telle que par 80% des médecins et pour laquelle seulement 72% d'entre eux se sentent concernés par le fait d'offrir un traitement à leurs patients (Kaplan et al. 2018). La chirurgie bariatrique, malgré les risques, est un traitement efficace et médicalement justifié selon les circonstances. Pourtant, il semble que seulement 40% des médecins pensent que la chirurgie bariatrique est efficace (Kaplan et al. 2018).

Même lorsque l'obésité est reconnue en tant que maladie, elle n'est généralement pas traitée comme telle (Kaplan et al. 2018). Ainsi, l'obésité est sous-diagnostiquée et sous-traitée, soit en raison d'un manque de connaissance ou d'un jugement clinique altéré (Schwenke et al. 2020).

Les maladies fortement associées à l'obésité semblent également souffrir de cet aveuglement grossophobe. Par exemple, le diabète est traité moins agressivement chez les patients obèses que pour les patients non obèses (Alessi et al. 2021). De plus, lorsqu'un patient subit de la grossophobie et développe un sentiment de responsabilité individuelle face à son diabète; il est

plus fréquent qu'il présente de la détresse émotionnelle et qu'il ait une moins grande capacité à gérer son diabète (Puhl et al. 2020).

Certains auteurs suggèrent d'offrir plus d'éducation pour lutter contre la grossophobie (Folope 2021); cependant il semble qu'enseigner la physiopathologie de l'obésité en mettant l'accent sur les facteurs contrôlables puisse avoir pour effet d'augmenter les biais grossophobes (Wijayatunga et al. 2019). Aussi, certains suggèrent, en plus de passer en revue les connaissances entourant l'obésité, de souligner les facteurs hormonaux et environnementaux associés à l'obésité (deShazo et al. 2015).

Malgré cela, améliorer les connaissances sur l'obésité n'est probablement pas suffisant pour lutter contre la grossophobie. En effet, il est raisonnable de croire que si la grossophobie était principalement attribuable à un manque de connaissances, les médecins ne devraient pas présenter plus de biais grossophobes que les infirmières. Pourtant, une étude a montré le contraire, précisant que les infirmières avaient plus tendance à attribuer l'obésité à des causes biomédicales, alors que les médecins attribuaient davantage de responsabilités personnelles aux patients (Sikorski et al. 2013).

L'obésité étant une maladie chronique complexe, certains prônent une approche multidisciplinaire incluant des endocrinologues, des diabétologues, des cardiologues, des néphrologues, des médecins et des nutritionnistes (Cuvelier et Taillé 2019). S'il s'agit d'une initiative à explorer pour le traitement de l'obésité, miser sur des approches aussi coûteuses en termes d'utilisation de ressources médicales spécialisées ne semble pas répondre à la problématique de la grossophobie médicale omniprésente et dont les personnes obèses sont victimes, même lorsqu'ils reçoivent des soins complètement détachés de leur obésité (Sanchez et Boiseau 2021).

LA GROSSOPHOBIE : UN BIAIS QUI EFFACE LES AUTRES MALADIES

La grossophobie impact le jugement clinique des professionnels, ceux-ci ayant tendance à attribuer au poids toute problématique de santé d'un individu obèse (Alberga, Edache, et al. 2019).

“Every time I go to the doctor, he blames everything on my weight. I remember once being told you wouldn’t get such a bad flu if you weren’t so obese” (O’Donoghue et al. 2021).

“Eventually he referred me to orthopaedics and the first thing the orthopaedic surgeon said was to lose weight. When I did get an x-ray, it showed a fracture. I’m not completely stupid, I know my weight doesn’t help, but it wasn’t the reason I broke my leg” (O’Donoghue et al. 2021).

"And it's like okay I know that, but that's not what I'm here for. I'm here for-even when I had my lymphoma they said you know you have to lose weight and really weight had nothing to do with getting that" (Friedman et al. 2012).

« J’ai fait cinq médecins généralistes avant d’en trouver une qui me fasse passer un IRM pour mes genoux, et que l’on découvre que j’avais une lésion du ménisque. Les quatre médecins précédents ne m’ont pas écoutée et m’ont seulement dit de perdre du poids. L’une d’entre elles m’a même conseillé avec beaucoup d’insistance d’aller nager, malgré mes protestations lui indiquant que mes genoux se bloquaient régulièrement et que j’avais peur de me noyer. Elle était odieuse. » (Sanchez et Boiseau 2021).

Tristement, le fait que les personnes obèses soient environ 65% plus nombreuses à décéder avec une pathologie grave non diagnostiquée (Gabriel, Gracely, et Fyfe 2006) appuie les recherches accusant la grossophobie médicale d’être responsable d’erreurs diagnostiques et de retards de prise en charge (deShazo et al. 2015; Singh et al. 2019).

Plusieurs exemples appuient le fait que le jugement clinique est altéré par la grossophobie : l’apnée du sommeil, fortement associé à l’obésité, est sous-diagnostiquée car sous investiguée (Cuvelier et Taillé 2019); le diabète, lorsqu’il est associé à l’obésité, est traité moins agressivement (Alessi et al. 2021); la douleur d’un enfant obèse sera moins soulagée que celle de son camarade sans surpoids (Boyle et al. 2019).

[Intersectionnalité et grossophobie](#)

« Par contre, ce poids-là, il va falloir le perdre, ma bonne dame. » Cette humiliation se double en fin de rendez-vous d’une menace de refus de prise en charge : « La prochaine fois que vous revenez, il faut que vous ayez maigri ou je ne veux plus vous voir. » Témoignage d’une patiente lors d’un rendez-vous avec une gynécologue (Sanchez et Boiseau 2021).

Le mouvement hashtag #BalanceTonGynéco aura permis de mettre en évidence, non seulement des VOG mais également le fait que les remarques grossophobes soient monnaie courante de la part des professionnels de la santé (Sanchez et Boiseau 2021).

Pour les individus ayant d'autres facteurs de discrimination, l'obésité semble être un facteur aggravant. En ce sens, l'association de l'obésité et de la dépression semble entraîner une plus forte stigmatisation (Luck-Sikorski et al. 2018). La responsabilité de la santé mentale, comme pour l'obésité, est également régulièrement attribuée à l'individu (Rivera-Segarra, Varas-Díaz, et Santos-Figueroa 2019) et il est possible que les deux biais se renforcent entre eux.

L'effet d'exacerbation que provoque la présence simultanée des biais grossophobes et psychophobes est particulièrement pervers puisqu'il est montré que la détresse morale, voire la dépression, des personnes obèses est souvent liée à la grossophobie elle-même (Chen et al. 2007). De plus, il est possible qu'un trouble du comportement alimentaire hyperphagique soit responsable de l'obésité, puis que la détresse morale associée à la grossophobie exacerbe encore davantage le trouble hyperphagique. Aussi, l'hyperphagie est un trouble de santé mentale, conduisant souvent à l'obésité et qui devrait d'abord obtenir un support psychologique (Rand et al. 2017).

Concernant la concomitance des troubles de santé mentale et de l'obésité; il semble que le contact auprès de patients atteints de trouble de santé mentale puisse atténuer les biais psychophobes, sauf lorsque la personne est obèse. C'est ce que semble affirmer une étude montrant une psychophobie moins élevée chez les psychiatres que chez les médecins internistes, sauf lorsqu'il s'agit de soigner une personne obèse (FitzGerald et al. 2022).

[Enjeux structurels et organisationnels liés à la grossophobie](#)

"This is what I am struggling with mentally. The thing that you have to work and struggle with a patient for weeks or maybe months and they do not care or bother to take care [of themselves]... I think this is a challenge. I get irritated because I have to struggle (Robstad, Söderhamn, et Fegran 2018).

Considérant que les personnes en situation d'obésité puissent représenter à l'occasion une charge de travail plus grande que les personnes de poids standard; il semble que le manque de

temps et de ressources précède les attitudes négatives envers les patients obèses (Robstad et al. 2018).

Si la croyance attribuant la responsabilité à l'individu pour son obésité est un facteur déterminant du biais grossophobe; le contexte exigeant dans lequel se déroule les soins de santé semble exacerber l'expression de la grossophobie. Aussi, l'équipement non disponible ou mal adapté aux personnes obèses (Hart 2022; Malterud et Ulriksen 2011) additionné au manque de personnel (Oliver et al. 2022) pourraient exacerber la grossophobie médicale. Autrement dit, puisque la responsabilité de l'obésité est attribuée à l'individu, il est acceptable de blâmer l'individu dont le corps n'est pas adapté aux équipements, plutôt que de blâmer l'organisation pour ne pas s'être équipée d'équipements plus inclusifs.

"This [burden] can sometimes make working with these patients less desirable and more time consuming, leading to nurses not wanting to work with these patients or being annoyed when working with them. This is unfair, as every patient deserves equal treatment" (Oliver et al. 2022)

En dehors des ressources matérielles et de temps, l'influence des pairs aurait un rôle important dans la propagation de la grossophobie médicale (Chakravorty 2021; Hyer et Conner 2020; Oliver et al. 2022; Phelan et al. 2015). Contribuant à perpétuer le cycle de la stigmatisation (Chakravorty 2021), la présence de modèles de rôles négatifs pourrait expliquer le fait que la grossophobie semble être plus forte chez les professionnels expérimentés que chez les novices (Khandalavala et al. 2014; Poon et Tarrant 2009; Yilmaz et Yabancı Ayhan 2019).

"I have witnessed nurses make negative comments about patients with obesity. (...) In front of their colleagues and other patients. (To me), this is alarming that student nurse are being trained by registered nurses who make demeaning and cruel comments." (Oliver et al. 2022)

"I observed surgeons and physicians, along with other nurses making comments about a patient's weight after she had been put under anesthesia. This made me uncomfortable, and I was very aware of how they were treating the patient (verbally). It was very professional. This training has definitely opened my eyes to the way in which people with obesity are treated differently in the healthcare setting" (Oliver et al. 2022)

Les deux verbatims précédents sont ceux d'étudiantes en soins infirmiers. Si leurs sentiments outrés semblent sincères, il est peu probable qu'elles aient dénoncé la situation sur le fait. Les services de santé étant fortement hiérarchisés (Khalil et al. 2022; Saga et al. 2021) et généralement additionnés d'une culture du blâme (Myhre, Saga, et al. 2020b), la situation n'est pas simple pour un novice de dénoncer des comportements inscrits dans un climat de travail déjà bien établi.

Pour lutter contre les commentaires grossophobes exprimés par les professionnels de la santé, certains auteurs suggèrent des solutions organisationnelles telles qu'adopter des politiques de tolérance zéro envers la grossophobie (Batterham 2022). Cependant, considérant que dans le cas des VOG, les règles non écrites (autrement dit le climat de travail et la culture organisationnelle) semblent être plus efficaces que les politiques établies pour garantir un environnement exempt des VOG (Freedman et al. 2014), il n'est pas évident que ce type d'approche soit plus efficace pour lutter contre la grossophobie médicale en plus de renforcer potentiellement la culture du blâme déjà existante d'un établissement.

La grossophobie est corrélée négativement avec la relation professionnel-patient ainsi qu'avec l'adhérence aux traitements (Snyder et al. 2022).

“They made me feel so bad about my weight and you can imagine how emotional I already was, I never ever wanted to feel that way again. I never ever wanted to be pregnant again and never wanted to see those doctors again” (O'Donoghue et al. 2021).

En fait, les traitements irrespectueux et le *fatshaming* risqueraient de motiver les patients à éviter les contacts avec les professionnels, allant jusqu'à retarder des soins de santé nécessaires (Chrisler et Barney 2017). En ce sens, certains affirment que la grossophobie médicale entraîne une perte de confiance des patients envers les médecins (Snyder et al. 2022; Tanas et al. 2022) ce qui contribuerait au phénomène de *doctor shopping* observé chez cette clientèle (Alberga, Edache, et al. 2019).

Finalement, au-delà de la responsabilité organisationnelle, les messages anti-obésités véhiculés par la santé publique pourraient également contribuer à la grossophobie médicale (Hyer et Conner 2020; Saguy et al. 2014). Sans nier à la santé publique la possibilité de chercher des

solutions à l'épidémie d'obésité, il apparaît nécessaire d'ajuster le discours en prenant en compte la grossophobie et en évaluant les mesures pour lutter contre l'obésité en dehors de la promotion des comportements individuels.

Violence envers les personnes âgées en institutions

La violence envers les personnes âgées en institution fait les grands titres à l'occasion et suscite généralement l'indignation. Cependant, que ça soit en raison d'un âgisme systémique ou simplement parce que le problème nous paraît insoluble; les faits ont tendance à retomber dans l'oubli aussi rapidement qu'ils nous auront bouleversés. Une problématique qui laisse encore souvent indifférent, mais où la littérature abonde.

Données concernant la littérature

La problématique des violences envers les personnes âgées en institution est rencontrée partout à travers le monde. La recherche sur le sujet est importante, récente et internationale. Plusieurs revues de littérature pertinentes à la compréhension du sujet ont été consultées et traitaient plus spécifiquement d'âgisme, de discriminations, de l'impact de la maladie sur la maltraitance commis par les professionnels de la santé. Pour ce qui est des articles de recherche à proprement dit, la majorité ont été publiés entre 2017 à 2022 et situaient leurs recherches en Occident (Canada, États-Unis, Europe), exception faite de quelques articles d'Europe de l'Est et d'Israël. Quelques articles plus anciens à la portée conceptuelle ont été conservés, de même que quelques articles commentaires.

Prévalence

Sujet tabou, décrit comme impensable par certains gestionnaires de centre d'hébergement (Myhre, Saga, et al. 2020a), la violence faite aux aînés par les professionnels de santé est pourtant fréquente. Une étude rapporte que 76% des professionnels en ont été témoins et que 60% admettent avoir eux-mêmes commis des actes d'abus ou de négligence dans la dernière année (Botngard et al. 2020).

Environ une personne âgée sur six vivant en institution aurait subi au moins une forme d'abus (Yon et al. 2018). Cette étude précise que 33,4% des abus seraient de nature psychologique,

14,1% de nature physique, 13,8 de nature financière, 11,6% seraient de l'ordre de la négligence et 1,9% d'ordre sexuel (Yon et al. 2018). De plus, être victime d'abus serait en quelque sorte, prédicteur du risque d'en subir de nouveau. Parmi les victimes d'abus, plus de la moitié d'entre elles auraient subi plus d'un abus (Post et al. 2010).

De la même manière que pour les VOG, la prévalence varie selon les études. Cela dit, l'ensemble de la littérature consultée confirme que la de violence envers les aînées en institution, incluant celle perpétrée par les professionnels de la santé, est une réalité malheureusement fréquente (Blumenfeld Arens, Fierz, et Zúñiga 2017; Filipiska et al. 2021; Hirt et al. 2022; Lev, Dolberg, et Lang 2022; Neuberg et al. 2022; Saga et al. 2021).

[Les différents visages de la violence envers les personnes âgées en institutions](#)

“In my opinion, if residents’ diapers are changed three times a day, excuse me, it is not enough ... If each of us calculates how many times we go to the bathroom during the day, twenty-four hours, it is not three times.” (Lev et al. 2022).

" When you have a neglected older patient, no one get alarmed... Because is difficult. But in practice, they need basic care... The body has passed the sell-by date, it has lived its life, and that is how it is" (Band-Winterstein 2015).

"A staff member cursed a resident in my presence. It seemed that she was so used to it that she just did it automatically even though she knew I spoke the same language ..., and then she said an unpleasant word out loud." (Lev et al. 2022).

“Well, during my job, I have observed things again and again, either from patients who cried about an incidence with one of the nurses. Well, words have been used such as rude [nurse], rough, touched me roughly or just went out of the room again [without tending to my needs], did not react to the bell.” Témoignage d’une infirmière certifiée (Wangmo et al. 2017).

La violence subie par les personnes âgées en institution prend plusieurs formes. D’ailleurs, ici même au Québec, une terminologie a été développée pour catégoriser les différentes formes de maltraitances envers les aînés, spécifiant en quoi consiste une maltraitance physique, psychologique, sexuelle, financière ou organisationnelle, de même que l’âgisme ou un déni de droit (Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées et al. 2022). Ici, la

notion de maltraitance¹⁹ inclut à la fois les négligences²⁰ et les violences²¹ et trace une ligne entre les deux concepts²². Considérant que la violence envers les aînés s'exprime sur un continuum de subtile à évident (Kydd et Fleming 2015), il paraît pertinent d'inclure le concept de négligence à celui des violences lorsqu'il s'agit d'étudier le phénomène des violences médicales.

Identifier la maltraitance faite aux aînés est parfois complexe. De la négligence des soins d'hygiène à l'alimentation forcée, de l'usage de langage infantilisant à la profération de menaces, en passant par des violations de l'intimité ou simplement par le fait d'ignorer les demandes exprimées, la violence faite aux personnes âgées revêt de multiples visages (Lev et al. 2022).

La question de l'intentionnalité, régulièrement soulevée lorsqu'il est question de violence, est également sujette à discussion dans la littérature concernant la violence faite aux personnes âgées. Aussi, pour certains, un abus est nécessairement intentionnel, alors qu'une négligence est généralement plus subtile et peut être intentionnelle ou non (Wangmo et al. 2017).

Certaines situations sont difficiles à classer. Une étude rapporte le cas d'un soignant qui enferme un résident dans sa chambre, pour la protection de ce dernier, le temps qu'il gère le comportement agressif d'un autre résident (Myhre, Saga, et al. 2020a). Techniquement, enfermer un résident dans sa chambre, c'est faire l'usage d'une contention, mais avait-il le choix? Et si la contention avait été indiquée ou prescrite, s'agirait-il quand même de violence? Et si d'autres ressources avaient été disponibles, aurait-il fait autrement?

¹⁹ Il y a maltraitance quand une attitude, une parole, un geste ou un défaut d'action approprié, singulier ou répétitif, se produit dans une relation avec une personne, une collectivité ou une organisation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause, intentionnellement ou non, du tort ou de la détresse chez une personne adulte (Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées et al. 2022).

²⁰ Négligence envers une personne âgée : ne pas se soucier de la personne aînée, notamment par une absence d'action appropriée afin de répondre à ses besoins (Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées et al. 2022).

²¹ Violence envers une personne âgée : malmener une personne aînée ou la faire agir contre sa volonté, en employant la force et/ou l'intimidation (Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées et al. 2022).

²² Dans le cadre du présent mémoire, ces concepts ne seront pas utilisés distinctement étant donné que l'angle utilisé pour aborder le concept de violence médicale est celui d'une forme de violence structurelle. En ce sens, il est peu pertinent de distinguer spécifiquement les notions de maltraitance, de négligence ou de violence au niveau individuel.

Il semble que lorsqu'un soignant subit lui-même des agressions de la part des résidents, cela augmente les risques qu'il y réagisse en produisant des abus envers les aînés en retour (Botngard et al. 2021; Post et al. 2010).

“So the first thing I saw [at my student placement], it's the two PSWs [personal support worker] who wake up the patient by washing her face and bottom at the same [time]. So at 6:30 in the morning, they will turn [on] the light. Didn't communicate at all with the patient. And two PSWs [were] talking about their weekend. We wash the face, we wash the bottom at the same time. They asked [me] to put the socks on and I said 'I can't do that, we have four hands on her' (...). The first morning we were with her we just dressed her, but she was aggressive and [the other PSWs] said 'Be careful, she is aggressive' in front of her! 'She is really, really, aggressive.' And I went to see my teacher and I said, 'Can I have her as my first patient?' Because I am sure if you take time with her she would be fine. And I take time with her; I speak with her, and no trouble at all.”(Kelly 2017).

Cela dit, le fait d'interagir avec rudesse, souvent associé au manque de temps, semble être à la fois une cause et une conséquence aux troubles de comportement des patients (Kelly 2017).

Une méta-analyse montre que les maladies neurologiques, en comparaison avec d'autres affections chroniques, sont plus fortement associées aux mauvais traitements envers les personnes âgées (Wong, Cafferky, et Alejandro 2022). Sachant que plusieurs troubles neurologiques provoquent des pertes cognitives, le fait d'imposer au patient un rythme trop rapide risque de provoquer des troubles du comportement. De plus, les maladies neurologiques entraînent souvent une perte d'autonomie qui augmente la dépendance envers autrui pour ses soins; dépendance qui serait associée à un plus grand risque d'abus (Wong et al. 2022).

Certaines situations plus rares d'abus sont également documentées. Aussi, le fait de détenir de l'argent avec eux placerait les résidents à risque d'abus financier (Myhre, Saga, et al. 2020a). Les abus sexuels sont rapportés comme rares mais surviennent quand même (Myhre, Saga, et al. 2020a; Smith et al. 2018; Yon et al. 2018). Un bref article rapporte une situation extrême, où vraisemblablement un soignant aurait intoxiqué aux opioïdes sept résidents dont au moins un est décédé. Le médecin impliqué dans cette situation souligne l'importance de détecter la violence faite aux aînés dans les services d'urgence (Platts-Mills et al. 2014).

L'âgisme, une violence qui en enfante d'autres

“Ageism, along with discrimination on the basis of weight and appearance, seems to remain one of the most socially acceptable forms of discrimination.” - Christine Kelly (Herron, Kelly, et Aubrecht 2021).

L'âgisme dévalue les personnes âgées et leurs besoins, permettant ainsi de tolérer les situations d'abus envers ces dernières (Phelan et al. 2015). Autrement dit, l'âgisme contribuerait à invisibiliser les personnes âgées, ce qui conduirait à les objectifier, rendant acceptable le fait de les traiter comme sur une chaîne de montage (Band-Winterstein 2015).

“The elder population is almost transparent, I mean, they don't receive attention, due to lack of sufficient diagnosis and doctors' lack of caring. For instance, they receive painkillers to deal with symptoms, but aren't sent for overall checkups, so by the time the diagnosis is made, it's often too late. This is because of disrespect, lack of attention and lack of concern.” (Band-Winterstein 2015).

L'âgisme se situe à tous les niveaux. Sur le plan interpersonnel, l'âgisme s'exprime à travers des attitudes négatives, parfois subtiles (voire bienveillantes) telles que celui d'infantiliser les aînés avec des propos tel : « ça c'est une bonne fille! » (Dobbs et al. 2008). L'âgisme teinterait les organisations de soins, d'abord par ses politiques centrées sur la tâche (Kydd et Fleming 2015; Myhre, Malmedal, et al. 2020; Saga et al. 2021) qui ne respectent pas les besoins des personnes âgées en perte d'autonomie; puis en tolérant un climat de travail où les abus envers les personnes âgées sont tolérés (en plus de ne pas encourager la dénonciation) (Band-Winterstein 2015).

Bien que l'âge soit nécessaire à l'anamnèse d'une situation clinique, il semble que les préjugés liés à l'âge influencent les décisions cliniques et que les professionnels de la santé devraient en être conscients (Kydd et Fleming 2015). L'âgisme est une clé de lecture aidant à comprendre le contexte structurel, politique et social de la violence faite aux personnes âgées (Phelan et al. 2015); il s'accompagne généralement d'un effet de halo négatif (Chrisler, Barney, et Palatino 2016) auquel les professionnels de la santé devraient porter attention lorsqu'ils exercent leur jugement clinique.

Vulnérabilité sur vulnérabilité (l'intersectionnalité des facteurs de risque)

“If they [the staff] don't like you, they find a way to mistreat you without using their hand... They treat me pretty well because of my husband, he was a judge. Doctors and judge and

their wives are treated differently. The girls [referring to the staff] know the difference.”
(Dobbs et al. 2008).

Dans les sociétés occidentales néolibérales, l'âgisme s'inscrit dans le fait que les personnes de plus de 65 ans ne contribuent plus financièrement à la société (Phelan et al. 2015). Dans ce contexte, la personne âgée et pauvre est d'autant plus dévaluée. D'ailleurs, la pauvreté serait associée à un plus grand risque d'abus psychologiques (Dobbs et al. 2008; Filipaska et al. 2021).

Dans cette même étude, la dépression (modéré ou sévère) et les handicaps fonctionnels, étaient également cités comme des facteurs de risque aux abus psychologiques (Filipaska et al. 2021). La maladie, en particulier les troubles neurocognitifs et les handicaps, est donc identifiée comme un facteur de risque d'abus pour les personnes âgées (Blumenfeld Arens et al. 2017; Wangmo et al. 2017).

“The attitude toward people who are bedridden and have intellectual disabilities is as if they are an object (...). Failing to provide their physical needs, ignoring people's requests, failing to perform essential medical treatments, such as changing positions (...). Everything is done automatically and lacks a gentle touch” (Band-Winterstein 2015).

Le racisme et le sexisme affecteraient également l'âgisme subit par les personnes âgées. Aussi, les personnes âgées racisées subiraient davantage de discrimination dans leur accès aux soins de santé (Dobbs et al. 2008; Saif-Ur-Rahman et al. 2021) et les femmes âgées subiraient également une forme de discrimination liée à l'âge plus sévère (Chrisler et al. 2016).

Si l'approche intersectionnelle est pertinente et amène plusieurs auteurs à évaluer l'impact des discriminations simultanées, un groupe de recherche s'interroge :

“if an 85 year old, black, lesbian, non English speaking homeless, convict with an alcohol related brain injury was given poor care – what would such treatment be labelled?” (Kydd et Fleming 2015).

Amené sous la forme de boutade, les auteurs questionnent la pertinence d'étiqueter chacune des discriminations, dont l'âgisme. Pour les auteurs, tenter de créer un bloc monolithique avec une population aussi hétérogène que celle des personnes âgées est à la fois impossible et peu

pertinent. Aussi, ces auteurs préconisaient la notion de clientèle vulnérable (Kydd et Fleming 2015).

[La violence des soignants](#)

“I think that no one who works in the nursing home started there just to be able to hurt someone, and that is perhaps why this is such a sensitive and difficult topic” témoignage d'une gestionnaire (Myhre, Saga, et al. 2020a).

Les professions du soin sont généralement associées à des valeurs de bienveillance, voire anciennement de la vocation et du don de soi, soit des concepts pour le moins éloigné de ceux de violence et d'abus. Aussi, la difficulté de discuter du sujet des violences produites par les professionnels envers les résidents est généralement tabou (Myhre, Saga, et al. 2020a), et le plus souvent limitée aux situations les plus graves (López et al. 2021). En ce sens, certains auteurs soulèvent la pertinence d'établir une culture organisationnelle non culpabilisante (*blame-free*) (Myhre, Saga, et al. 2020b).

La détresse psychologique des soignants, le *burnout* en particulier ainsi que l'intention de changer d'emploi, sont identifiés comme des facteurs de risque à la violence envers les aînés (Andela, Truchot, et Huguenotte 2021; Blumenfeld Arens et al. 2017; Botngard et al. 2021; Hirt et al. 2022; López et al. 2021). Le manque d'expérience et de formation sont aussi identifiés comme des facteurs de risque (Saga et al. 2021; Wangmo et al. 2017). L'influence entre pairs est également soulevée en tant qu'élément significatif dans le risque de violence faite aux personnes âgées (Kydd et Fleming 2015).

[La violence des institutions](#)

Les institutions et leur environnement seraient perçus oppressants et déshumanisants, à tel point que certains auteurs parlent de stigmatisation liée aux institutions pour personnes âgées (Dobbs et al. 2008). Stigmatisation légitime ou non, la littérature sur les violences envers les personnes âgées en institution nous apprend que les institutions sont responsables de violence envers les aînés.

La violence des milieux se fait sentir à la fois sur les professionnels de la santé et sur les bénéficiaires. Une étude ayant comparé des milieux scandinaves et canadiens montre d'une part que les Canadiens sont plus épuisés physiquement et mentalement que les Scandinaves, rapportant une charge de travail trop élevée, insuffisamment de temps, et un manque de personnel (Banerjee et al. 2012). D'autre part, les soignants canadiens auraient six fois plus de risque d'être victimes de violence dans le cadre de leur travail (Banerjee et al. 2012). Considérant la violence des résidents se retournant généralement contre eux (Botngard et al. 2021; Post et al. 2010), il est raisonnable de supposer que cette différence entre les milieux scandinave et canadien risque de se refléter également dans le taux de violence subie par les aînés.

Le même groupe de chercheurs déplore que pour les Canadiens, la violence dans les institutions pour personnes âgées soit normalisée par les employés qui s'attendent à subir de la violence dans le cadre de leur travail. Selon eux, cette comparaison entre les milieux scandinaves et canadiens permet d'affirmer que la violence n'est pas inévitable (Armstrong et al. 2011).

L'ORGANISATION DES SOINS CENTRÉE SUR LA TÂCHE :

En opposition avec l'organisation des soins centrés sur le patient, l'organisation des soins centrés sur la tâche (aussi dite centré sur l'institution), est une manière d'organiser les services de manière à prioriser les besoins de l'organisation. L'organisation centrée sur la tâche est généralement associée à un stress sur les soignants pour qui on exige un résultat malgré des ratios élevés, un manque de temps et de personnel (Blumenfeld Arens et al. 2017; Saga et al. 2021; Wangmo et al. 2017).

Aussi, le manque de personnel est une cause primaire pour prévenir la surcharge des travailleurs et leur permettre de donner des soins adéquats (Armstrong et al. 2011) Le manque de personnel, additionnée au personnel insuffisamment formé, sont associés à une augmentation du risque de *burnout*, qui est lui-même associé à une augmentation des abus envers les personnes âgées (Saga et al. 2021). À l'opposée, une gestion centrée sur la personne permettrait de contrer la normalisation de pratique déshumanisante (López et al. 2021).

CLIMAT DE TRAVAIL ET CULTURE ORGANISATIONNELLE:

Un climat de travail négatif serait associé avec une plus grande fréquence d'abus physique et verbal envers les aînées en institution (Blumenfeld Arens et al. 2017). Les normes et règlements (rigide et en faveur de l'institution) sont également pointés du doigt (Myhre, Malmedal, et al. 2020); cette problématique qui fut également dénoncée dans la gestion de la COVID (Bernatchez et al. 2022).

La culture du blâme est également pointée du doigt, au moins en ce qui regarde la dénonciation des abus, étape essentielle dans une démarche de prévention (Myhre, Malmedal, et al. 2020; Myhre, Saga, et al. 2020b). Certains auteurs suggèrent la possibilité de dénonciation anonyme (Wangmo et al. 2017).

Finalement, la littérature confirme la présence de violence perpétrée par les soignants envers les personnes âgées au sein des institutions. Cette violence correspond à un phénomène de violence médicale particulier et s'inscrit dans l'étude d'un phénomène des violences médicales.

Racisme

L'impact du racisme en tant que discrimination contribuant aux inégalités de santé est à la fois unanime, mais non spécifique aux services de santé à proprement dit. Évaluer l'apport de la littérature sur le sujet permet de mettre un accent particulier sur les structures de pouvoir et de leur impact sur les organisations de santé, de même que l'impact des biais racistes sur soins. Les biais racistes ne véhiculent pas tous les mêmes préjugés et semblent varier lorsqu'ils sont associés à d'autres discriminations systémiques.

[Données concernant la littérature](#)

La littérature sur le sujet est majoritairement en provenance des États-Unis, quoique le Canada, en particulier en ce qui concerne les réalités autochtones, y contribue fortement. Les parutions sur l'impact du racisme sur les disparités de santé ont explosé depuis 2020. Des articles de revue, de recherche ou conceptuels ainsi que quelques articles commentaires ont servi à cerner l'impact du racisme sur les services de santé et du phénomène de la violence médicale.

Prévalence

“As an ED [emergency department] staff person, you tend to have a vision of every Aboriginal person having a drug and alcohol issue” (Vigneault et al. 2021).

" The first question that the triage nurse asked her was "how much have you had to drink today?" And I was so pissed off. Oh my god I was so pissed off. But I gotta give it to mom she actually kept her cool, 'cuz she used to [work in a nearby hospital as a nurse] and she looked at the nurse and she said "I know that that's not the first question on that list. You may want to start again" (Hole et al. 2015).

En 2020, on estimait qu'à Toronto, 28,5% des autochtones vivant en milieu urbain (Toronto) avaient subi des discriminations dans le cadre des services de santé et 27,3% auraient vu leurs besoins non comblés (Kitching et al. 2020). Aux États-Unis, 21,4% des individus déclaraient avoir subi de la discrimination dans le cadre de services de santé pour lesquels 17,3% affirmaient l'avoir été en raison de leur race ou ethnie (Nong et al. 2020). La présence de discriminations sur la race est globalement admise et est identifiée parmi les discriminations les plus fréquentes (Bailey et al. 2017; Hamed et al. 2020; Pearl et al. 2018).

Pour certains auteurs , la mort de George Floyd et le mouvement *Black Lives Matters* aura affiché la nécessité de considérer le racisme institutionnel incrusté dans les institutions publiques et à l'origine d'inégalités de santé (Iheduru-Anderson et Alexander 2022). Comme pour les autres formes de violences systémiques, les conséquences du racisme sont parfois subtiles et complexes à analyser. La discrimination est associées aux soins non reçus (Kitching et al. 2020) mais aussi parfois, non réclamé, et ce, même lorsque la couverture est assurée par un système de santé universelle (Halberg, Larsen, et Holen 2022).

La violence derrière le racisme dans les services de santé

“I think that they definitely don't care about me because I'm Black. I think they assume that I'm gonna be unhealthy, that I don't know about kale or quinoa because I'm Black. —it became harder for me to find a doctor, general practitioner. Because I needed somebody that wasn't going to judge me or that wasn't going to make me feel some type of way because of my weight or because of my look or my hair(Participant #4)” (Okoro, Hillman, et Cernasev 2020).

Le racisme derrière les violences médicales, comme pour les autres formes de discrimination, est souvent subtil. D'ailleurs, un patient autochtone se disait conscient que « tout le monde » peut subir ce type de problématique [expérience négative dans les services de santé], [...] Cependant,

pour les peuples autochtones, c'est différent en raison de l'oppression et de la répétition (Hole et al. 2015).

Pour certains, leur statut d'autochtone change drastiquement le regard que les professionnels de la santé portent sur eux :

" I notice when some nurses find out... they look at you and they see you're First Nations... and their attitude changes. You can hear them. And, you're in the ED [emergency department] and they're talking real nice to someone who's not a Native and then they come in to me and their attitude changes, if? So, they're not all like that, but I run into that quite a bit" (Hole et al. 2015).

Dans le cadre de cette étude, une autre patiente autochtone témoignait sur son sentiment d'être invisible :

"This one nurse came over and she starts to—she didn't say anything to me—she just said, "Give me your arm, put your arm out like this," and "I need to take some blood." Then pretty soon she was looking for a vein, couldn't find a vein. So, then she went over here on the left arm and she was looking for a vein there. So, anyways, she couldn't really find a vein, but she started using the needle over and over again; she wasn't saying anything—not explaining . . . I started getting stressed 'cuz she wasn't talking to me but she was really in a hurry . . . I think she tried two or three times in this arm, and I, I was bruised, and then finally she said, "Oh, for heaven's sake." She says [to another nurse passing by], "I can't find a vein." Finally, they got a vein but neither one of them spoke to me. I was just poked and prodded being told, "Give me this arm or that arm." It felt like I was being treated kind of roughly. It felt like I wasn't even a human being, 'cuz they had, neither one of them, had said a word to me." (Hole et al. 2015).

Les exemples où les personnes non-Blanches voient leurs symptômes minimisés sont malheureusement fréquents. Une étude rapporte le cas d'une personne racisée, atteinte du VIH et malgré le fait qu'elle présentait des symptômes suggérant une crise cardiaque, elle aura attendu plus de cinq heures avant une prise en charge. Lorsque le médecin lui confirmera qu'elle était en train d'avoir une crise cardiaque, elle répondra « non, j'ai fait une crise cardiaque », soulignant le fait que l'événement était passé depuis déjà longtemps faute d'avoir été pris en charge en temps opportun (Hamed et al. 2020).

Parfois, la minimisation des symptômes est associée au préjugé de toxicomanie :

“I went in there with my hair combed and everything, and she clearly judged me. She told me that I was not hurting and that, “You ain’t getting no pills here,” and slammed that paper down.” (Participants #21) (Okoro et al. 2020).

Les personnes noires, comme les personnes ayant des antécédents d’abus de substances (Sedney et al. 2023), reçoivent des traitements moins agressifs contre la douleur (Mathur et al. 2022) ».

Pas vu, trop vu ou aveuglé par les préjugés liés à l’abus de substances, le cas de Brian Sinclair n’est pas sans rappeler celui de Joyce Echaquan. En 2008, Brian Sinclair est retrouvé dans un état de rigidité cadavérique dans une salle d’attente d’une urgence à Winnipeg; il y aura séjourné 34 heures sans recevoir de soins, le personnel attribuant son état léthargique naturellement à celui d’une intoxication (Ray et al. 2022).

L’intersectionnalité et le racisme

Le racisme, comme les autres discriminations, entraîne des iniquités de santé qui relèvent de la justice sociale, principe central de bioéthique (MacDuffie et al. 2022). Cela dit, aux intersections des différentes discriminations, les impacts sont parfois amplifiés :

“it’s just we get hit a lot harder just because of our color. Yes, we get double slammed. We ain’t the only poor people in America. Yet we get hit doubly. We poor and Black” (Okoro et al. 2020).

Ainsi, la pauvreté semble exacerber les effets du racisme dans les services de santé :

“If you have a certain kind of insurance, like Medicaid or state insurance, —or whatever it is, the doctors treat you differently. They’re not—they’re more apt to kinda overlook what’s going on with you. They’re more apt to say, Maybe you’re exaggerating your symptoms a little bit.” (Okoro et al. 2020).

“I say Medica, and they say what type a Medica? I said Medica through the government, and they said, oh, okay. Then it’s like whole attitudes change. It’s like they’re slowing down, waiting a little longer now. I’m like, wow, they’re just doing that because I’m on assistance. Half of these doctors don’t wanna pay attention to the patients. They look at certain people like people that’s in poverty, you get the dirtiest look from doctors and nurses. Doctors look at people living in poverty like they crazy.” (Okoro et al. 2020).

Les préjugés racistes et sexistes se rencontrent lorsqu'il s'agit de décrire l'image des femmes qui avortent. Ainsi, les femmes qui avortent sont décrites comme étant noires, moins éduquées, abandonnées par leurs partenaires, irresponsables et dévergondées sexuellement (Ferreira et al. 2021). Parfois, le racisme exacerbe les violences obstétricales gynécologiques. Il semble que les femmes racisées ayant recouru à un avortement seraient stigmatisées verbalement, parfois humiliées, et leur douleur moins soulagée (Ferreira et al. 2021).

Du même ordre, les personnes racisées subissent régulièrement le préjugé d'être porteuses de maladies transmissibles sexuellement :

“You wait for hours in the urgent care room. The first thing they do is test you to see if you have a venereal disease. They don't test you for what you were in there for. We ran all of these tests and blah, blah, blah. (female participant)” (Okoro et al. 2020).

Le racisme semble également exacerbé par les préjugés liés aux troubles de santé mentale. En dehors des présomptions de trouble d'abus de substances illustré précédemment; les personnes noires sont plus souvent jugées agressives et subissent plus souvent l'utilisation de contention physique dans les salles d'urgences (Carreras Tartak et al. 2021; Schnitzer et al. 2020).

L'histoire est chargée de discrimination et l'histoire de la médecine n'en fait pas exception. Une étude explique qu'en 1969, on estimait que les Afro-Américains étaient 65% plus nombreux à souffrir de schizophrénie. L'hypothèse rapportée est que les personnes noires étaient plus facilement jugées agressives et hostiles, condition autrefois identifiée comme symptomatique de la schizophrénie (Metzl et Roberts 2014). Si la situation concernant le surdiagnostic de la schizophrénie chez les personnes noires n'est plus d'actualité; il resterait à déterminer s'il s'agit d'une conséquence d'une possible diminution du racisme ambiant ou simplement parce la mise à jour du DSM lequel a retiré les critères d'agressivité et d'hostilités en tant qu'éléments significatifs du diagnostic de schizophrénie.

[Les enjeux structurels et organisationnels liés au racisme](#)

Plusieurs auteurs ont tenté d'illustrer la complexité du phénomène par lequel les effets du racismé s'incrémentent dans les services de santé (Alspaugh et al. 2023; Hamed et al. 2022; Mahabir et al.

2021; Mathur et al. 2022). Le racisme, en tant que violence structurelle, est omniprésent et intriqué dans les organisations, rendu invisible par la routine et la répétition (Hamed et al. 2020).

Alors même que certains auteurs affirment que la bureaucratie ou la peur puissent conduire les immigrants à éviter les services de santé (Konczal et Varga 2012), il semble que les professionnels de la santé constitueraient une barrière supplémentaire, agissant à titre de "gardien de la porte du système de santé" et fermant la porte aux personnes non assurées. (Odhiambo et al. 2022). Barrière soutenue même lorsqu'il s'agit de maladies au potentiel léthal et contagieux telle que le VIH (Odhiambo et al. 2022). Par exemple, en France, malgré une couverture adéquate des services, il semble que les barrières liées au racisme systémique résistent et poussent certaines personnes atteintes du VIH à éviter les services de santé (Fiorentino et al. 2018).

Le racisme a ceci d'insidieux qu'il se cache derrière d'autres motifs pour se justifier. Il justifie l'usage de contentions puisque le patient était effectivement agressif (Carreras Tartak et al. 2021; Schnitzer et al. 2020); sans mentionner combien d'autres patients agressifs auront bénéficié de mesures alternatives. En 1989, en Caroline du Sud, les femmes enceintes pouvaient être dépistées pour l'usage de drogues, sous le prétexte de protéger le bébé, et si leur test était positif, leur résultat était transmis à la police (Metzl et Roberts 2014). Au-delà du fait qu'il s'agisse d'une criminalisation d'un trouble de santé mentale, le racisme se cache ici sous le fait que les préjugés raciaux jugeant les personnes noires plus susceptibles d'avoir un trouble d'abus de substances, celles-ci étaient plus testées.

Malgré l'importance du racisme dans les iniquités de santé, il s'agit le plus souvent d'un sujet « non questionnable » dans les organisations (Ricks, Abbyad, et Polinard 2022). Sujet tabou, au même titre que les violences envers les aînés en institution; le fait que la profession infirmière soit perçue comme une profession « sans préjugés » rendrait la dénonciation [des discriminations racistes] problématique (Burnett et al. 2020).

L'influence des pairs et la culture organisationnelle ont le potentiel d'influencer le niveau de discrimination subi par personnes racisées (Willey, Desmyth, et Truong 2022). Les modèles de rôle positifs sont jugés comme partie prenante de la recherche de solution (Willey et al. 2022). Pour d'autres, il faudrait s'attarder à la charge de travail :

“You know it's kind of hard to get good care when you're nurses are working double-shifts and you've got, you know, nurse who are three people short-staff because their just no money to hire enough nurse.” (Hole et al. 2015).

La relation inégale entre médecins et patient contribue aux influences négatives du racisme dans les soins (Gamlin 2013). Cette relation permet aux organisations d'attribuer la faute de se défendre lorsqu'une personne est victime de racisme dans ses murs :

“I had another patient in my room at the hospital; an elderly lady who had broken her arm (. . .). On Saturday morning she started rattling Nazi words [laughs]. Nazi quotes (. . .) My husband got angry and said “Either you change my wife’s room or I complain.” (. . .). At some point the nurse came back in and said I should talk to my husband, he should calm down or I would be driven out now. We then got a new room, I was relocated and the old lady also said goodbye with her arm up (Nazi Salute). But the hospital did not react.”
(Hamed et al. 2020)

Ainsi, ces personnes sont victime de racisme, mais elles sont priées de bien vouloir se contenir, car leur indignation est jugée inacceptable. Si bien qu'aucun professionnel n'aura validé le préjudice.

Les mécanismes subtils du racisme entraîneraient une perte de confiance envers les services de santé (Hamed et al. 2020).

“A lot of people in my community don't trust the doctors we have here or the hospital because they or their family have received bad care” (Alspaugh et al. 2023).

Pour certains, la méfiance envers les systèmes de santé (*medical mistrust*) est jugées comme une réponse adaptée au racisme vécu dans les services de santé (Benkert et al. 2019).

Finalement, la littérature appuie l'impact d'un racisme systémique sur les inégalités de santé. Ces iniquités semblent en partie attribuables aux effets du racisme sur l'accessibilité et la qualité services de santé. Plusieurs éléments recensés appuient la présence d'un phénomène de violence médicale associé aux biais racistes des professionnels et des organisations.

Psychophobie médicale

Le biais envers les personnes souffrant de troubles mentaux, aussi nommée psychophobie, est également décrié dans la littérature et sévit également dans les services de santé.

Données concernant la littérature

Comme pour les autres formes de discrimination recensées dans les services de santé, la recherche sur la psychophobie est récente. Cependant, le biais psychophobe varie considérablement selon les différents troubles de santé mentale. Aussi, la littérature montre que les préjugés associés à la toxicomanie ne sont pas les mêmes que ceux associés à la dépression, à la schizophrénie ou aux déficiences intellectuelles. Cela dit, des biais psychophobes chez les soignants ont été documentés pour chacune de ces catégories.

La littérature rassemblée est internationale et la majorité est parue dans les cinq dernières années. On y trouve des revues de littératures, des articles de recherches, des articles conceptuels, de même que des articles commentaires.

Prévalence

Plusieurs études ont montré la présence de biais psychophobes chez les professionnels de la santé (van Boekel et al. 2013; Fernandes et al. 2022; Kopera et al. 2015; Meng et al. 2022; Murney et al. 2020; Pelleboer-Gunnink et al. 2017; Tyerman, Patovirta, et Celestini 2021; Vistorte et al. 2018) À un certain degré, le biais psychophobe conduit à voir le patient comme inférieur (Meng et al. 2022).

La majorité des études recensées évaluant le niveau et les manifestations de la psychophobie chez les soignants, les données sur la prévalence des patients s'identifiant victime de la psychophobie médicale est peu précise. Néanmoins, une étude américaine montre que quatre personnes utilisatrices de drogues sur 10 auraient vécu un rejet de demande de service de santé pour une raison discriminatoire (Kimmel et al. 2021). Ceci est d'ailleurs dénoncé comme un dénie de droit et réclame la fin de la discrimination au sein des services de santé (Dineen 2021).

Les préjugés psychophobes se manifestent principalement par l'attitude négative des soignants envers la clientèle atteinte de troubles de santé mentale et se répercutent sur la qualité des soins (Carrara et al. 2021). Comme pour les autres formes de discrimination, le jugement clinique est également affecté. Ainsi, un sondage international évaluant la discrimination des personnes souffrant de schizophrénie dans les services de santé rapportait que 17% des individus estimaient avoir subi une discrimination lors de l'évaluation du problème de santé physique, et 38% affirmaient avoir vécu un manque de respect (Harangozo et al. 2014).

[La violence derrière la psychophobie médicale](#)

Les personnes vivant avec un trouble de santé mentale voient leur espérance de vie diminuer en raison de problèmes de santé pourtant évitable (Rivera-Segarra et al. 2019).

Selon ces auteurs, le *diagnostic overshadowing*, qui pourrait se traduire par un « aveuglement diagnostique », conduirait les professionnels de la santé à attribuer tout problème de santé à la santé mentale de l'individu (Rivera-Segarra et al. 2019). Cette altération du jugement clinique conduit à des erreurs diagnostiques (Tyerman et al. 2021). Une étude a montré que, plus un médecin avait des biais psychophobes, plus il avait tendance à attribuer les symptômes d'un patient anxieux ou dépressifs à des symptômes somatiques et à le référer en psychiatrie pour une prise en charge (Vistorte et al. 2018).

Le fait d'être étiqueté avec un diagnostic de santé mentale représenterait une barrière aux soins et impacterait la relation patient-soignant (Tyerman et al. 2021). Ceci, additionné à « l'aveuglement diagnostique » des professionnels, pourrait contribuer au fait que certains patients affirment avoir eu le sentiment que leur situation n'était pas crue des professionnels (Hui et al. 2021). Certaines données supporteraient que l'approche peu holistique des psychiatres occidentaux offrant des traitements qualifiés de déshumanisants contribuerait à l'augmentation de la stigmatisation (Harangozo et al. 2014).

Il semble que le biais psychophobe conduise à des préjugés de patients difficiles, manipulateurs, non désirables et imprévisibles (Tyerman et al. 2021). Le langage utilisé pour parler d'une personne aux antécédents de troubles d'abus de substances, le qualifiant de « clean », est parlant pour illustrer ce qui est pensé de ceux qui souffrent de dépendance (Murney et al. 2020).

La force du langage et de la stigmatisation envers les personnes présentant des antécédents de troubles d'abus de substances est mise en évidence par une étude montrant que les professionnels de la santé soulagent moins efficacement la douleur de ces patients pourtant atteints de cancer et hospitalisés (Sedney et al. 2023) :

“They feel that the level of pain that he is reporting, particularly in his abdomen, is out of proportion with his illness. (52 year old man with extensive small cell lung cancer)”

“Rates pain, high, however, I will not increase his pain meds. He has less swelling visible, and due to history, not obvious reason to go up on meds” – Patient 19 (64 year old male with advanced lymphoma)”.

“She reports poor relief with 20 mg of oxycodone. She became tearful stating that 20 mg won't cover this pain. Pt states she feels she's being punished for her urine drug screen because she's got stronger meds faster in the past - Patient 4 (59 year old female with metastatic melanoma)”.

Certains auteurs admettent que les biais psychophobes impactent la décision d'appliquer une contention (Jin, Anaebere, et Haar 2021). La notion de consentement fait partie des points ambigus lorsqu'il est question de violence dans les soins aux personnes souffrant de trouble de santé mentale. Il semble que la menace soit d'usage régulier dans ces services (Valenti et Giacco 2022) :

"Threat is used in the day life practice, but it is a mean of expression than an action with the function to treat [...] it is a therapeutic strategy to improve your health without your consent" (Valenti et Giacco 2022).

[Les croyances liées à la santé mentale](#)

“It is difficult, you know, for a young woman to go through such trauma and it's stigmatising as well, because sometimes it's a bit shameful, you know, to tell people, oh, I had a mental breakdown or I'm mentally ill, stuff like that. There's labels attached to it” (Hui et al. 2021).

La psychophobie conduit à des perceptions négatives des personnes atteintes de trouble de santé mentale (Rivera-Segarra et al. 2019), celles-ci étant comme inférieurs (Meng et al. 2022). Il semble que ces préjugés négatifs contribuent au fait de blâmer la personne souffrant de trouble de santé mentale pour ses problèmes de santé physique (Rivera-Segarra et al. 2019).

Les personnes atteintes de troubles d'abus de substances seraient perçues comme responsables de leur situation de santé, « choisissant » d'être en mauvaise santé en raison d'un mauvais style de vie (Murney et al. 2020). Les personnes avec trouble de l'usage seraient perçues comme violentes, manipulatrices, peu motivées dans leurs soins (van Boekel et al. 2013).

Autrement dit, le biais psychophobe contrecarre la maladie mentale liée au trouble d'abus de substance :

“My history has been around drugs. I wanted to move away from that, and so it's sort of like, even now I feel as if I'm left between a pillar and a post” (Hui et al. 2021).

Ces croyances sont véhiculées chez les professionnels, malgré l'état des connaissances sur les dépendances appuyant un processus physiopathologique derrière les troubles d'abus de substances. Malgré cela, certains affirment qu'il serait possible de diminuer les biais psychophobes chez les médecins en démontrant une origine organique claire aux troubles de santé mentale (Knaak, Ungar, et Patten 2015).

Considérées comme une condition médicale hors du contrôle de la personne, les croyances entourant la déficience intellectuelle diffèrent considérablement par rapport aux autres troubles de santé mentale (Pelleboer-Gunnink et al. 2017). Aussi, la déficience intellectuelle ne véhicule que peu de préjugés négatifs (Pelleboer-Gunnink et al. 2017).

Les croyances semblent jouer un rôle important dans l'expression de la psychophobie. D'ailleurs, un sondage conclut que les biais psychophobes des professionnels de santé mentale seraient majoritairement influencés par leurs croyances individuelles et par les pratiques organisationnelles axées sur la guérison (Valery et al. 2022).

[L'intersectionnalité et la psychophobie](#)

Il semble que les origines structurelles et les enjeux de pouvoir, d'exclusion et d'iniquité ne soient pas suffisamment considérés lorsqu'il s'agit d'étudier la stigmatisation entourant le trouble d'abus de substance (McNeil 2021). D'ailleurs, le statut social influencerait grandement la stigmatisation subie par la personne atteinte d'un trouble d'abus de substance. Aussi, une personne identifiée toxicomane sera présumée pauvre, alors qu'une personne de statut

socioéconomique élevé identifiée comme toxicomane sera jugée moins sévèrement pour sa dépendance (Cloyd, Stiles, et Diekhoff 2021).

Plus généralement, des auteurs soutiennent que la stigmatisation et la discrimination liées aux troubles de santé mentale sont intersectionnelles avec le genre, la race, la classe, l'âge et autres enjeux (Murney et al. 2020). D'ailleurs, les femmes souffrant de trouble de santé mentale expérimenteraient un plus haut taux de victimisation, de chômage, de pauvreté, d'itinérance et d'inégalité clinique (Mizock et Russinova 2015).

Le biais psychophobe en lien avec le trouble d'abus de substance toucherait aussi plus fortement les femmes. En lien avec leur rôle reproducteur, les femmes subiraient une stigmatisation plus forte face aux dépendances (Murney et al. 2020). D'ailleurs, dans le cadre des soins obstétricaux, la stigmatisation pourrait empêcher les femmes d'utiliser les services de santé dont elles ont besoin (Recto et al. 2020).

Aussi, les femmes souffrant de troubles de santé mentale sévère seraient jugées incompetentes à la parentalité; paradoxalement, cela conduirait les infirmières à offrir moins de service de soins à cette population (Ordan et al. 2017). La diminution de la compassion associée à la stigmatisation (Kantrowitz-Gordon et al. 2022) pourrait être une piste d'explication à cette réaction contre-productive de priver de soins ceux pourtant jugés comme en ayant le plus besoin.

[Les enjeux structurels et organisationnels liés à la psychophobie](#)

Les professionnels de la santé reconnaissent que la stigmatisation crée des barrières aux soins (Murney et al. 2020). Plusieurs jugent nécessaire d'intervenir à plusieurs niveaux afin de contrer les iniquités de santé reliées aux troubles de santé mentale et à la psychophobie (Jin et al. 2021; Rivera-Segarra et al. 2019; Tyerman et al. 2021).

Les contraintes de temps et de manque de formations sont soulevées (Rivera-Segarra et al. 2019; Tyerman et al. 2021). Le manque de ressources, de support, et les lieux inappropriés contribuent également à la discrimination des personnes atteintes de trouble de santé mentale dans les services de santé (Tyerman et al. 2021). Aussi, certains soulignent la nécessité d'établir des ratios

adéquats, d'éviter la surcharge ainsi qu'investir dans la formation et l'évaluation des biais (Jin et al. 2021).

Pour certains, l'organisation actuelle des services n'est pas adaptée aux personnes atteintes de trouble de santé dont plusieurs ont de la difficulté à se présenter à leur rendez-vous (Rivera-Segarra et al. 2019). À l'image d'une prophétie autoréalisatrice, les contraintes du système envers les personnes atteintes de trouble de santé mentale appuient la croyance des professionnels de la santé jugeant celles-ci peu motivées à prendre soin d'elles-mêmes.

[La psychophobie des soignants](#)

“That becomes problematic when you come up against oppression from people who are trying to help you” – Témoignage d'un concerné (Hui et al. 2021).

Le manque de compétences sur la problématique de santé mentale (van Boekel et al. 2013; Rivera-Segarra et al. 2019) de même que la peur et l'anxiété liées au manque de confiance relationnelle avec cette clientèle (Pelleboer-Gunnink et al. 2017) seraient associés à une augmentation de la stigmatisation.

Aussi, il semble que les biais psychophobes soient atténués chez les professionnels œuvrant spécifiquement en santé mentale. Ainsi, les infirmières en santé mentale montreraient moins de biais psychophobes que leurs collègues exerçant en médecine-chirurgie (Kolb, Liu, et Jackman 2022). De même que les psychiatres présenteraient moins de biais psychophobes que leur collègues spécialisés en médecine interne (FitzGerald et al. 2022).

Cela dit, le contact avec la clientèle ne conduirait pas toujours à la diminution des biais psychophobes. Selon certains, la détresse éthique, la détresse morale de même que la fatigue de compassion vécues par les infirmières œuvrant dans des services d'obstétriques auprès de mères souffrants de troubles d'abus de substances pourraient expliquer le fait que les infirmières expérimentées véhiculent davantage de biais psychophobes que les novices (Recto et al. 2020). Les concepts de détresse éthique, détresse morale de même que la fatigue de compassion comportent des différences qui ne seront pas élaborées dans le cadre de ce mémoire et seront classé en tant que détresse émotionnelle dans le cadre de la discussion.

L'organisation des services de santé mentale, axée sur la guérison, pourrait contribuer à la détresse émotionnelle des infirmières, conduisant celles-ci à s'interroger sur la pertinence de leurs soins auprès de cette clientèle (Tyerman et al. 2021). De plus, la charge de travail et la détresse émotionnelle contribueraient au *burnout* qui serait associé à de plus hauts niveaux de stigmatisation (Solmi et al. 2020).

Finalement, bien que la psychophobie s'exprime différemment selon qu'il s'agisse de maladie mentale sévère, de trouble d'abus de substance ou de déficience intellectuelle, la littérature appuie l'impact des biais psychophobes sur la qualité des soins rendus à ces clientèles. Cette discrimination, associée à la structure des services de santé, contribue à la stigmatisation et participe au phénomène des violences médicales.

Autres discriminations en santé

Parmi les autres facteurs de discriminations pertinentes à la compréhension du phénomène des violences médicales, mais où la littérature recueillie est moins abondante, il est possible de nommer les discriminations envers les personnes LGBTQ + ainsi que les personnes en situation d'itinérance ou de grande pauvreté.

Violences médicales envers les LGBTQ +

"Don't you think that your wish to become a man is really about you being lesbian?" And I had such a hard time to understand, I hadn't even said if I found women sexually attractive or not, and still he drew that conclusion" (Lindroth 2016).

"Well, you girls you usually want to remove your breasts, and all that with FtM and this and that, well, well, I can't keep all these concepts in my head." A professional person sitting there and...should do the job? It would be as if a cardiologist would say, well, a pacemaker, a cardiac flutter, well, well, it's not that important." – un conseiller travaillant dans une clinique spécialisée auprès de la clientèle trans (Lindroth 2016).

Les discriminations vécues par la communauté LGBTQ+ n'excluent pas les services de santé. Encore aujourd'hui, le manque de connaissances des professionnels envers les minorités sexuelles entrave leur droit à des services de santé adéquats (Meads et al. 2019).

Non seulement l'hétéronormativité des services de santé force parfois le *outing* des personnes homosexuelles, mais il arrive que leur identité leur soit refusée, qualifiant leur partenaire « d'ami » malgré le fait qu'ils aient manifesté leur volonté de rectifier la situation (Meads et al. 2019). Le manque de connaissance spécifique à la santé sexuelle des minorités LGBTQ + conduit certains professionnels à négliger les examens préventifs tels que le dépistage du cancer du col (Meads et al. 2019). Parfois, les biais homophobes sont plus explicites, comme le fait de confier à une patiente son incompréhension face à son homosexualité sous prétexte qu'elle est jolie; ou encore, s'autoriser des remarques concernant la nécessité pour un enfant d'avoir un père et une mère (Meads et al. 2019).

Sans surprise, il semble que la clientèle trans soit fréquemment victime de mauvais traitement (Seelman et al. 2021). À titre d'exemple, il arrive que l'on exige un test de grossesse à des femmes trans avant certaines procédures (Meads et al. 2019). Cette absurdité relève non seulement d'un abus de procédure, mais également de l'infantilisation et d'un déni de l'identité trans.

Le manque de connaissances et les préjugés envers la clientèle trans conduisent des professionnels à offrir des services de santé qui ne correspondent pas aux données probantes :

“The decision at 18 years old is made, but the steps to arrive at a happy ending is going to be a little—to me—more uncomfortable in the young person than in a person 10 years more mature ... In my understanding, because the 28-year-old person is more conscious about decision-making, to me, reflecting a decision that is more thought-out” – un médecin (Rodríguez Madera et al. 2019).

Imposer 10 ans d'attente le temps qu'une maturité survienne, en plus de ne pas correspondre aux lignes directrices sur le sujet, ne prend pas en considération le degré de souffrance possiblement associé à la dysphorie de genre (Rodríguez Madera et al. 2019).

Un autre extrait appuie le fait que les croyances entourant la transidentité influencent le jugement clinique :

“I don't support that [about hormone therapy]. I think that, well, that each person must accept himself, okay? If they want to do that kind ... of thing. Well, no. Because hormones have side effects ... And we have to consider that. So, to repeat: that is individual. I don't recommend it to any patient” – un interniste (Rodríguez Madera et al. 2019).

Ces exemples appuient le fait qu'il semble que les croyances des soignants influenceraient davantage la qualité des services donnés à cette population que les connaissances liées à la transidentité (Stroumsa et al. 2019). Néanmoins, la formation en cours d'emploi auprès de la clientèle trans pourrait contribuer à la diminution des biais transphobes (Rodríguez Madera et al. 2019).

Il semble que les mauvais traitements subis par la communauté trans soient fortement modulés par les autres facteurs sociodémographiques (Seelman et al. 2021). En plus des biais de cissexismes, des biais racistes, des biais grossophobes et validistes sont également rapportés. (Agenor et al. 2022).

Non seulement les services de santé offerts à la clientèle trans sont altérés par les biais transphobes, mais les discriminations subies dans le cadre des soins de santé conduiraient à l'évitement des services de santé (Agenor et al. 2022).

[Violences médicales envers les personnes en situation d'itinérances ou de grande pauvreté](#)

La discrimination sur l'extrême pauvreté, dont l'itinérance en particulier, est corrélée avec une moins bonne santé physique et mentale (Reilly, Ho, et Williamson 2022).

La discrimination sur le statut socio-économique, déjà abordée dans le cadre des autres discriminations, semble exacerber les autres discriminations existantes. Cela dit, lorsqu'il s'agit de personnes en situation d'itinérance ou d'extrême pauvreté, jusqu'à 30% d'entre eux déclarent avoir vécu des expériences de discrimination dans les services de santé (Skosireva et al. 2014).

Un consensus existe sur le fait que les personnes itinérantes subiraient une forte stigmatisation lorsqu'ils nécessitent des services de santé (Reilly et al. 2022). Certaines personnes en situation d'itinérance qualifient leur expérience de déshumanisante lorsqu'ils doivent utiliser les services de santé (Reilly et al. 2022). Ces expériences négatives contribueraient à augmenter l'évitement des services de santé (Reilly et al. 2022).

Violences médicales envers les personnes en situation d'handicap

“I know for a fact our building is not accessible.” – témoignage d'un médecin au sujet de sa clinique (Lagu et al. 2022).

La discrimination envers les personnes en situation d'handicap impacte leur accès aux services de santé. Ces personnes subissent des barrières structurelles (équipements ou infrastructures inaccessibles), mais également des barrières financières (coût élevé du transport, pauvreté) ainsi que des barrières socioculturelles (incluant les fausses croyances, les attitudes négatives et les connaissances) (Matin et al. 2021). Selon ce dernier, l'autonomie décisionnelle des femmes handicapées ne serait pas toujours respectée en priorité (Matin et al. 2021).

Des biais envers les personnes en situation de handicap sont exprimés par des médecins qui se disent réticents à prendre en charge cette clientèle. À titre d'exemple, voici quelques verbatim de cette même étude (Lagu et al. 2022) :

“It's hard to individualize what you need to do and make sure they understand, and you take care of their needs, in a fifteen-minute appointment.” (Lagu et al. 2022).

“they can create a big thing out of nothing.” – en parlant des personnes atteintes de DI (Lagu et al. 2022).

“I think you need a lot more care, and I am not the doctor for you.” (Lagu et al. 2022).

Dans cette section, il aura été possible de constater que la violence médicale est en fait abordée fréquemment dans la littérature. De ces articles, cinq thèmes principaux sont ressortis : (1) les VOG, (2) la grossophobie médicale, (3) les violences envers les personnes âgées vivant en institution, (4) le racisme ainsi que (5) la psychophobie.

L'exploration du contenu de ces thèmes aura permis de dégager d'autres sous-thèmes récurrents. Ainsi, la lecture successive de l'analyse des résultats permet de constater que le phénomène des violences médicales n'est pas isolé à l'une ou l'autre des violences spécifiques décrites dans cette section. Aussi, de ces analyses se dégagent des facteurs individuels, structurels ainsi qu'organisationnels nécessaires à la compréhension du phénomène des violences médicales.

La section qui suit propose de discuter les résultats en regroupant les sous-thèmes selon qu'ils puissent être attribués au niveau interpersonnel (micro), au niveau structurel (macro), au niveau organisationnel (méso). À partir de cette analyse, il sera possible de tenter une interprétation des violences médicales comme phénomène complexe.

Chapitre 5 – Discussion

Les discriminations dans les services de santé : des violences à différents niveaux

Le projet de ce mémoire était d'identifier les éléments contributifs au phénomène des violences médicales. Très fragmentée et généralement abordée indirectement, la violence médicale est pourtant bien présente dans la littérature concernant les discriminations dans les services de santé. La mise en commun de ces résultats permet d'envisager la violence médicale en tant que phénomène complexe.

La présente section se divisera en deux parties. En premier lieu, les résultats seront discutés en regroupant les résultats selon trois niveaux de violences (interpersonnelle (micro), structurelle (macro) et organisationnelle (méso)). En second lieu, la complexité du phénomène des violences médicales sera discutée en précisant d'une part les interactions entre les différents niveaux de violences, puis d'autre part en exposant les deux axes d'expression de la violence médicale : celui de l'attitude des professionnels et celui de l'altération du jugement clinique.

Les violences médicales selon les perspectives micro, macro et méso

La violence est un concept aux définitions multiples. Alors que l'usage du concept de violence fait historiquement référence au fait d'infliger délibérément du mal physique ou moral à autrui (Raynaud 2005); le concept de violence structurelle développé par Johan Galtung en 1970 dénonce la violence des structures et des institutions (Galtung 1996). L'analyse qui suit reprend les résultats en situant la violence médicale au niveau interpersonnel, systémique et organisationnel. La violence médicale, même lorsqu'elle se situe au plan interpersonnel, ne comporte généralement pas d'intention de causer du tort et devrait être comprise au sens d'une forme de violence structurelle particulière.

Perspective micro des violences médicales : les violences interpersonnelles

La lecture successive des résultats concernant la violence médicale regroupée selon ces différentes discriminations permet de faire plusieurs constats au sujet de la violence médicale au niveau micro ou interpersonnelle, soit la violence subie par les individus lors des situations cliniques.

Généralités

Certains chercheurs se sont intéressés à l'étude des biais explicites et implicites chez les professionnels de la santé. Leurs observations tendent à confirmer que les professionnels de la santé véhiculent tout autant de biais implicites que la population générale (FitzGerald et Hurst 2017). Alors qu'un biais explicite est décrit comme un biais dont la personne est consciente et en mesure de l'identifier, les biais implicites agissent en quelque sorte à l'insu de la personne qui les véhicule (Guedj et al. 2021). Parfois reniés par le professionnel malgré les évidences (George et al. 2019), les biais implicites semblent altérer le jugement clinique des professionnels (Dahm, Williams, et Crock 2022; Dovidio et Fiske 2012; FitzGerald et Hurst 2017; Guedj et al. 2021). Alors que les biais explicites ne sont pas prédictifs des biais implicites d'une personne; la présence de biais implicites est corrélée à la probabilité d'avoir d'autres biais implicites (Guedj et al. 2021). Autrement dit, si un individu a des biais racistes implicites, il existe un plus grand risque qu'il possède également des biais implicites sexistes ou grossophobes. En revanche, si un individu admet des biais grossophobes explicites, cela ne nous informe nullement sur la présence ou non d'autres biais implicites.

En cohérence avec le fait que les discriminations contribuent aux disparités de santé; les résultats obtenus dans cette revue de littérature révèlent une contribution possible des violences médicales dans ces iniquités de santé. La sous-section suivante traitera des violences issues des discriminations et permettra d'exposer en quoi consiste la violence médicale à un niveau interpersonnel.

La partie émergée de l'iceberg

Dans le cadre de la conceptualisation du phénomène des violences médicales, les violences interpersonnelles sont en quelque sorte la partie émergée de l'iceberg. La section résultats permet de constater que les expériences de violences médicales sont un phénomène bien présent, survenant avec plusieurs clientèles, dans plusieurs circonstances. Les violences médicales décrites précédemment sont de natures multidimensionnelles, parfois physiques, souvent psychoaffectives et se déclinent en intensité de subtile à évidente.

LA VIOLENCE MÉDICALE, UNE VIOLENCE SUBTILE

Généralement qualifiée de subtile, en plus d'être tabou (Myhre, Saga, et al. 2020a), la violence médicale reste difficile à identifier malgré l'omniprésence du phénomène. D'ailleurs, le racisme dans les services de santé conduit majoritairement à des situations que « tout le monde » peut vivre, à la différence que « tout le monde » ne subit pas la répétition et l'oppression (Hamed et al. 2020; Hole et al. 2015). Identifier la répétition est nécessaire à l'identification des violences subtiles. La mise en commun des résultats à la section précédente met en évidence la multitude de circonstances où les services de santé exercent une violence envers les personnes discriminées.

La violence médicale est également subtile en raison de son ambiguïté. Faire la différence entre un soin nécessaire et abusif n'est pas évident lorsque pris seul et encore plus si un individu n'a pas les connaissances nécessaires pour évaluer la pertinence de l'acte. La notion de soins abusifs est principalement rapportée dans le contexte des VOG (Khalil et al. 2022; Liese et al. 2021). Cela dit, le fait que les personnes afro-américaines soient plus contentionnées que les personnes d'autres origines ethniques dans les services d'urgences (Carreras Tartak et al. 2021; Schnitzer et al. 2020) relève également des soins abusifs.

Difficile d'identifier la violence lorsqu'elle brille par l'absence. Le fait d'être invisibilisé, ignoré ou non-reconnu sont des éléments de violences exposés dans la section précédente, en particulier dans la littérature concernant les VOG, l'âgisme et le racisme. Des éléments similaires sont également rapportés dans les sections portant sur la psychophobie et la grossophobie en raison

de l'effacement des personnes derrière leur diagnostic parfois qualifié d'aveuglement diagnostique.

LE BRI DE CONSENTEMENT

Le consentement est un enjeu éthique important et fortement réglementé dans le domaine médical. Les problématiques soulevées à propos du non-respect du consentement dans la section résultat des VOG montrent un aspect de la complexité entourant la violence médicale. Si le consentement est parfois ignoré (et donc possiblement « assumé » par les professionnels de santé), il est parfois forcé jusqu'à faire l'usage de menace (Ballesteros 2022; Briceno Morales et al. 2018; Niles et al. 2021; Vedam et al. 2019).

Les menaces proférées par les professionnels de la santé relèvent d'une violence psycho-affective. Documentée principalement dans la littérature concernant les VOG, la présente revue de littérature a permis de relever la présence de menaces avec chacune des cinq principales discriminations soit envers les personnes âgées (Lev et al. 2022), dans des situations racistes (Hamed et al. 2020) et dans des situations de santé mentale (Valenti et Giacco 2022) et de grossophobie (Sanchez et Boiseau 2021).

LA VIOLENCE RELATIONNELLE

L'infantilisation et l'attitude paternaliste, sont des attitudes négatives soulignées dans de nombreuses recherches. Sans être au même degré d'agressivité qu'une menace, ces attitudes accentuent la position d'autorité du professionnel de la santé. De plus, les résultats ont montré que d'un point de vue relationnel, la violence médicale est associée à une perception de manque d'empathie et de manque de respect.

Au-delà des problèmes d'attitude et relationnels, le jugement clinique est également altéré par les biais liés aux discriminations. Les erreurs de diagnostic, le retard d'investigation ou de plan de traitement, ainsi que chaque décision clinique peuvent potentiellement être affectées par un biais implicite. Une sous-section de cette partie est d'ailleurs consacrée à ce constat.

[Les croyances des soignants](#)

Les notions de biais, de préjugés et de croyances sont des concepts relativement proches. Pour faciliter la discussion entourant les résultats où la littérature citée utilise parfois l'un ou l'autre de ces termes, ceux-ci sont ici regroupés sous le thème de croyance.

Une lecture intersectionnelle de la recherche sur les discriminations rappelle que les biais sont socialement acquis, modulés par un ensemble d'oppressions systémiques tel que le racisme, le sexisme et le classisme. L'intersectionnalité met l'accent sur la complexité des interactions entre ces discriminations.

LA BOUCLE DE RÉTROACTION

Si les biais sont socialement acquis, les stigmatisations qui en résultent conduisent à des croyances qui justifient de considérer inférieurs ceux et celles qui en sont victimes (Link et Phelan 2001). Le phénomène circulaire de boucle de rétroaction entre les biais socialement véhiculés et les croyances individuelles permet de mettre en relation l'effet systémique soulevé par une lecture intersectionnelle et l'effet des croyances individuelles entretenues par la CMJ. Les résultats issus de la présente revue de littérature appuient ce phénomène de rétroaction en mettant en évidence une réponse plus violente envers les situations de discrimination lorsque la personne est jugée responsable de sa condition. Dans le cas de la déficience intellectuelle où la personne est considérée non responsable de sa condition, les biais psychophobes semblent nettement moins négatifs (Pelleboer-Gunnink et al. 2017).

Le fait que les biais implicites semblent en quelque sorte liés entre eux suggère un mécanisme cognitif commun au phénomène de biais implicites (Guedj et al. 2021). La théorie de la CMJ pourrait expliquer en partie ce socle commun entre les différents biais. Dans un monde juste, « vous avez ce que vous méritez et vous méritez ce que vous avez » (Lerner et Miller 1978). Si une condition est associée à des préjugés attribuant une responsabilité individuelle, cette croyance justifie de blâmer la personne pour sa condition. Même si cette condition est le résultat complexe de conditions sociale, psychologique ou physiologique.

« VOUS SEREZ RESPONSABLE » : LA PUISSANCE DE LA CMJ

Les résultats ont permis de mettre en évidence que la grossophobie était fortement associée à un préjugé sur le contrôle individuel du poids. La grossophobie attribuée à la personne obèse une responsabilité individuelle importante, lui accordant un manque de volonté (Alberga, Nutter, et al. 2019; Hyer et Conner 2020; Phelan et al. 2015) en plus de la jugée paresseuse, moins disciplinée, voire moins aimable (Ross et al. 2009).

La CMJ permet d'expliquer en partie les attitudes de *fatshaming* envers les personnes en situation d'obésité de la part des professionnels de la santé. Cependant, cette violence psycho-affective (Chrisler et Barney 2017; Hyer et Conner 2020) entraîne de la détresse émotionnelle et est associée à l'évitement des services de santé ainsi qu'aux troubles du comportement alimentaire (Vogel 2019). Sous prétexte qu'elle n'avait qu'à se prendre en main, il lui sera également reproché de se plaindre si elle se juge victime de discrimination (Sanchez et Boiseau 2021). Cet exemple est très similaire à d'autres recherches portant sur la théorie de la CMJ sur les victimes d'agression sexuelle qui cherchaient à expliquer la tendance à blâmer les victimes (Vonderhaar et Carmody 2015).

Blâmer les patients pour leur obésité consiste à blâmer l'individu en raison de sa maladie. Les personnes souffrant d'obésité sont régulièrement jugées paresseuses et responsables de leur condition. Considérant l'épidémie d'obésité, Marie-Pierre Gagnon-Girouard, professeure en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières répond à ceux qui affirment que les gens obèses sont paresseux par une question: « [...] Ferions-nous face à une épidémie de paresse ? » (Guillemette 2019).

Dans le contexte d'une analyse de violences médicales et où les professionnels étudiés sont majoritairement médecins ou infirmières, le fait que des croyances contredisent pourtant la littérature scientifique au sujet de l'obésité ou de la santé mentale démontre la puissance de ces processus mentaux.

L'EFFET CUMULÉ

L'analyse de la littérature permet de constater que certains biais véhiculent des préjugés similaires, ce qui pourrait expliquer le phénomène d'exacerbation des préjugés négatifs envers une personne qui possède plusieurs caractéristiques discriminatoires. Le lien entre la grossophobie et la psychophobie est particulièrement intéressant. Les personnes atteintes de troubles de santé mentale, comme les personnes souffrant d'obésité, sont régulièrement jugées responsable de leur condition de santé²³. L'exemple de la recherche de FitzGerald qui montrait que les psychiatres avaient moins de biais psychophobes que leurs collègues internistes, sauf en regard des personnes en situation d'obésité (FitzGerald et al. 2022) pourrait s'expliquer par le fait que le biais grossophobe (de personne paresseuse responsable de sa condition d'obésité) vienne « raviver » des biais psychophobes qui véhiculent des préjugés similaires (Murney et al. 2020). Reléguant ainsi les connaissances et l'expérience des psychiatres derrière les croyances liées à l'obésité.

Les résultats exposés à la section précédente permettent de constater d'autres exemples de préjugés se renforçant entre eux. Par exemple, les biais racistes sont teintés des biais psychophobes. En effet, présumer de l'abus de substance d'une personne autochtone véhicule nécessairement les biais psychophobes associés à la toxicomanie. Ainsi, la personne autochtone, au même titre que la personne atteinte d'un trouble d'abus de substance, sera jugée peu motivée, manipulatrice et parfois violente (van Boekel et al. 2013). L'agressivité (présumée ou surestimée) véhiculée par des préjugés racistes aura contribué au surdiagnostic de la schizophrénie chez les personnes afro-américaines aux États-Unis entre 1960 et 1980 (Metzl et Roberts 2014). Et si l'épidémie de schizophrénie s'est résolue avec l'ajustement du DSM, le préjugé raciste d'agressivité semble toujours à l'œuvre dans les salles d'urgence où les personnes Noires sont plus à risque d'être contentionnées que la population générale (Carreras Tartak et al. 2021; Schnitzer et al. 2020).

Les préjugés sur la pauvreté semblent accentuer les préjugés racistes, augmentant le risque que ceux-ci soient considérés toxicomanes (Okoro et al. 2020). Il semble exister un lien fort entre les

²³ Voir résultats, sections « Les croyances liées à la santé mentale » et « Croyances liées à l'obésité ».

biais envers la pauvreté et la toxicomanie. Aussi, une personne identifiée toxicomane sera estimée de faible statut socio-économique; si au contraire son statut socio-économique est élevé, elle subira moins de préjugés psychophobes liée sa votre dépendance (Cloyd et al. 2021). Cela est cohérent avec la théorie de la CMJ puisque si le statut socio-économique est élevé, la dépendance sera jugée moins problématique, voire comme une conséquence légitime de performance.

[Les soignants et les soignés](#)

Cette section illustrera principalement ce qui, dans les résultats obtenus de la littérature à la section précédente, aura été identifié comme éléments contributifs au phénomène de la violence médicale pouvant être classé en tant qu'attribues associées aux professionnels ou aux individus discriminés.

LES SOIGNANTS

LE MANQUE DE COMPÉTENCE

Le manque de compétences a été exposé en tant que facteur contributif aux événements de violence médicale, en particulier envers la clientèle atteinte de trouble de santé mentale (Rivera-Segarra et al. 2019) et les personnes âgées vivant en institution (Saga et al. 2021; Wangmo et al. 2017). Le manque de compétence pourrait altérer la confiance relationnelle avec la clientèle concernée (Pelleboer-Gunnink et al. 2017) et contribuer à l'augmentation de la stigmatisation. La théorie de la CMJ explique la tendance à attribuer à l'individu la responsabilité de sa condition. Ainsi, même lorsque le manque de compétence explique au moins partiellement l'échec d'une intervention, la théorie de la CMJ explique pourquoi nous aurons naturellement tendance à attribuer la responsabilité à l'individu. Dans certains cas, cela contribue au renforcement de préjugés déjà existants (la personne est paresseuse, agressive, incapable de se prendre en main, etc.).

À l'opposé, en ce qui concerne les soins psychiatriques, un niveau élevé de compétence semble associé à un niveau de psychophobie plus faible (FitzGerald et al. 2022; Kolb et al. 2022; Vistorte et al. 2018). Aussi, si les compétences sont élevées, il est plus facile de remettre en question ses préjugés; de même que vos compétences augmentent les chances de succès dans la prise en charge de la situation médicale. Il est raisonnable de considérer que le succès attribuable aux

compétences diminue également les risques d'événement stressant pouvant conduire à des événements de violence médicale. Cette réflexion est également appuyée par le fait que les VOG augmentent lorsque des événements imprévus surviennent (Vedam et al. 2019).

Les résultats ont également montré que les professionnels expérimentés pouvaient véhiculer plus de biais discriminatoires que les étudiants ou les novices (Khandalavala et al. 2014; Poon et Tarrant 2009; Recto et al. 2020; Yilmaz et Yabancı Ayhan 2019). Cela peut sembler contredire l'affirmation précédente concernant la compétence. Cependant, les conditions de travail pouvant contribuer à la détresse émotionnelle pourraient expliquer ces résultats. (Kantrowitz-Gordon et al. 2022).

LA DÉTRESSE ÉMOTIONNELLE

Les résultats ont montré que la détresse émotionnelle, plus particulièrement le *burnout* était associée à une augmentation des violences envers les personnes âgées (Andela et al. 2021; Blumenfeld Arens et al. 2017; Botngard et al. 2021; Hirt et al. 2022; López et al. 2021), envers la clientèle atteinte de trouble de santé mentale (Recto et al. 2020; Solmi et al. 2020; Tyerman et al. 2021) ainsi qu'envers la clientèle atteinte d'obésité (Robstad et al. 2018).

La charge de travail, le manque de ressources, la culture organisationnelle centrée sur la tâche ainsi que des soins de santé axés sur la guérison sont des facteurs organisationnels nommés dans les résultats, et pouvant vraisemblablement être associée à l'augmentation de la détresse émotionnelle des professionnels de la santé. Ces éléments seront discutés plus en profondeur dans la section portant sur les violences organisationnelles.

ALTÉRATION DU JUGEMENT CLINIQUE

Les résultats exposés à la section précédente illustrent à de multiples reprises l'impact des biais discriminatoires sur les décisions cliniques des professionnels. Rappelons un biais raciste consistant à attribuer systématiquement un trouble d'abus de substance aux personnes autochtones qui aura contribué dans au moins deux exemples aux décès de Brian Sinclair (Ray et al. 2022), et plus près de nous, de Joyce Echaquan.

Les résultats ont permis d'identifier que les biais racistes (Ferreira et al. 2021; Mathur et al. 2022), les biais grossophobes (Boyle et al. 2019) ainsi que les biais liés au trouble d'abus de substance (Sedney et al. 2023) altéraient la gestion de la douleur. Un point mérite d'être développé concernant le biais lié aux troubles d'abus de substance en lien avec la gestion de la douleur permettant de mettre en évidence la complexité de la prise de décision clinique. D'un point de vue strictement médical, les lignes directrices censées guider une bonne pratique, conseillent d'éviter d'administrer de narcotiques à une personne ayant des antécédents de trouble d'abus de substance en raison du risque élevé de créer une nouvelle dépendance. Cela dit, les exemples cités dans les résultats concernaient des personnes atteintes de cancer aux douleurs très élevées (Sedney et al. 2023) pour lesquelles les autres options thérapeutiques n'avaient vraisemblablement pas été suffisantes. Dans ce contexte, il est justifié de débiter une thérapie incluant des narcotiques, mais il est possible, considérant une possible tolérance aux opioïdes, que la dose nécessaire pour soulager la douleur soit plus élevée que pour une personne dite naïve aux narcotiques.

La décision de recourir ou non à l'usage de contention relève également du jugement clinique du professionnel. Dans une situation concrète de soins, les biais implicites sont insidieux et la violence médicale subtile. Si dans un cas particulier il est possible de justifier l'usage de contention en raison d'un certain niveau d'agressivité; le fait que les personnes Noires soient statistiquement plus souvent contentionnées appuie le fait que les biais racistes contribuent à diminuer le seuil de tolérance des professionnels envers des comportements qui autrement aurait été gérés sans l'usage de contention.

Les résultats tirés de la littérature appuient le fait que le concept d'aveuglement diagnostique, décrit dans le cadre de la psychophobie et conduisant à des erreurs de diagnostic (Rivera-Segarra et al. 2019), s'applique vraisemblablement aux autres discriminations. Si les personnes atteintes de trouble de santé mentale se voient attribuer l'ensemble de leurs problèmes de santé physique à leur diagnostic psychiatrique, les personnes en situation d'obésité voient leur problème de santé exagérément attribué à leur poids. L'âgisme, et son effet de halo (Chrisler et al. 2016) est également un processus similaire à l'aveuglement diagnostique, à la nuance près que son impact est possiblement encore plus évident lorsqu'il s'agit de déterminer l'offre de traitement.

LES SOIGNÉS

PERTE DE CONFIANCE

Les résultats dégagés de la littérature, en particulier concernant la grossophobie, le racisme et la psychophobie, mettent en évidence un effet pervers sur la santé des individus qui subissent des violences médicales qui consiste à éviter les services de santé. Selon Benker, l'évitement des services de santé en réponse aux mauvais traitements répétés serait en quelque sorte une réponse adaptée à la situation de violence (Benkert et al. 2019).

Perspectives macro des violences médicales : Les oppressions systémiques

« Le stigma est un phénomène structurel et doit être théorisé ainsi (Loughlin et al. 2022) »

La littérature s'intéressant aux discriminations dans les services de santé évoque régulièrement la complexité du phénomène. Les travaux sur l'intersectionnalité apportent un éclairage pertinent sur les questions soulevées par l'influence des biais implicites et leurs impacts sur l'interaction clinicien-patient (FitzGerald et Hurst 2017). Aussi, les influences du statut social se poursuivent jusqu'au centre d'hébergement, les individus autrefois juges ou médecins seraient mieux traités²⁴. Le statut social influence la force du préjugé associé au trouble d'abus de substance, si un individu possède un haut statut social, il ne sera pas jugé aussi sévèrement²⁵. En revanche, si un individu est racisé, à plus forte raison s'il est pauvre, on lui attribuera un trouble d'abus de substance sans autres éléments incriminants²⁶. En plus de réfléchir aux origines systémiques de ces biais, l'intersectionnalité analyse leurs interactions et leurs conséquences, permettant ainsi de conceptualiser un racisme teinté de sexisme, un âgisme teinté de pauvreté ou toute autre variante s'appliquant à l'individu.

À l'exception du racisme, la majorité de la littérature étudiée n'utilise pas précisément le concept d'oppression systémique. Bien que mis en évidence dans le cadre des VOG ou par l'influence du genre dans le cadre des autres discriminations abordées, le sexisme n'est généralement pas

²⁴ Voir section résultats violence faites aux personnes âgées, verbatim tiré de Dobbs et. al 2008.

²⁵ Voir la section psychophobie et intersectionnalité, réf. Cloyd et al. 2021.

²⁶ Voir la section résultats sur le racisme.

théorisé. Quant au néolibéralisme, le concept est nommé dans quelques articles, mais rarement pour souligner l'influence oppressive qu'il exerce sur les individus de faible statut socio-économique. Autrement dit, la littérature traitant des discriminations dans les services de santé ne fait qu'effleurer la notion de systèmes d'oppressions. Aussi, une lecture intersectionnelle permet de mettre en évidence les oppressions systémiques telles que le racisme, le genre et la classe sociale.

[Une lecture intersectionnelle des résultats](#)

L'ensemble des résultats obtenus à la section précédente traitent des biais discriminatoires véhiculés par les professionnels. Les auteurs s'intéressant au sujet des biais chez les professionnels s'entendent généralement pour valoriser l'apport théorique de l'intersectionnalité (FitzGerald et Hurst 2017) et pour ancrer les biais discriminatoires dans des systèmes d'oppressions (Guedj et al. 2021).

Si l'intersectionnalité évoque les interactions entre les oppressions liées à la race, au genre et à la classe sociale; il est d'usage courant d'utiliser l'intersectionnalité pour discuter toute autre forme de discrimination structurelle. D'ailleurs, certains auteurs semblent trouver que cette tendance à détailler la liste des discriminations pouvant être cumulées par un même individu est peu pertinente, préférant utiliser le concept de personne vulnérable (Kydd et Fleming 2015). Bien que les conclusions de ce mémoire appuient la réflexion conduisant à la pertinence du concept de personne vulnérable, en particulier lorsqu'il est question d'organisation; identifier les différentes discriminations par une lecture intersectionnelle permet de garder en tête les systèmes de domination desquels elles découlent.

Identifier les VOG en tant que violence sexiste rappelle que nous vivons dans une société patriarcale²⁷. Les effets du racisme systémique dans les services de santé rappellent le passé

²⁷ Selon Christine Delphy, le patriarcat est un système de subordination des femmes aux hommes dans les sociétés industrielles contemporaines (Delphy 2008).

colonialiste. Souligner l'âgisme derrière les violences faites aux personnes âgées rappelle qu'elles ont perdu de la valeur au sein de nos sociétés néolibérales.

N'étant plus actives sur le marché du travail, les personnes âgées se trouvent dévaluées dans les sociétés occidentales néolibérales (Phelan et al. 2015). Poursuivant cette réflexion, il est probable que les personnes considérées invalides en raison d'un handicap physique ou cognitif se trouvent également dépréciées dans ce contexte. De plus, les résultats concernant le statut socio-économique exposant le fait que la pauvreté semble exacerber l'ensemble des autres biais implicites pourraient être considérés comme une conséquence possible des sociétés néolibérales.

L'intersectionnalité permet de mettre en évidence des discriminations là où on ne les attendait pas. C'est d'ailleurs ce qui s'est passé lorsque la grossophobie s'est trouvée exposée par le mouvement hashtag #BalanceTonGynéco²⁸ (Sanchez et Boiseau 2021). Si seulement la vulnérabilité avait été considérée sans analyser les formes de discriminations cumulées, l'évidence de la grossophobie médicale n'aurait peut-être pas été identifiée aussi clairement. Pourtant, aujourd'hui, la littérature traitant du sujet abonde et les conséquences de la grossophobie s'étendent bien au-delà des VOG.

Finalement l'intersectionnalité offre une analyse systémique à des problématiques autrement attribuées à la responsabilité individuelle. Le fait qu'une femme souffrant de trouble de santé mentale vive plus de pauvreté, de chômage, d'itinérance et d'inégalité clinique, attribuable à la stigmatisation de sa condition²⁹; illustre la boucle de rétroaction discutée dans la partie précédente. Les discriminations systémiques provoquent des iniquités qui se trouvent justifiées par les tenants de la théorie de la CMJ. Après tout, dans un monde juste, *vous avez ce que vous méritez et vous méritez ce que vous avez.*

[Santé publique et CMJ : Entre santé populationnelle et santé individuelle](#)

Dans la section qui suit, le concept de santé publique fait référence aux recommandations de santé publique ainsi qu'aux politiques de santé publique. Alors que les discriminations constituent des enjeux de santé publique en raison des iniquités qu'elles provoquent, certains messages

²⁸ Mouvement débuté en 2014.

²⁹ Voir la section résultats intersectionnalité et psychophobie (Mizock et Russinova 2015).

véhiculés par les recommandations de santé publique ont le potentiel d'exacerber certaines discriminations.

La lutte contre l'obésité par la valorisation d'une saine alimentation et la pratique régulière d'activités sportives, en mettant l'accent sur ces éléments, transmet le message que le poids est essentiellement le résultat des choix responsables. Cet effet est également observé chez des étudiants en kinésiologie où les biais grossophobes sont exacerbés si l'enseignement qu'il reçoivent concernant l'obésité se limite aux interventions sur l'alimentation et l'activité physique (Wijayatunga et al. 2019).

D'autres exemples pourraient concerner les recommandations de ne pas avoir de relations sexuelles non protégées, de ne pas fumer ou ne pas utiliser de drogue, voire la recommandation de se faire vacciner. Toutes ses recommandations sont évidemment valables d'un point de vue de santé publique, cependant, elles véhiculent également le message (intentionnel ou non) que la personne est responsable de sa santé, renforçant la CMJ selon laquelle, *si vous faites ce qu'il faut, vous ne serez pas malade*.

La question ici n'est pas de démoniser les politiques de santé publique. Cependant, il est nécessaire d'explicitier la distinction entre la santé populationnelle et la santé individuelle. S'il est vrai que l'ensemble des recommandations de santé publique ont le pouvoir d'améliorer la santé d'une population, il est impossible de transposer les recommandations et les résultats attendus directement à la santé d'un individu.

Ne pas faire cette distinction pourrait conduire à considérer l'individu non seulement responsable de son état de santé, mais également d'un fardeau économique pesant sur les systèmes de santé³⁰. Jugeant l'individu responsable, il se pourrait qu'on observe un sentiment de découragement devant un individu qui ne se prend pas en main.

Cette section aura permis de mettre en évidence les influences systémiques contributives aux violences médicales. À l'aide d'une interprétation intersectionnelle, il aura été possible de mieux comprendre les différentes interactions entre les discriminations, en plus de rappeler les

³⁰ Voir section résultats grossophobie.

systèmes de pouvoir oppressifs impliqués. Interpréter le phénomène des violences médicales au sens large plutôt qu'à l'échelle individuelle amène à contextualiser les événements problématiques. Après avoir analysé les niveaux micro et macro du phénomène des violences médicales, la section suivante aborda la rencontre de ces deux univers, soit le niveau organisationnel.

[Perspective méso des violences médicales : Les violences organisationnelles](#)

Discuter de la perspective méso permet de situer le contexte, c'est-à-dire l'environnement au sein duquel les violences médicales se déroulent. Loin d'être un simple décor, les facteurs organisationnels, apparaissent déterminants dans le risque d'être exposé à de la violence dans le cadre de services de santé. À la jonction des influences systémiques et individuelles, l'organisation répond aux injonctions du politique et prend la couleur des gens qui y travaillent. La partie qui suit abordera les notions d'organisations des services, de la gestion centrée sur la tâche, du climat de travail, de la culture organisationnelle et de la position de pouvoir attribuée aux professionnels de la santé.

[Organisation des services de santé](#)

“You know it's kind of hard to get good care when you're nurses are working double-shifts and you've got, you know, nurse who are three people short-staff because their just no money to hire enough nurse.” (Hole et al. 2015)

La notion d'organisation des services est un concept large qui pourrait se décrire différemment selon les points de vue adoptés. Dans le cadre d'une discussion découlant de la revue de littérature présentée, l'organisation des services réfèrera principalement aux influences politiques sur les ressources humaines et matérielles, ainsi qu'aux obligations de résultat qui en découlent.

Les résultats obtenus ne permettent pas de détailler par quel mode d'influence certainement complexe les politiques néolibérales influencent les services de santé. Cela dit, il est utile de prendre en compte que ce type de politique applique une gestion des services de santé à l'image d'une économie de marché. Ainsi, les ressources sont planifiées de façon à valoriser le rendement des institutions de santé, provoquant le rationnement des ressources humaines et matérielles. Si

à première vue, il ne semble pas y avoir de raison pour s'opposer à la performance des institutions de santé, un problème réside dans le choix des indicateurs pour évaluer cette performance, soit des choix en cohérences avec les politiques d'économie de marché et où les individus sont responsables de leur santé.

L'analyse des résultats découlant de cette revue de littérature aura permis de mettre en évidence que la responsabilité personnelle des individus est limitée face aux oppressions systémiques et aux discriminations qui en découlent. Aussi, une organisation qui évalue sa performance en surestimant la responsabilité individuelle ne jugera pas nécessaire d'adapter ses activités aux besoins particuliers d'une personne « irresponsable ». Évidemment, plusieurs subtilités de nature politique et en matière de gestion mériteraient d'être explorées, mais cette explication permet de comprendre grossièrement le lien entre les politiques néolibérales et l'organisation des services centrés sur la tâche.

[La gestion centrée sur la tâche](#)

Les résultats ont mis en évidence la problématique liée aux politiques de gestion d'organisation centrée sur la tâche principalement dans le contexte des violences envers les aînés vivant en institution. Ce type de gestion entraîne une pression de performance envers les soignantes qui ne leur permet pas de respecter le rythme des personnes aînées en perte d'autonomie. Les résidents se sentant brusqués, en particulier lorsqu'ils sont atteints de troubles cognitifs, réagissent avec agressivité (Kelly 2017). Cette agressivité amène parfois les soignants à répondre avec des abus physiques ou verbaux.

La comparaison des milieux de soins scandinaves et canadiens exposant un niveau de violence [subie par les soignants en provenance des résidents] et d'épuisement élevé chez les Canadiens (Banerjee et al. 2012) soulève deux facteurs de risques de violence envers les aînées augmentés par le mode de gestion soit le fait d'être épuisé³¹ et celui de faire face à plus de comportements agressifs de la part des aînés (Botngard et al. 2021; Post et al. 2010).

³¹ Voir section sur la détresse émotionnelle.

Bien que cette situation puisse sembler spécifique aux personnes âgées vivant en institution, il est raisonnable d'estimer que les services de santé de courte durée soient tout autant affectés par ce type d'organisation centré sur la tâche. En fait, nous aurions eu des raisons de croire que les établissements à vocations d'hébergements, également qualifiés de milieux de vie, auraient pu s'émanciper au moins partiellement d'une gestion de performance centrée sur la tâche, ce qui ne semble pas le cas.

Excluant la pénurie de personnel, situation complexe dont les explications dépassent le cadre de ce mémoire, le manque de ressources matérielles et humaines s'inscrit dans une suite logique des politiques ayant conduit à une gestion centrée sur la tâche. Les résultats ont montré que le manque de ressources pouvait exacerber les événements de violence médicale³². Dans les contextes étudiés dans le cadre de ce mémoire, les conditions de travail pénibles en raison d'un manque de ressources humaines, matérielles et de temps ont été soulevées comme contributives aux événements de violences.

Une façon d'expliquer le lien entre le manque de ressources et l'exacerbation des événements de violences réside partiellement par l'augmentation de la détresse émotionnelle des soignants. Certains auteurs admettent un lien entre le manque de personnel, le manque de formation et le *burnout* (Saga et al. 2021), le *burnout* étant lui-même associé à une augmentation du risque d'abus envers les personnes âgées (Andela et al. 2021; Blumenfeld Arens et al. 2017; Hirt et al. 2022).

Une gestion centrée sur les tâches et le manque de ressources pourrait contribuer au fait que les VOG augmentent lorsque des interventions non planifiées surviennent (Malet et al. 2020; Niles et al. 2021; Vedam et al. 2019). Puisqu'une intervention imprévue exigera des ressources supplémentaires (à minima en termes de temps), il s'exercera inévitablement une pression accrue sur les professionnels qui devront « faire avec ce qui leur manque déjà ». Cela dit, la situation

³² Constaté pour chacune des discriminations détaillées dans la section résultat, s'y référer au besoin.

imprévue pourrait exacerber les risques de violence médicale par le biais d'autres facteurs³³ déjà identifiés tels que le manque de compétence ou la détresse émotionnelle des professionnels.

Finalement, le manque de ressource déjà problématique se trouve exacerbé face à certaines clientèles aux besoins particuliers. Aussi, la clientèle vivant avec l'obésité fait face à un manque accru, voire même une absence, de ressources adaptées disponibles (Hart 2022).

[Le climat de travail](#)

Les discriminations systémiques, par le biais de la stigmatisation, permettent d'estimer la personne comme inférieure (Link et Phelan 2001). L'âgisme, en dévaluant la personne, conduit à tolérer les abus envers les personnes âgées. (Phelan et al. 2015), rendant acceptable les mauvais traitements (Band-Winterstein 2015). Aussi, un climat de travail négatif augmenterait le risque d'abus physique et verbal envers les aînés en institutions (Blumenfeld Arens et al. 2017) et les modèles de rôles négatifs permettraient de perpétuer le cycle de la stigmatisation (Chakravorty 2021).

Les professionnels de la santé (comme tout être humain finalement) s'influencent entre eux³⁴. D'ailleurs, il semble que nous soyons suffisamment influençables pour que les biais se transmettent par l'entremise d'un dossier médical lorsque le langage utilisé inclut des éléments discriminatoires (Goddu et al. 2018; Sedney et al. 2023). De plus, il semble que les règles non écrites soient parfois plus efficaces pour garantir un environnement exempt de violence [contexte de VOG] (Freedman et al. 2014). Parler de règles non écrites ne peut que référer au climat de travail et à la culture organisationnelle.

Alors que certains suggèrent l'adoption de politiques de tolérance zéro pour lutter contre la grossophobie (Batterham 2022). Prendre en considération l'importance des « règles non écrites » pourrait conduire à s'opposer au renforcement de règles déjà rigides dans les milieux de la santé. L'analyse des résultats a démontré que les violences médicales étaient bien présentes malgré des

³³ Le manque de compétence et la détresse émotionnelle des professionnels ont été discutés dans la section « perspective micro ».

³⁴ L'impact des modèles de rôles négatifs sur le risque de subir de mauvais traitements a été identifié dans la littérature et décrit dans la section résultats : voir section sur les violences envers les personnes âgées en institution, sur la grossophobie médicale ainsi que sur la psychophobie.

règlements qui techniquement ne les permettent pas. Le fait d'ajouter une réglementation sévère, malgré des objectifs louables, risquerait d'ajouter à la culture du blâme, perpétuant la nature taboue des violences médicales.

[La culture du blâme](#)

Au-delà de la responsabilité professionnelle attendue, la culture du blâme est associée à la punition de la faute en toute circonstance et s'oppose à ce qui pourrait être qualifié de culture d'apprenant. La notion de culture d'apprenant mériterait d'être explorée davantage mais dépasse le cadre de ce mémoire.

La rigidité des règlements internes, additionnée à la notion de responsabilité individuelle, conduisent au renforcement de cette culture du blâme. Le fait que la violence envers les aînés soit qualifiée « d'impensable » [*unthinkable event*] (Myhre, Saga, et al. 2020a) qu'il s'agisse d'un sujet tabou au point qu'il n'est pas possible de l'envisager devrait être considéré comme une conséquence de cette culture du blâme. Des propos très similaires sont observés au sujet du racisme dans les organisations de santé (Burnett et al. 2020; Ricks et al. 2022).

La culture du blâme au sein des organisations est problématique puisqu'elle entrave le processus de dénonciation des abus [violence envers les personnes âgées en institution], une étape essentielle en matière de prévention (Myhre, Malmedal, et al. 2020; Myhre, Saga, et al. 2020b). Le fait que certains auteurs suggèrent la possibilité d'une dénonciation anonyme (Wangmo et al. 2017) souligne également la nature problématique de la culture du blâme.

Finalement, l'image des infirmières, estimée « sans préjugés » compliquerait la dénonciation de discriminations racistes, (Burnett et al. 2020). Ce constat est possiblement généralisable à l'ensemble des professionnels de soins, généralement associé à des valeurs de bienveillances.

[La position de pouvoir attribuée aux professionnels de la santé](#)

« Le pouvoir est une partie importante de la stigmatisation (Reilly et al. 2022) »

La position d'autorité du professionnel de la santé implique une relation de pouvoir inégale entre le patient et le professionnel de la santé. Cette notion a été identifiée en tant que facteur

contributif aux événements de violences médicales dans plusieurs articles de cette revue de littérature et touchant l'ensemble des différentes discriminations étudiées.

L'élément hiérarchique lié aux professions médicales mériterait d'être inclus à ce stade mais n'a pas été recherché dans le cadre de ce mémoire. Cependant, la question mérite d'être étudiée pour évaluer un lien hypothétique avec le climat de travail et la culture du blâme.

L'analyse des résultats selon les perspectives interpersonnelles, structurelles puis organisationnelles de la violence médicale met en évidence la complexité du phénomène des violences médicales.

La complexité du phénomène des violences médicales

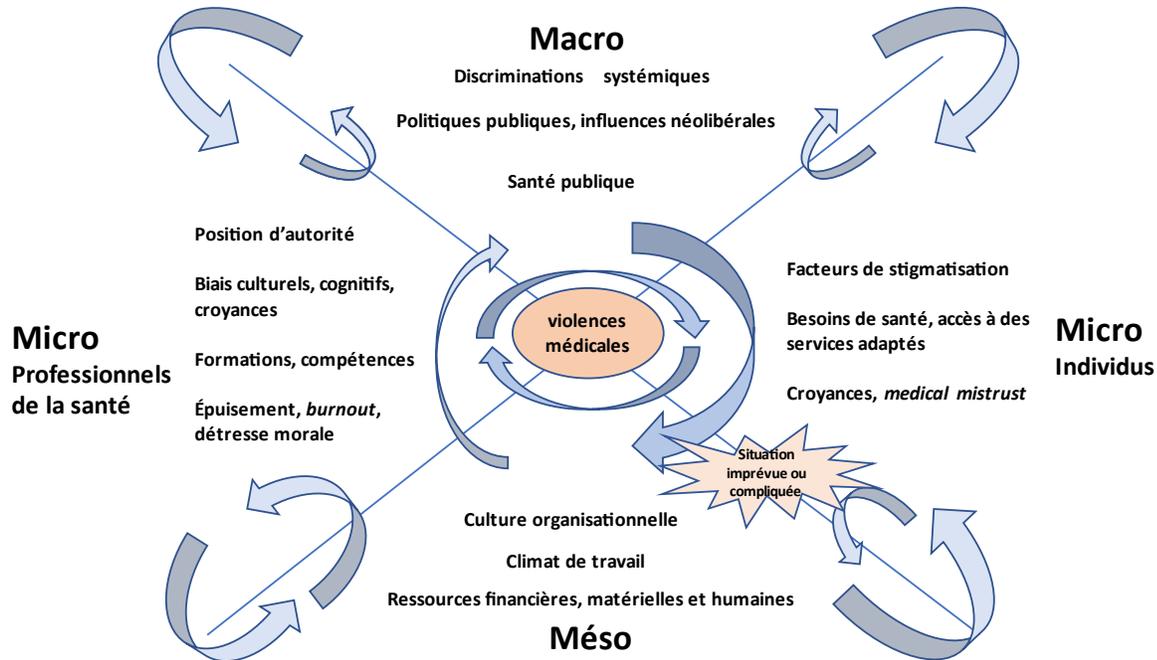
Les résultats recueillis appuient une interprétation complexe du phénomène des violences médicales. La section suivante s'intéressera à la complexité du phénomène des violences médicales en s'attardant aux interactions entre ses différents niveaux impliqués, puis la nature du phénomène sera décrite selon deux axes (l'attitude et le jugement clinique), pour terminer avec les arguments en faveur de l'usage du concept de violences médicales.

La complexité : une question d'interaction

L'intérêt d'exposer la complexité du phénomène des violences médicales est de mettre en évidence les relations entre les éléments structuraux (macro), organisationnels (méso) et interpersonnels. La figure 1 ci-dessous permet de visualiser ces éléments et leurs interactions. Le sens des flèches indique l'influence d'un niveau sur l'autre et leur taille permet d'estimer la force de cette influence.

Les différents niveaux des violences médicales

Figure 1 : Les différents niveaux impliqués dans le phénomène des violences médicales et leurs interactions



La figure 1 reprend des éléments identifiés comme contributifs aux événements de violences médicales. Ces éléments ont été classés selon qu'ils appartiennent au niveau structurel (macro), organisationnel (méso), interpersonnel – professionnel de la santé (micro) ou interpersonnel – individu (micro).

Ce classement respecte fortement ce qui a été développé dans le cadre de la discussion à quelques exceptions près. Concernant le facteur *Position d'autorité* bien qu'abordé en tant que facteur organisationnel, il semblait pertinent de l'inclure aux caractéristiques du soignant.

Les effets du néolibéralisme sur les politiques de santé et les organisations ont été discutés dans la section des violences organisationnelles de la discussion. Cependant, il est évident que si le néolibéralisme impact les organisations, il s'agit d'un facteur d'influence macro.

Les éléments de facteurs de discriminations, de besoins de santé et d'accès aux services de santé ont été ajoutés à la figure bien qu'ils ne fassent pas partie des éléments clairement identifiés dans les résultats ou la discussion. Cependant, le contexte de la recherche entourant les

discriminations dans les services de santé sous-entend nécessairement ces éléments. Aussi, il semblait nécessaire de les ajouter sur une figure visant une compréhension globale du phénomène des violences médicales.

Ainsi, la figure 1 permet de faire un résumé illustré et synthétique de ce qui a été dit dans la discussion. Identifier les facteurs contributifs aux phénomènes des violences médicales permet de constater une interaction entre des facteurs macro, méso et micro conduisant à la compréhension des violences médicales en tant que phénomène complexe. Le concept de violence médicale doit être étudié en tant que phénomène complexe pour éviter de blâmer les seuls individus impliqués dans une situation de violence médicale. Admettre que les violences médicales, bien que la situation de violence elle-même se situe nécessairement au niveau interpersonnel, soit le résultat indirect de causes systémiques et organisationnelles exige qu'on étudie ses facteurs afin d'établir des interventions de prévention pertinentes au-delà de la simple sensibilisation des professionnels ou du renforcement des règlements punitifs.

Cette revue de littérature aura permis de mettre en évidence la nécessité d'aborder les questions systémiques et organisationnelles pour creuser la question du phénomène des violences médicales. Toutefois, ces questions dépassent le cadre du présent mémoire et elles devront être reprises dans le cadre de recherches ultérieures.

Les résultats ont mis en évidence deux compétences affectées dans le contexte des discriminations et qu'il semble pertinent d'inclure au phénomène des violences médicales. Aussi, la section suivante décrit les violences médicales comme un phénomène qui découle de l'altération du jugement clinique et de la compétence relationnelle.

Les deux axes d'expression de la violence médicale : Le jugement clinique et l'attitude

Les résultats ont permis d'exposer la violence médicale dans une multitude de contextes. Il a été montré que ces violences variaient en intensité, qu'elles étaient souvent subtiles et difficiles à identifier formellement. De plus, la violence dans les services de santé est, normalisée, banalisée, voire inévitable si on y inclut la violence de la maladie (par exemple, annoncer un cancer ou

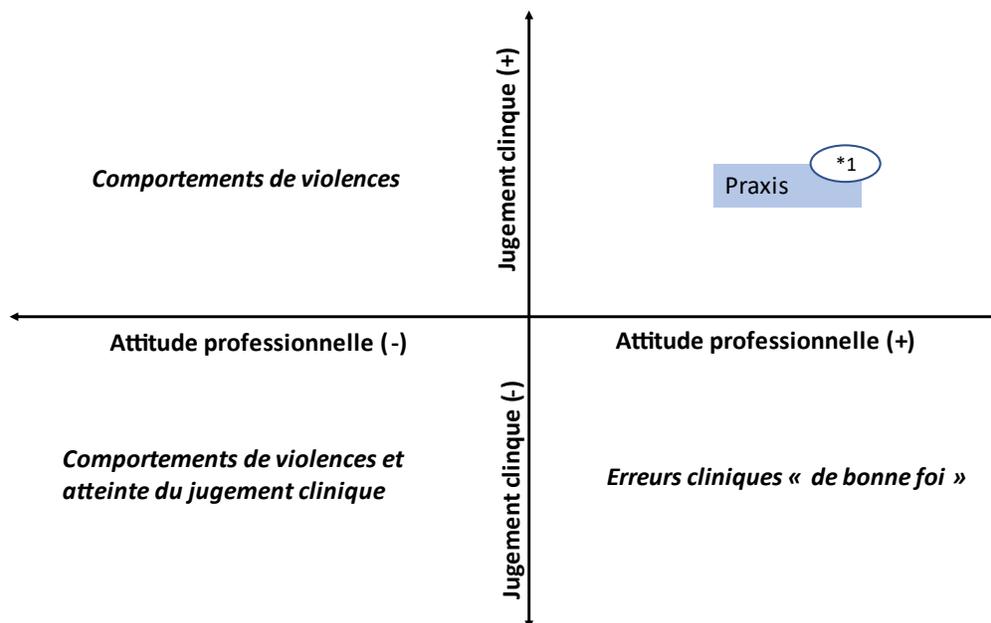
effectuer une procédure invasive est nécessairement une forme de violence bien qu'elle soit inévitable).

Une réelle ambiguïté concernant la nature même de la violence médicale restera possiblement insoluble, liée à la nature même de la maladie. Pratiquer auprès de personnes malades implique d'effectuer des soins douloureux (même lorsque l'on cherche au mieux à les soulager), des soins intrusifs (examen gynécologie, coloscopie, chirurgie), faire des annonces malheureuses qui changeront des vies à jamais. Ce mémoire ne s'intéressait pas à « cette violence » dont la maladie est responsable, mais elle sera inévitablement présente, même dans le meilleur des mondes.

L'activité médicale et celles du soin sont des activités complexes. Affectées par un ensemble d'éléments longuement discutés dans les sections précédentes, les compétences des soignants se trouvent affectées, conduisant à des événements de violences médicales.

La figure 2 ci-dessous permet de visualiser les deux axes d'expressions des violences médicales.

Figure 2 : Les deux axes d'expressions des violences médicales



*1: la praxis fait référence à un idéal de pratique

Divisée en quatre quadrants, la figure 2 sert principalement à concevoir les événements de violences médicales en qu'éléments d'un spectre plus large. L'axe de l'attitude professionnelle intègre les événements violents attribuables au comportement du professionnel. La flèche de l'axe permet de situer un événement plus ou moins grave de comportement violent, se déclinant de la blague déplacée jusqu'à l'agression.

Les résultats ont montré que les biais implicites associés aux discriminations altéraient le jugement clinique des professionnels. Souvent concomitant aux comportements violents à proprement dit, inscrire le jugement clinique et l'attitude sur un même plan permet de mieux évaluer les conséquences du phénomène des violences médicales et de pister de futures recherches sur le sujet. Ces deux compétences étant souvent altérées simultanément, elles impliquent possiblement des mécanismes cognitifs communs et sont affectées par les mêmes conditions structurelles et organisationnelles.

Pourquoi utiliser le concept de violences médicales est nécessaire

Plusieurs raisons justifient l'utilisation du concept de violence médicale pour décrire les abus, maltraitements et autres négligences décrits dans le cadre de ce mémoire. Certains auteurs justifient l'utilisation de termes forts afin de mettre en évidence le drame qui se joue derrière ces violences structurelles (Medvedyuk et al. 2021). Ainsi, une première raison pour utiliser le concept de violence médicale est pour sensibiliser l'ensemble des personnes concernées.

Les résultats ont mis en évidence que la violence médicale était associée aux discriminations et que des facteurs organisationnels et personnels contribuaient au risque d'événements de violence médicale. Une seconde raison pour justifier l'utilisation de concept de violence médicale est d'englober la complexité du phénomène et ne pas le limiter à un événement de violence médicale. Il est nécessaire de considérer le phénomène structurel des violences médicales afin d'attribuer aux organisations et aux politiques la responsabilité qui leur revient lorsqu'un événement de violence médicale survient. La responsabilité individuelle existe également, mais elle doit être contextualisée.

Conceptualiser le phénomène de la violence médicale au-delà des comportements violents en lui associant l'axe du jugement clinique permet de mieux considérer les conséquences des violences médicales. Ce type d'analyse du phénomène des violences médicales pourrait conduire à une estimation des coûts liés à la violence médicale.

Pouvant être estimé culpabilisant envers les professionnels de la santé, admettre les violences médicales en tant que phénomène complexe permet au contraire de relativiser la responsabilité des professionnels dans la survenue d'un événement singulier de violence. Dans le cas où nous n'admettons pas qu'il n'existe pas de phénomène complexe des violences médicales, la faute revient nécessairement aux individus plutôt qu'une faute partagée avec le système et l'organisation. Finalement, nommer le concept de violence médicale, c'est aussi admettre son existence et ainsi exiger qu'on agisse sur ses causes. Chose moins probable tant que le sujet restera tabou et difficilement discutable.

Points à considérer

Cette revue de littérature aura permis l'amorce d'une conceptualisation du phénomène des violences médicales en tant que phénomène complexe aux causes systémiques, organisationnelles et interpersonnelles. De plus, cette recherche aura permis de mettre en évidence les conséquences sous-estimées des violences médicales lorsque la complexité du phénomène n'est pas prise en compte, en particulier si l'altération du jugement clinique associé aux violences médicales n'est pas considérée.

Cela dit, ce sujet complexe mérite d'être creusé sous des angles qui n'ont pas pu être abordés dans le cadre de ce présent mémoire et qui devront faire l'objet de recherches ultérieures. Ainsi, le champ de recherche portant sur la sécurité des patients partage des notions de facteurs organisationnels et de jugements cliniques qui sont pertinentes à la poursuite de la recherche sur les violences médicales. D'ailleurs, il est permis d'envisager qu'une meilleure compréhension du phénomène des violences médicales soit également pertinente à la recherche sur la sécurité des patients.

L'analyse historique et anthropologique des professions de la santé devrait faire l'objet de recherches ultérieures concernant le phénomène des violences médicales. Cela permettrait d'explorer les scandales de l'histoire de la médecine et les leçons qui en ont été tirées. Au même titre que le procès de Nuremberg et l'expérience de Tuskegee ont laissé des traces et conduit à l'amélioration des pratiques responsables en recherche, l'analyse historique pourrait nous permettre d'intégrer des scandales de la médecine. Explorer des scandales tels que la stérilisation forcée de femmes autochtones ou encore l'internement injustifié de femmes (pour ne nommer que ceux-là) permettrait d'ajouter une dimension supplémentaire au concept de violence médicale.

Finalement, l'analyse anthropologique des professions de la santé permettrait possiblement de mieux comprendre la culture professionnelle (médicale et infirmière principalement) et ainsi ajouter un éclairage à la compréhension des relations de pouvoir liées à la structure fortement hiérarchique de ces professions.

Limites et forces de l'étude

Cette étude n'est pas sans limites. Cela dit, il serait plus juste de considérer ces limites en tant que caractéristiques liées aux forces de cette étude. Étudier un sujet complexe demandait de la souplesse méthodologique, qui peut être interprétée comme un risque de biais de sélection. En effet, les critères de sélection souples et précisés en cours de recherche impliquent forcément une sélection incomplète et influencée par mes propres biais. Cependant, cette méthodologie souple aura permis d'ouvrir la question de recherche, permettant de mieux saisir l'étendue des sujets concernés par le phénomène des violences médicales et, paradoxalement, d'y inclure des articles pertinents qui autrement ne l'auraient pas été.

Cela dit, considérant cette souplesse méthodologique, il devient nécessaire de discuter de mes propres croyances, celles-ci constituant une deuxième limite potentielle. S'il est vrai que je débutais cette recherche en ayant une bonne idée de ce que j'allais y trouver, ces a priori étaient basés sur une longue expérience professionnelle. Autrement dit, un savoir expérientiel pertinent

à la question étudiée. S'il est possible que, malgré un effort conscient et constant d'éviter de fermer les yeux sur des données contredisant mes croyances, certains biais se soient glissés dans les résultats, je suis d'avis que ce savoir expérientiel m'aura plutôt permis de mieux comprendre la pertinence des articles sélectionnés et leur lien avec le phénomène des violences médicales.

La complexité du sujet aura nécessité de faire référence à certains concepts (culture du viol, patriarcat, racisme systémique, etc.) parfois peu développés. Ces concepts font parfois débat dans la littérature et le sujet du présent mémoire n'était pas d'en faire l'analyse. Il restait pertinent de mentionner ces concepts afin de situer l'étude des violences médicales dans un contexte plus large de recherches en sciences sociales. Cette étude malgré ses limites aura permis d'aborder le phénomène des violences médicales en illustrant la complexité du phénomène.

Conclusion

Le sujet des violences médicales est complexe et tabou. Contextualiser la question en rappelant le décès tragique de Joyce Echaquan ainsi que l'hécatombe survenue dans les CHSLD permettait d'exposer la violence médicale à l'aide de situations difficilement contestables et soulevant plusieurs enjeux qui se sont avérés liés avec le phénomène de la violence médicale.

Ce mémoire conduit à la conceptualisation de la violence médicale en tant que phénomène complexe devant être distingué des acteurs impliqués dans un événement particulier. Au même titre que nous admettons que le phénomène des violences policières ne se résume pas à l'événement de violence dénoncée, mais implique des influences systémiques et organisationnelles menant à la répétition de violences policières dans certaines circonstances; le phénomène des violences médicales dépasse les situations de violences elles-mêmes et implique des influences systémiques et organisationnelles.

Cette revue de littérature aura permis de constater que les événements de violences médicales sont associés aux facteurs de discriminations systémiques. L'analyse des résultats aura mis en évidence des facteurs organisationnels, structurels ainsi que des facteurs personnels nécessaires à la compréhension des violences médicales en tant que phénomène complexe.

Le climat de travail, la culture du blâme et l'organisation centrée sur la tâche sont des facteurs organisationnels associés à l'augmentation d'événements de violence médicale. Ces facteurs organisationnels sont en partie la conséquence de facteurs structureux tels que les politiques néolibérales.

Les biais implicites et la détresse émotionnelle sont des facteurs personnels associés aux événements de violence médicale. Ces facteurs personnels sont influencés par les facteurs organisationnels tels que la charge de travail et l'influence des pairs.

L'analyse des résultats aura permis d'établir un lien entre le jugement clinique et les attitudes négatives dans le cadre de violences médicales. Ce constat permet d'envisager plusieurs pistes de recherches, entre autres dans le champ d'étude qui s'intéresse à la sécurité des patients.

Concevoir les violences médicales en tant que phénomène complexe où des facteurs macro, méso et micro interagissent conduisant à des contextes propices aux événements de violences est nécessaire à la fois pour la recherche d'interventions de prévention ainsi qu'à l'estimation des coûts de santé qu'elle engendre. Considérant que le phénomène des violences médicales s'exprime à la fois par des attitudes négatives et l'altération du jugement clinique, la littérature sur la sécurité du patient mérite d'être explorée dans le cadre de recherches ultérieures sur les violences médicales. Cette piste semble d'autant plus pertinente qu'elle traite régulièrement de facteurs organisationnels qui seront également explorés dans le cadre de mon projet doctoral où je souhaite poursuivre la recherche sur la question des violences médicales sous l'angle de l'éthique organisationnelle.

Références bibliographiques

- Agenor, Madina, Sophia R. Geffen, Dougie Zubizarreta, Raquel Jones, Shane Giraldo, Allison McGuirk, Mateo Caballero, et Allegra R. Gordon. 2022. « Experiences of and Resistance to Multiple Discrimination in Health Care Settings among Transmasculine People of Color ». *Bmc Health Services Research* 22(1):369. doi: 10.1186/s12913-022-07729-5.
- Alberga, Angela S., Iyoma Y. Edache, Mary Forhan, et Shelly Russell-Mayhew. 2019. « Weight Bias and Health Care Utilization: A Scoping Review ». *Primary Health Care Research and Development* 20:e116. doi: 10.1017/S1463423619000227.
- Alberga, Angela S., Sarah Nutter, Cara MacInnis, John H. Ellard, et Shelly Russell-Mayhew. 2019. « Examining Weight Bias among Practicing Canadian Family Physicians ». *Obesity Facts* 12(6):632-38. doi: 10.1159/000503751.
- Alessi, Janine, Giovana B. de Oliveira, Isadora Nunes Erthal, Julia Belato Teixeira, Gabriela D. L. G. Scherer, Eduarda Herscovitz Jaeger, Josiane Schneiders, Guilherme H. Telo, Beatriz D. Schaan, et Gabriela H. Telo. 2021. « Diabetes and Obesity Bias: Are We Intensifying the Pharmacological Treatment in Patients With and Without Obesity With Equity? ». *Diabetes Care* 44(12):e206-8. doi: 10.2337/dc21-1294.
- Alimoradi, Zainab, Farzaneh Golboni, Mark D. Griffiths, Anders Broström, Chung-Ying Lin, et Amir H. Pakpour. 2020. « Weight-Related Stigma and Psychological Distress: A Systematic Review and Meta-Analysis ». *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)* 39(7):2001-13. doi: 10.1016/j.clnu.2019.10.016.
- Allan, Billie, et Janet Smylie. 2015. *First Peoples, Second Class Treatment. The Role of Racism in the Health and Well-Being of Indigenous Peoples in Canada.*
- Aloisio Alves, Camilia, Bernard Prot, Mariachiara Pacquola, Carmen Cavaco, Hervé Breton, et Nicolas Fernandez. 2020. « Mobiliser les savoirs expérientiels pour la recherche et la formation des professionnels de la santé : concepts et méthodologies ». *Pédagogie médicale* 21(1):53-59.
- Alspaugh, Amy, Laura E. T. Swan, Samantha L. Auerbach, Marissa Bartmess, Kafuli Agbemenu, et Gretchen E. Ely. 2023. « Mistreatment in health care among women in Appalachia ». *Culture, Health & Sexuality* 0(0):1-17. doi: 10.1080/13691058.2023.2176547.
- Andela, Marie, Didier Truchot, et Virginie Huguenotte. 2021. « Work Environment and Elderly Abuse in Nursing Homes: The Mediating Role of Burnout ». *Journal of Interpersonal Violence* 36(11-12):5709-29. doi: 10.1177/0886260518803606.
- Annborn, Anna, et Hafrun Rafnar Finnbogadottir. 2022. « Obstetric Violence a Qualitative Interview Study ». *Midwifery* 105:103212. doi: 10.1016/j.midw.2021.103212.
- April, Johanne, et Hélène Larouche. 2006. « L'adaptation et la flexibilité d'une chercheuse dans l'évolution de sa démarche méthodologique ». *Recherches qualitatives* 26(2):145-68.

- Armstrong, Pat, Hugh Armstrong, Albert Banerjee, Tamara Daly, et Marta Szebehely. 2011. « Structural Violence in Long-Term Residential Care ». *Women's Health and Urban Life* 10(1):111-29.
- Bailey, Zinzi D., Nancy Krieger, Madina Agénor, Jasmine Graves, Natalia Linos, et Mary T. Bassett. 2017. « Structural Racism and Health Inequities in the USA: Evidence and Interventions ». *The Lancet* 389(10077):1453-63. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30569-X.
- Ballesteros, Virginia. 2022. « A Stigmatizing Dilemma in the Labour Room: Irrationality or Selfishness? » *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 28(5):875-82. doi: 10.1111/jep.13747.
- Band-Winterstein, Tova. 2015. « Health Care Provision for Older Persons: The Interplay Between Ageism and Elder Neglect ». *Journal of Applied Gerontology* 34(3):NP113-27. doi: 10.1177/0733464812475308.
- Banerjee, Albert, Tamara Daly, Pat Armstrong, Marta Szebehely, Hugh Armstrong, et Stirling Lafrance. 2012. « Structural Violence in Long-Term, Residential Care for Older People: Comparing Canada and Scandinavia ». *Social Science & Medicine* 74(3):390-98. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.10.037.
- Batterham, Rachel L. 2022. « Weight Stigma in Healthcare Settings Is Detrimental to Health and Must Be Eradicated ». *Nature Reviews. Endocrinology* 18(7):387-88. doi: 10.1038/s41574-022-00686-3.
- Benelli, Natalie. 2011. « Rendre compte de la méthodologie dans une approche inductive : les défis d'une construction a posteriori ». *Recherches qualitatives* 11:40-50.
- Benkert, Ramona, Adolfo Cuevas, Hayley S. Thompson, Emily Dove-Meadows, et Donulae Knuckles. 2019. « Ubiquitous Yet Unclear: A Systematic Review of Medical Mistrust ». *Behavioral Medicine* 45(2):86-101. doi: 10.1080/08964289.2019.1588220.
- Bernatchez, Stéphane, Jean-Frédéric Ménard, et Marie-Eve Couture-Ménard. 2022. « Le droit et la théorie de la gouvernance: outils de diagnostic et remède relatifs aux soins et aux services d'hébergement aux aînés dans le contexte de la pandémie de COVID-19 ». *Les Cahiers de Droit* 63(1):77-128. doi: <https://doi.org/10.7202/1088252ar>.
- Betron, Myra L., Tracy L. McClair, Sheena Currie, et Joya Banerjee. 2018. « Expanding the Agenda for Addressing Mistreatment in Maternity Care: A Mapping Review and Gender Analysis ». *Reproductive Health* 15:143. doi: 10.1186/s12978-018-0584-6.
- Blumenfeld Arens, Olivia, Katharina Fierz, et Franziska Zúñiga. 2017. « Elder Abuse in Nursing Homes: Do Special Care Units Make a Difference? A Secondary Data Analysis of the Swiss Nursing Homes Human Resources Project ». *Gerontology* 63(2):169-79. doi: 10.1159/000450787.
- van Boekel, Leonieke C., Evelien P. M. Brouwers, Jaap van Weeghel, et Henk F. L. Garretsen. 2013. « Stigma among Health Professionals towards Patients with Substance Use Disorders and Its Consequences for Healthcare Delivery: Systematic Review ». *Drug and Alcohol Dependence* 131(1-2):23-35. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018.
- Botngard, Anja, Arne Henning Eide, Laura Mosqueda, Lene Blekken, et Wenche Malmedal. 2021. « Factors Associated with Staff-to-Resident Abuse in Norwegian Nursing Homes: A Cross-

- Sectional Exploratory Study ». *Bmc Health Services Research* 21(1):244. doi: 10.1186/s12913-021-06227-4.
- Botngard, Anja, Arne Henning Eide, Laura Mosqueda, et Wenche Malmedal. 2020. « Elder Abuse in Norwegian Nursing Homes: A Cross-Sectional Exploratory Study ». *Bmc Health Services Research* 20(1). doi: 10.1186/s12913-019-4861-z.
- Boyle, Shana L., David M. Janicke, Michael E. Robinson, et Laura D. Wandner. 2019. « Using Virtual Human Technology to Examine Weight Bias and the Role of Patient Weight on Student Assessment of Pediatric Pain ». *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 26(1):106-15. doi: 10.1007/s10880-018-9569-4.
- Briceno Morales, Ximena, Laura Victoria Enciso Chaves, et Carlos Enrique Yepes Delgado. 2018. « Neither Medicine Nor Health Care Staff Members Are Violent By Nature: Obstetric Violence From an Interactionist Perspective ». *Qualitative Health Research* 28(8):1308-19. doi: 10.1177/1049732318763351.
- Burnett, Alicia, Calvin Moorley, Julian Grant, Mushtag Kahlin, Rohit Sagoo, Emerald Rivers, Linda Deravin, et Philip Darbyshire. 2020. « Dismantling Racism in Education: In 2020, the Year of the Nurse & Midwife, "It's Time" ». *Nurse Education Today* 93:104532. doi: 10.1016/j.nedt.2020.104532.
- Carrara, Bruna Sordi, Raquel Helena Hernandez Fernandes, Sireesha Jennifer Bobbili, et Carla Aparecida Arena Ventura. 2021. « Health Care Providers and People with Mental Illness: An Integrative Review on Anti-Stigma Interventions ». *International Journal of Social Psychiatry* 67(7):840-53. doi: 10.1177/0020764020985891.
- Carreras Tartak, Jossie A., Nicholas Brisbon, Sarah Wilkie, Thomas D. Sequist, Imoigele P. Aisiku, Ali Raja, et Wendy L. Macias-Konstantopoulos. 2021. « Racial and Ethnic Disparities in Emergency Department Restraint Use: A Multicenter Retrospective Analysis ». *Academic Emergency Medicine* 28(9):957-65. doi: 10.1111/acem.14327.
- Chadwick, Rachelle. 2021. « The Dangers of Minimizing Obstetric Violence Comment ». *Violence Against Women* 10778012211037379. doi: 10.1177/10778012211037379.
- Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS), Ligne Aide Abus Aînés (LAAA) du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montreal, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, Coordonnateurs régionaux de la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées, et Secrétariat aux aînées & Ministère de la santé et des services sociaux. 2022. « Terminologie sur la maltraitance envers les aînées ».
- Chakravorty, Triya. 2021. « Fat Shaming Is Stopping Doctors from Helping Overweight Patients-Here's What Medical Students Can Do about It ». *BMJ (Clinical Research Ed.)* 375:n2830. doi: 10.1136/bmj.n2830.
- Chen, Eunice Y., Lindsey E. Bocchieri-Ricciardi, Daniel Munoz, Sarah Fischer, Shawn Katterman, Megan Roehrig, Maureen Dymek-Valentine, John C. Alverdy, et Daniel Le Grange. 2007. « Depressed Mood in Class III Obesity Predicted by Weight-Related Stigma ». *Obesity Surgery* 17(5):669-71. doi: 10.1007/s11695-007-9112-4.

- Cho, Sumi, Kimberle Williams Crenshaw, et Leslie McCall. 2013. « Toward a Field of Intersectionality Studies: Theory, Applications, and Praxis ». *Signs* 38(4):785-810. doi: 10.1086/669608.
- Chrisler, Joan C., et Angela Barney. 2017. « Sizeism is a health hazard ». *Fat Studies* 6(1):38-53. doi: 10.1080/21604851.2016.1213066.
- Chrisler, Joan C., Angela Barney, et Brigida Palatino. 2016. « Ageism Can Be Hazardous to Women's Health: Ageism, Sexism, and Stereotypes of Older Women in the Healthcare System ». *Journal of Social Issues* 72(1):86-104. doi: 10.1111/josi.12157.
- Chun, Jennifer Jihye, George Lipsitz, et Young Shin. 2013. « Intersectionality as a Social Movement Strategy: Asian Immigrant Women Advocates ». *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 38(4):917-40. doi: 10.1086/669575.
- CISSSCA. 2021. *Synthèse du rapport de l'enquête administrative daté du 21 décembre 2020 concernant les ressources intermédiaires. Manoir Liverpool. Manoir New Liverpool.*
- Cleret de Langavant, Ghislaine. 2001. *Bioéthique: méthode et complexité*. Sainte-Foy (Québec): Presses de l'Université du Québec.
- Cloyd, Mikaela, Beverly L. Stiles, et George M. Diekhoff. 2021. « Nursing Students' Perceptions of Substance Abusers: The Effect of Social Status on Stigma ». *Nurse Education Today* 97:104691. doi: 10.1016/j.nedt.2020.104691.
- CMQ. 2021. « Le Collège reconnaît le Principe de Joyce pour enrayer le racisme systémique dans le réseau de la santé et des services sociaux ». *Collège des médecins du Québec*. Consulté 10 juillet 2023 (<http://www.cmq.org/nouvelle/fr/college-reconnait-principe-joyce-enrayer-racisme-systemique-reseau-sante-services-sociaux.aspx>).
- Collins, Patricia Hill. 2020. *Defining black feminist thought*. Routledge.
- Conseil du statut de la femme. s. d. « Culture du viol ». *Conseil du statut de la femme*. Consulté 16 octobre 2023 (<https://csf.gouv.qc.ca/article/publicationsnum/bibliotheque-des-violences-faites-aux-femmes/culture-du-viol/>).
- Crenshaw, Kimberle. 1991. « Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color ». *STANFORD LAW REVIEW* 43(6):1241-1300.
- Crenshawt, Kimberle. 1989. « Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics ». *University of Chicago Legal Forum* 139-68.
- Cuvelier, A., et C. Taillé. 2019. « Face aux patients obèses : un nécessaire changement de paradigme ». *Revue des Maladies Respiratoire* 8(36):915-18.
- Dahm, Maria R., Maureen Williams, et Carmel Crock. 2022. « 'More than Words' – Interpersonal Communication, Cognitive Bias and Diagnostic Errors ». *Patient Education and Counseling* 105(1):252-56. doi: 10.1016/j.pec.2021.05.012.

- Delphy, Christine. 2008. *L'économie politique du patriarcat*. Nouvelle éd. Paris: Éd. Syllepse.
- deShazo, Richard D., John E. Hall, et Leigh Baldwin Skipworth. 2015. « Obesity Bias, Medical Technology, and the Hormonal Hypothesis: Should We Stop Demonizing Fat People? » *The American Journal of Medicine* 128(5):456-60. doi: 10.1016/j.amjmed.2014.11.024.
- Dieterich, Rachel, Judy Chang, Cynthia Danford, Paul W. Scott, Caroline Wend, et Jill Demirci. 2022. « She “Didn’t See My Weight; She Saw Me, a Mom Who Needed Help Breastfeeding”: Perceptions of Perinatal Weight Stigma and Its Relationship with Breastfeeding Experiences ». *Journal of Health Psychology* 27(5):1027-38. doi: 10.1177/1359105320988325.
- Dieterich, Rachel, Jill Demirci, et Cynthia Danford. 2020. « Weight Stigma Related to Pregnancy: A Concept Analysis ». *ANS. Advances in Nursing Science* 43(2):190-99. doi: 10.1097/ANS.000000000000297.
- Dineen, Kelly K. 2021. « Disability Discrimination Against People With Substance Use Disorders by Postacute Care Nursing Facilities: It Is Time to Stop Tolerating Civil Rights Violations ». *Journal of Addiction Medicine* 15(1):18-19. doi: 10.1097/ADM.0000000000000694.
- Dixon-Woods, Mary, Debbie Cavers, Shona Agarwal, Ellen Annandale, Antony Arthur, Janet Harvey, Ron Hsu, Savita Katbamna, Richard Olsen, Lucy Smith, Richard Riley, et Alex J. Sutton. 2006. « Conducting a Critical Interpretive Synthesis of the Literature on Access to Healthcare by Vulnerable Groups ». *BMC Medical Research Methodology* 13.
- Dobbs, Debra, J. Kevin Eckert, Bob Rubinstein, Lynn Keimig, Leanne Clark, Ann Christine Frankowski, et Sheryl Zimmerman. 2008. « An Ethnographic Study of Stigma and Ageism in Residential Care or Assisted Living ». *The Gerontologist* 48(4):517-26. doi: 10.1093/geront/48.4.517.
- Dovidio, John F., et Susan T. Fiske. 2012. « Under the Radar: How Unexamined Biases in Decision-Making Processes in Clinical Interactions Can Contribute to Health Care Disparities ». *American Journal of Public Health* 102(5):945-52. doi: 10.2105/AJPH.2011.300601.
- Fernandes, Júlio Belo, Carlos Família, Cidália Castro, et Aida Simões. 2022. « Stigma towards People with Mental Illness among Portuguese Nursing Students ». *Journal of Personalized Medicine* 12(3):326. doi: 10.3390/jpm12030326.
- Ferreira, Aldo Pacheco, Gisela Cordeiro Pereira Cardoso, Cíntia da Silva Telles Nichele, Vania Reis Girianelli, Angélica Baptista Silva, et Marluce Rodrigues Godinho. 2021. « Racial discrimination and health: health professionals’ actions in providing care women in the induced abortion process ». *Ciencia & Saude Coletiva* 26(10):4623-33. doi: 10.1590/1413-812320212610.10532021.
- Fielding-Singh, Priya, et Amelia Dmowska. 2022. « Obstetric Gaslighting and the Denial of Mothers’ Realities ». *Social Science & Medicine* 301:114938. doi: 10.1016/j.socscimed.2022.114938.
- Filipska, Karolina, Monika Biercewicz, Adam Wisniewski, Renata Jablonska, Agnieszka Krolikowska, Emilia Glowczewska-Siedlecka, Kornelia Kedziora-Kornatowska, et Robert Slusarz. 2021. « High Rate of Elder Abuse in the Time of COVID-19-A Cross Sectional Study of Geriatric and Neurology Clinic Patients ». *Journal of Clinical Medicine* 10(19):4532. doi: 10.3390/jcm10194532.

- Fiorentino, Marion, Marie Suzan-Monti, Antoine Vilotitch, Luis Sagaon-Teyssier, Rosemary Dray-Spira, France Lert, Bruno Spire, et ANRS-VESPA2 Study Group. 2018. « Renunciation of Health Care by People Living with HIV in France Is Still Associated with Discrimination in Health-Care Services and Social Insecurity - Results from the ANRS-VESPA2 Survey ». *Antiviral Therapy* 23(5):443-50. doi: 10.3851/IMP3220.
- FitzGerald, Chloe, et Samia Hurst. 2017. « Implicit Bias in Healthcare Professionals: A Systematic Review ». *BMC Medical Ethics* 18. doi: 10.1186/s12910-017-0179-8.
- FitzGerald, Chloë, Christian Mumenthaler, Delphine Berner, Mélinée Schindler, Tobias Brosch, et Samia Hurst. 2022. « How Is Physicians' Implicit Prejudice against the Obese and Mentally Ill Moderated by Specialty and Experience? » *BMC Medical Ethics* 23(1):86. doi: 10.1186/s12910-022-00815-7.
- Folope, Vanessa. 2021. « Grossophobie dans le monde soignant, une réalité à combattre ». *Soins dossier* (858):3.
- Forhan, Mary, et Ximena Ramos Salas. 2013. « Inequities in Healthcare: A Review of Bias and Discrimination in Obesity Treatment ». *Canadian Journal of Diabetes* 37(3):205-9. doi: 10.1016/j.jcjd.2013.03.362.
- Freedman, Lynn P., Kate Ramsey, Timothy Abuya, Ben Bellows, Charity Ndwiga, Charlotte E. Warren, Stephanie Kujawski, Wema Moyo, Margaret E. Kruk, et Godfrey Mbaruku. 2014. « Defining Disrespect and Abuse of Women in Childbirth: A Research, Policy and Rights Agenda ». *Bulletin of the World Health Organization* 92(12):915-17. doi: 10.2471/BLT.14.137869.
- Friedman, Asia M., Jennifer R. Hemler, Elisa Rossetti, Lynn P. Clemow, et Jeanne M. Ferrante. 2012. « Obese Women's Barriers to Mammography and Pap Smear: The Possible Role of Personality ». *Obesity (Silver Spring, Md.)* 20(8):1611-17. doi: 10.1038/oby.2012.50.
- Furnham, A. 1995. « The Just World, Charitable Giving and Attitudes to Disability ». *Personality and Individual Differences* 19(4):577-83. doi: 10.1016/0191-8869(95)00090-S.
- Furnham, A. 2003. « Belief in a Just World: Research Progress over the Past Decade ». *Personality and Individual Differences* 34(5):795-817. doi: 10.1016/S0191-8869(02)00072-7.
- Furnham, A., et E. Procter. 1989. « Belief in a Just World - Review and Critique of the Individual Difference Literature ». *British Journal of Social Psychology* 28:365-84. doi: 10.1111/j.2044-8309.1989.tb00880.x.
- Furnham, Adrian, et Eddie Procter. 1992. « Sphere-Specific Just Word Beliefs and Attitudes to AIDS ». *Human Relations* 45(3):265-80.
- Gabriel, Simon, Edward J. Gracely, et Billie S. Fyfe. 2006. « Impact of BMI on Clinically Significant Unsuspected Findings as Determined at Postmortem Examination ». *American Journal of Clinical Pathology* 125(1):127-31. doi: 10.1309/NVVMPB3DTFRGW3VV.
- Gagnon, Sylvain. 2020. *Rapport d'enquête sur les événements survenus dans le cadre de la pandémie de la COVID-19 au CHSLD Herron*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Galtung, Johan. 1996. *Peace by peaceful means: peace and conflict, development and civilization*. Oslo : London ; Thousand Oaks, CA: International Peace Research Institute ; Sage Publications.
- Gamlin, Jennie B. 2013. « Shame as a Barrier to Health Seeking among Indigenous Huichol Migrant Labourers: An Interpretive Approach of the “Violence Continuum” and “Authoritative Knowledge” ». *Social Science & Medicine* 75-81. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.08.012.
- Gangloff, B., R. Finkelstein, et E. Holmick. 2017. « Justice organisationnelle et croyance en un monde juste : perceptions et réactions des dirigeants d’entreprise vis-à-vis de leurs managers (in)justes ». *Revue européenne de psychologie appliquée* 67:327-37.
- Gazard, Billy. 2018. « Barrier or Stressor? The Role of Discrimination Experiences in Health Service Use ». *BMC Public Health* 18(1):1-18.
- George, Tracy P., Claire DeCristofaro, et Pamela F. Murphy. 2019. « Unconscious Weight Bias Among Nursing Students: A Descriptive Study ». *Healthcare (Basel, Switzerland)* 7(3):E106. doi: 10.3390/healthcare7030106.
- Giacomozzi, Maddalena, Fiorella Farje de la Torre, et Merette Khalil. 2021. « Standing up for Your Birth Rights: An Intersectional Comparison of Obstetric Violence and Birth Positions between Quichua and Egyptian Women ». *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 155(2):247-59. doi: 10.1002/ijgo.13890.
- Goddu, Anna P., Katie J. O’Conor, Sophie Lanzkron, Mustapha O. Saheed, Somnath Saha, Monica E. Peek, Carlton Haywood, et Mary Catherine Beach. 2018. « Do Words Matter? Stigmatizing Language and the Transmission of Bias in the Medical Record ». *Journal of General Internal Medicine* 33(5):685-91. doi: 10.1007/s11606-017-4289-2.
- Govender, Piara, Stella Medvedyuk, et Dennis Raphael. 2022. « Mainstream News Media’s Engagement with Friedrich Engel’s Concept of Social Murder ». *Triplec-Communication Capitalism & Critique* 20(1):62-81.
- Guedj, Romain, Maddalena Marini, Joe Kossowsky, Charles Berde, Camila Mateo, et Eric W. Fleegler. 2021. « Explicit and Implicit Bias Based on Race, Ethnicity, and Weight among Pediatric Emergency Physicians ». *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 28(9):1073-76. doi: 10.1111/acem.14301.
- Guillemette, Mélissa. 2019. « Les personnes obèses sont-elles bien soignées? - Québec Science ». Consulté 6 juin 2023 (<https://www.quebecscience.qc.ca/sante/personnes-obeses-bien-soignees/>).
- Gupta, Neeru, Andrea Bombak, Ismael Foroughi, et Natalie Riediger. 2020. « Discrimination in the Health Care System among Higher-Weight Adults: Evidence from a Canadian National Cross-Sectional Survey ». *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice* 40(11-12):329-35. doi: 10.24095/hpcdp.40.11/12.01.
- Halberg, Nina, Trine S. Larsen, et Mari Holen. 2022. « Ethnic Minority Patients in Healthcare from a Scandinavian Welfare Perspective: The Case of Denmark ». *Nursing Inquiry* 29(1):e12457. doi: 10.1111/nin.12457.

- Halvorson, Elizabeth E., Thomas Curley, Mariah Wright, et Joseph A. Skelton. 2019. « Weight Bias in Pediatric Inpatient Care ». *Academic Pediatrics* 19(7):780-86. doi: 10.1016/j.acap.2019.02.005.
- Hamed, Sarah, Hannah Bradby, Beth Maina Ahlberg, et Suruchi Thapar-Bjorkert. 2022. « Racism in Healthcare: A Scoping Review ». *Bmc Public Health* 22(1):988. doi: 10.1186/s12889-022-13122-y.
- Hamed, Sarah, Suruchi Thapar-Björkert, Hannah Bradby, et Beth Maina Ahlberg. 2020. « Racism in European Health Care: Structural Violence and Beyond ». *Qualitative Health Research* 30(11):1662-73. doi: 10.1177/1049732320931430.
- Hancock, Ange-Marie. 2007. « Intersectionality as a Normative and Empirical Paradigm ». *Politics & Gender* 3(2):248-54. doi: 10.1017/S1743923X07000062.
- Harangozo, J., B. Reneses, E. Brohan, J. Sebes, G. Csukly, JJ López-Ibor, N. Sartorius, D. Rose, et G. Thornicroft. 2014. « Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services ». *International Journal of Social Psychiatry* 60(4):359-66. doi: 10.1177/0020764013490263.
- Hardeman, Rachel R., Katy A. Murphy, J'Mag Karbeah, et Katy Backes Kozhimannil. 2018. « Naming Institutionalized Racism in the Public Health Literature: A Systematic Literature Review ». *Public Health Reports* 133(3):240-49. doi: 10.1177/0033354918760574.
- Hart, Stephanie. 2022. « Weight Stigma an Unacceptable Burden: Pervasive Bias Robs Patients of Appropriate, Compassionate Care ». *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien* 68(8):608-9. doi: 10.46747/cfp.6808608.
- Herron, Rachel, Christine Kelly, et Katie Aubrecht. 2021. « A Conversation about Ageism: Time to Deinstitutionalize Long-Term Care? ». *University of Toronto Quarterly* 90(2):183-206. doi: 10.3138/utq.90.2.09.
- Heys, Stephanie, Soo Downe, et Gill Thomson. 2021. « 'I Know My Place' ; a Meta-Ethnographic Synthesis of Disadvantaged and Vulnerable Women's Negative Experiences of Maternity Care in High-Income Countries ». *Midwifery* 103:103123. doi: 10.1016/j.midw.2021.103123.
- Hirt, Julian, Laura Adlbrecht, Steffen Heinrich, et Adelheid Zeller. 2022. « Staff-to-Resident Abuse in Nursing Homes: A Scoping Review ». *Bmc Geriatrics* 22(1):563. doi: 10.1186/s12877-022-03243-9.
- Hole, Rachelle D., Mike Evans, Lawrence D. Berg, Joan L. Bottorff, Carlene Dingwall, Carmella Alexis, Jessie Nyberg, et Michelle L. Smith. 2015. « Visibility and Voice: Aboriginal People Experience Culturally Safe and Unsafe Health Care ». *Qualitative Health Research* 25(12):1662-74. doi: 10.1177/1049732314566325.
- Hui, Ada, Stefan Rennick-Egglestone, Donna Franklin, Rianna Walcott, Joy Llewellyn-Beardsley, Fiona Ng, James Roe, Caroline Yeo, Emilia Deakin, Sarah Brydges, Patricia Penas Moran, Rose McGranahan, Kristian Pollock, Graham Thornicroft, et Mike Slade. 2021. « Institutional Injustice: Implications for System Transformation Emerging from the Mental Health Recovery Narratives of People Experiencing Marginalisation ». *PLOS ONE* 16(4):e0250367. doi: 10.1371/journal.pone.0250367.

- Hunger, Jeffrey, Brenda Major, Alison Blodorn, et Carol Miller. 2015. « Weighed Down by Stigma: How Weight-Based Social Identity Treat Contributes to Weight Gain and Poor Health ». *Social and Personality Psychology Compass* 9(6):255-68.
- Hyer, Suzanne, et Norma E. Conner. 2020. « Concept of Overweight Bias among Healthcare Professionals: An Evolutionary Concept Analysis ». *Nursing Forum* 55(3):395-402. doi: 10.1111/nuf.12442.
- ICI.Radio-Canada.ca, Zone Santé-. 2020. « Manoir Liverpool : des lacunes observées depuis l'ouverture, en 2014 ». *Radio-Canada.ca*, avril 27.
- Iheduru-Anderson, Kechinyere C., et G. Rumay Alexander. 2022. « Critical Race Theory: A Framework for the Re-Education of American Nurses ». *Creative Nursing* 28(3):177-83. doi: 10.1891/CN-2022-0021.
- IRIS. 2021. « Qu'est-ce que le racisme systémique? » *Institut de recherche et d'informations socioéconomiques*. Consulté 16 octobre 2023 (<https://iris-recherche.qc.ca/blogue/inegalites/qu-est-ce-que-le-racisme-systemique/>).
- Janoffbulman, R., C. Timko, et LI Carli. 1985. « Cognitive Biases in Blaming the Victim ». *Journal of Experimental Social Psychology* 21(2):161-77. doi: 10.1016/0022-1031(85)90013-7.
- Jin, Rowen O., Tiffany C. Anaebere, et Rohini J. Haar. 2021. « Exploring Bias in Restraint Use: Four Strategies to Mitigate Bias in Care of the Agitated Patient in the Emergency Department ». *Academic Emergency Medicine* 28(9):1061-66. doi: 10.1111/acem.14277.
- Kamel, Géhane. 2021. *Rapport d'enquête concernant le décès de Joyce Echaquan. Rapport d'enquête*. 2020-00275. Bureau du coroner.
- Kamel, Géhane. 2022. *Rapport d'enquête concernant 53 décès survenus dans des milieux d'hébergements au cours de la première vague de la pandémie de la COVID-19 au Québec. Rapport d'enquête*. 2020-EP00265-96. Bureau du coroner.
- Kantrowitz-Gordon, Ira, Cynthia Price, Vania Rudolf, Georgia Downey, et Kelsey Castagnola. 2022. « Exploring Perinatal Nursing Care for Opioid Use Disorder: Knowledge, Stigma, and Compassion ». *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 36(4):353-61. doi: 10.1097/JPN.0000000000000587.
- Kaplan, Lee M., Angela Golden, Kimberly Jinnett, Ronette L. Kolotkin, Theodore K. Kyle, Michelle Look, Joseph Nadglowski, Patrick M. O'Neil, Thomas Parry, Kenneth J. Tomaszewski, Boris Stevenin, Søren Kruse Lilleøre, et Nikhil V. Dhurandhar. 2018. « Perceptions of Barriers to Effective Obesity Care: Results from the National ACTION Study ». 26(1):10. doi: 10.1002/oby.22054.
- Kelly, Christine. 2017. « Care and Violence through the Lens of Personal Support Workers ». *International Journal of Care and Caring* 1(1):97-113. doi: 10.1332/239788217X14866305589260.
- Khalil, Merette, Kashi Barbara Carasso, et Tamar Kabakian-Khasholian. 2022. « Exposing Obstetric Violence in the Eastern Mediterranean Region: A Review of Women's Narratives of Disrespect

- and Abuse in Childbirth ». *Frontiers in Global Women's Health* 3:850796. doi: 10.3389/fgwh.2022.850796.
- Khandalavala, Birgit N., Anantha Rojanala, Jenenne A. Geske, Jessica B. Koran-Scholl, et Thomas P. Guck. 2014. « Obesity Bias in Primary Care Providers ». *Family Medicine* 46(7):532-35.
- Kimmel, Simeon D., Sophie Rosenmoss, Benjamin Bearnot, Marc Larochelle, et Alexander Y. Walley. 2021. « Rejection of Patients With Opioid Use Disorder Referred for Post-Acute Medical Care Before and After an Anti-Discrimination Settlement in Massachusetts ». *Journal of Addiction Medicine* 15(1):20-26. doi: 10.1097/ADM.0000000000000693.
- King, Dk. 1988. « Multiple Jeopardy, Multiple Consciousness - the Context of a Black Feminist Ideology ». *Signs* 14(1):42-72. doi: 10.1086/494491.
- Kitching, George Tjensvoll, Michelle Firestone, Berit Schei, Sara Wolfe, Cheryllee Bourgeois, Patricia O'Campo, Michael Rotondi, Rosane Nisenbaum, Raglan Maddox, et Janet Smylie. 2020. « Unmet Health Needs and Discrimination by Healthcare Providers among an Indigenous Population in Toronto, Canada ». *Canadian Journal of Public Health-Revue Canadienne De Sante Publique* 111(1):40-49. doi: 10.17269/s41997-019-00242-z.
- Knaak, Stephanie, Thomas Ungar, et Scott Patten. 2015. « Seeing Is Believing: Biological Information May Reduce Mental Health Stigma amongst Physicians ». *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 49(8):751-52. doi: 10.1177/0004867415584643.
- Kolb, Kristen, Jianfang Liu, et Kasey Jackman. 2022. « Stigma towards Patients with Mental Illness: An Online Survey of United States Nurses ». *International Journal of Mental Health Nursing*. doi: 10.1111/inm.13084.
- Konczal, Lisa, et Leah Varga. 2012. « Structural Violence and Compassionate Compatriots: Immigrant Health Care in South Florida ». *Ethnic and Racial Studies* 35(1):88-103. doi: 10.1080/01419870.2011.594169.
- Kopera, Maciej, Hubert Suszek, Erin Bonar, Maciej Myszk, Bartłomiej Gmaj, Mark Ilgen, et Marcin Wojnar. 2015. « Evaluating Explicit and Implicit Stigma of Mental Illness in Mental Health Professionals and Medical Students ». *Community Mental Health Journal* 51(5):628-34. doi: 10.1007/s10597-014-9796-6.
- Kydd, Angela, et Anne Fleming. 2015. « Ageism and Age Discrimination in Health Care: Fact or Fiction? A Narrative Review of the Literature ». *Maturitas* 81(4):432-38. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.05.002.
- Lagu, Tara, Carol Haywood, Kimberly Reimold, Christene DeJong, Robin Walker Sterling, et Lisa I. Iezzoni. 2022. « 'I Am Not The Doctor For You': Physicians' Attitudes About Caring For People With Disabilities ». *Health Affairs* 41(10):1387-95. doi: 10.1377/hlthaff.2022.00475.
- Lappeman, Maura, et Leslie Swartz. 2021. « How Gentle Must Violence Against Women Be in Order to Not Be Violent? Rethinking the Word "Violence" in Obstetric Settings ». *Violence Against Women* 27(8):987-1000. doi: 10.1177/1077801221996444.

- Lawrence, Blake J., Deborah Kerr, Christina M. Pollard, Mary Theophilus, Elise Alexander, Darren Haywood, et Moira O'Connor. 2021. « Weight Bias among Health Care Professionals: A Systematic Review and Meta-Analysis ». *Obesity (Silver Spring, Md.)* 29(11):1802-12. doi: 10.1002/oby.23266.
- Lerner, Melvin J., et Dale T. Miller. 1978. « Just World Research and the Attribution Process: Looking Back and Ahead ». *Psychological Bulletin* 85(5):1030-51.
- Lerner, Melvin J., et Carolyn H. Simmons. 1966. « Observer's reaction to the "innocent victim": Compassion or rejection? » *Journal of Personality and Social Psychology* 4(2):203-10. doi: 10.1037/h0023562.
- Lev, Sagit, Pnina Dolberg, et Barbara Lang. 2022. « "They Just Did What They Usually Do": Mistreatment, Abuse, and Neglect in Nursing Homes from the Perspective of Ministry of Health Auditing Teams ». *Geriatric Nursing* 48:24-31. doi: 10.1016/j.gerinurse.2022.08.005.
- Liese, Kylea L., Robbie Davis-Floyd, Karie Stewart, et Melissa Cheyney. 2021. « Obstetric Iatrogenesis in the United States: The Spectrum of Unintentional Harm, Disrespect, Violence, and Abuse ». *Anthropology & Medicine* 28(2):188-204. doi: 10.1080/13648470.2021.1938510.
- Lindroth, Malin. 2016. « 'Competent Persons Who Can Treat You with Competence, as Simple as That' – an Interview Study with Transgender People on Their Experiences of Meeting Health Care Professionals ». *Journal of Clinical Nursing* 25(23-24):3511-21. doi: 10.1111/jocn.13384.
- Link, B. G., et J. C. Phelan. 2001. « Conceptualizing Stigma ». *Annual Review of Sociology* 27:363-85. doi: 10.1146/annurev.soc.27.1.363.
- Lloyd, Liz, Albert Banerjee, Charlene Harrington, Jacobsen Frode F., et Marta Szebehely. 2014. « It is a scandal! Comparing the causes and consequences of nursing home media scandals in five countries ». *International Journal of Sociology and Social Policy* 34(1/2):2-18. doi: 10.1108/IJSSP-03-2013-0034.
- Lodewijkx, Hein F. M., Tim Wildschut, Bernard A. Nijstad, Wim Savenije, et Marieke Smit. 2001. « In a Violent World a Just World Makes Sense: The Case of "Senseless Violence" in The Netherlands ». *Social Justice Research* 14(1):79-94.
- López, Javier, Gema Pérez-Rojo, Cristina Noriega, et Cristina Velasco. 2021. « Personal and Work-Related Factors Associated with Good Care for Institutionalized Older Adults ». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(2):820. doi: 10.3390/ijerph18020820.
- Loughlin, Michael, Luna Dolezal, Phil Hutchinson, Supriya Subramani, Raffaella Milani, et Caroline Lafarge. 2022. « Philosophy and the Clinic: Stigma, Respect and Shame ». *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 28(5):705-10. doi: 10.1111/jep.13755.
- Luck-Sikorski, Claudia, Georg Schomerus, Thomas Jochum, et Steffi G. Riedel-Heller. 2018. « Layered Stigma? Co-Occurring Depression and Obesity in the Public Eye ». *Journal of Psychosomatic Research* 106:29-33. doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.01.003.
- Lynch, Julia. 2020. « Theorizing Regimes of Inequality ». P. 27-47 in *Regimes of inequality*.

- MacDuffie, Katherine E., Arika Patneade, Shaquita Bell, Alicia Adiele, Neena Makhija, Benjamin Wilfond, et Douglas Opel. 2022. « Addressing Racism in the Healthcare Encounter: The Role of Clinical Ethics Consultants ». *Bioethics* 36(3):313-17. doi: 10.1111/bioe.13008.
- MacKinnon, Catharine A. 2013. « Intersectionality as Method: A Note ». *Signs* 38(4):1019-30. doi: 10.1086/669570.
- Mahabir, Deb F., Patricia O'Campo, Aisha Lofters, Ketan Shankardass, Christina Salmon, et Carles Muntaner. 2021. « Classism and Everyday Racism as Experienced by Racialized Health Care Users: A Concept Mapping Study ». *International Journal of Health Services* 51(3):350-63. doi: 10.1177/002073142111014782.
- Maina, Ivy W., Tanisha D. Belton, Sara Ginzberg, Ajit Singh, et Tiffani J. Johnson. 2018. « A decade of studying implicit racial/ethnic bias in healthcare providers using the implicit association test ». *Social Science & Medicine* 199:219-29. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.05.009.
- Malet, S., C. Choux, M. Akrich, E. Simon, et P. Sagot. 2020. « Mistreatment during childbirth: A prospective multicentric survey among women in maternities in Burgundy ». *Gynecologie Obstetrique Fertilité & Senologie* 48(11):790-99. doi: 10.1016/j.gofs.2020.04.012.
- Malterud, Kirsti, et Kjersti Ulriksen. 2011. « Obesity, Stigma, and Responsibility in Health Care: A Synthesis of Qualitative Studies ». *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 6(4):8404. doi: 10.3402/qhw.v6i4.8404.
- Martínez-Galiano, Juan Miguel, Sergio Martínez-Vázquez, Julian Rodríguez-Almagro, et Antonio Hernández-Martínez. 2021. « The Magnitude of the Problem of Obstetric Violence and Its Associated Factors: A Cross-Sectional Study ». *Women and Birth* 34(5):E526-36. doi: 10.1016/j.wombi.2020.10.002.
- Massé, Raymond. 2003. *Éthique et santé publique: enjeux, valeurs et normativité*. Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université Laval.
- Mathur, Vani A., Zina Trost, Miriam O. Ezenwa, John A. Sturgeon, et Anna M. Hood. 2022. « Mechanisms of Injustice: What We (Do Not) Know about Racialized Disparities in Pain ». *Pain* 163(6):999-1005. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002528.
- Matin, Behzad Karami, Heather J. Williamson, Ali Kazemi Karyani, Satar Rezaei, Moslem Soofi, et Shahin Soltani. 2021. « Barriers in Access to Healthcare for Women with Disabilities: A Systematic Review in Qualitative Studies ». *Bmc Womens Health* 21(1):44. doi: 10.1186/s12905-021-01189-5.
- McCall, L. 2005. « The Complexity of Intersectionality ». *Signs* 30(3):1771-1800. doi: 10.1086/426800.
- Mcdougall, Rosalind. 2014. « Systematic Reviews in Bioethics: Types, Challenges, and Value ». *Journal of Medicine and Philosophy* 39(1):89-97.
- McDougall, Rosalind. 2015. « Reviewing Literature in Bioethics Research: Increasing Rigour in Non-Systematic Reviews ». *Bioethics* 29(7):523-28. doi: 10.1111/bioe.12149.

- McNeil, Sandra R. 2021. « Understanding Substance Use Stigma ». *Journal of Social Work Practice in the Addictions* 21(1):83-96. doi: 10.1080/1533256X.2021.1890904.
- Meads, Catherine, Ros Hunt, Adam Martin, et Justin Varney. 2019. « A Systematic Review of Sexual Minority Women's Experiences of Health Care in the UK ». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16(17):3032. doi: 10.3390/ijerph16173032.
- Medvedyuk, Stella, Piara Govender, et Dennis Raphael. 2021. « The Reemergence of Engels' Concept of Social Murder in Response to Growing Social and Health Inequalities ». *Social Science & Medicine* 289:114377. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.114377.
- Meng, Na, Xia Huang, Jingjun Wang, Mengmeng Wang, et Ya Wang. 2022. « The Factors and Outcomes of Stigma toward Mental Disorders among Medical and Nursing Students: A Cross-Sectional Study ». *BMC Psychiatry* 22(1):357. doi: 10.1186/s12888-022-03996-y.
- Metzl, Jonathan M., et Dorothy E. Roberts. 2014. « Structural Competency Meets Structural Racism: Race, Politics, and the Structure of Medical Knowledge ». *AMA Journal of Ethics* 16(9):674-90. doi: 10.1001/virtualmentor.2014.16.9.spec1-1409.
- Mizock, Lauren, et Zlatka Russinova. 2015. « Intersectional Stigma and the Acceptance Process of Women with Mental Illness ». *Women & Therapy* 38(1-2):14-30. doi: 10.1080/02703149.2014.978211.
- Morin, Edgar. 2005. *Introduction à la pensée complexe*. 2. éd. Paris: Ed. du Seuil.
- Morris, Theresa, Joan H. Robinson, Keridwyn Spiller, et Amanda Gomez. 2021. « "Screaming, « No! No! » It Was Literally Like Being Raped": Connecting Sexual Assault Trauma and Coerced Obstetric Procedures ». *Social Problems*. doi: 10.1093/socpro/spab024.
- Murney, Maureen A., Jaime C. Sapag, Sireesha J. Bobbili, et Akwatu Khenti. 2020. « Stigma and discrimination related to mental health and substance use issues in primary health care in Toronto, Canada: a qualitative study ». *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 15(1):1744926. doi: 10.1080/17482631.2020.1744926.
- Myhre, Janne, Wenche Karin Malmedal, Susan Saga, Joan Ostaszkievicz, et Sigrid Nakrem. 2020. « Nursing Home Leaders' Perception of Factors Influencing the Reporting of Elder Abuse and Neglect: A Qualitative Study ». *Journal of Health Organization and Management* ahead-of-print(ahead-of-print). doi: 10.1108/JHOM-02-2020-0031.
- Myhre, Janne, Susan Saga, Wenche Malmedal, Joan Ostaszkievicz, et Sigrid Nakrem. 2020a. « Elder Abuse and Neglect: An Overlooked Patient Safety Issue. A Focus Group Study of Nursing Home Leaders' Perceptions of Elder Abuse and Neglect ». *BMC Health Services Research* 20(1):199. doi: 10.1186/s12913-020-5047-4.
- Myhre, Janne, Susan Saga, Wenche Malmedal, Joan Ostaszkievicz, et Sigrid Nakrem. 2020b. « React and Act: A Qualitative Study of How Nursing Home Leaders Follow up on Staff-to-Resident Abuse ». *Bmc Health Services Research* 20(1):1111. doi: 10.1186/s12913-020-05969-x.

- Nagels, Marc. 2017. « Le jugement clinique est un schéma. Propositions conceptuelles et perspectives en formation ». *Recherches en soins infirmiers* (129):6-17.
- Nagpal, Taniya S., Rebecca H. Liu, Maxine Myre, Laura Gaudet, Jocelynn Cook, Danilo F. da Silva, et Kristi B. Adamo. 2022. « Weight Stigma and Prenatal Physical Activity: Exploring the Perspectives of Pregnant Women Living with Obesity ». *Midwifery* 104:103186. doi: 10.1016/j.midw.2021.103186.
- Nagpal, Taniya S., Danilo F. da Silva, Rebecca H. Liu, Maxine Myre, Laura Gaudet, Jocelynn Cook, et Kristi B. Adamo. 2021. « Women's Suggestions for How To Reduce Weight Stigma in Prenatal Clinical Settings ». *Nursing for Women's Health* 25(2):112-21. doi: 10.1016/j.nwh.2021.01.008.
- Neely, Eva, Briony Raven, Lesley Dixon, Carol Bartle, et Carmen Timu-Parata. 2020. « "Ashamed, Silent and Stuck in a System"-Applying a Structural Violence Lens to Midwives' Stories on Social Disadvantage in Pregnancy ». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(24):9355. doi: 10.3390/ijerph17249355.
- Neuberg, Marijana, Veronika Pudmej Esegovic, Mateja Krizaj, Tina Cikac, et Tomislav Mestrovic. 2022. « Abuse and Neglect of Older People in Health Facilities from the Perspective of Nursing Professionals: A Cross-Sectional Study from Croatia ». *International Journal of Older People Nursing* e12484. doi: 10.1111/opn.12484.
- Niles, P. Mimi, Kathrin Stoll, Jessie J. Wang, Stephanie Black, et Saraswathi Vedam. 2021. « "I fought My Entire Way": Experiences of Declining Maternity Care Services in British Columbia ». *Plos One* 16(6):e0252645. doi: 10.1371/journal.pone.0252645.
- Nong, Paige, Minakshi Raj, Melissa Creary, Sharon L. R. Kardia, et Jody E. Platt. 2020. « Patient-Reported Experiences of Discrimination in the US Health Care System ». *JAMA Network Open* 3(12):e2029650. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.29650.
- Odhambo, Apondi J., Lisa Forman, LaRon E. Nelson, Patricia O'Campo, et Daniel Grace. 2022. « Legislatively Excluded, Medically Uninsured and Structurally Violated: The Social Organization of HIV Healthcare for African, Caribbean and Black Immigrants with Precarious Immigration Status in Toronto, Canada ». *Qualitative Health Research* 32(5):847-65. doi: 10.1177/10497323221082958.
- O'Donoghue, Grainne, Caitriona Cunningham, Melvina King, Chantel O'Keefe, Andrew Rofaeil, et Sinead McMahon. 2021. « A Qualitative Exploration of Obesity Bias and Stigma in Irish Healthcare; the Patients' Voice ». *PloS One* 16(11):e0260075. doi: 10.1371/journal.pone.0260075.
- OIIQ. 2022. « Réponses aux propositions AGA 2021 ».
- Okoro, Olihe N., Lisa A. Hillman, et Alina Cernasev. 2020. « "We get double slammed!": Healthcare experiences of perceived discrimination among low-income African-American women ». *Women's Health* 16:1745506520953348. doi: 10.1177/1745506520953348.
- Oliver, Tracy L., Bing-Bing Qi, Lisa K. Diewald, Rebecca Shenkman, et Peter G. Kaufmann. 2022. « Development of a Weight Bias Reduction Intervention for Third-Year Nursing Students ». *Clinical Obesity* 12(2):e12498. doi: 10.1111/cob.12498.

- Ordan, Revital, Ron Shor, Michal Liebergall-Wischnitzer, Lawrence Noble, et Anita Noble. 2017. « Nurses' Professional Stigma and Attitudes towards Postpartum Women with Severe Mental Illness ». *Journal of Clinical Nursing* 27(7-8):1543-51. doi: 10.1111/jocn.14179.
- Pearl, R. L., T. A. Wadden, J. Shaw Tronieri, A. M. Chao, N. Alamuddin, et R. I. Berkowitz. 2018. « Everyday Discrimination in a Racially Diverse Sample of Patients with Obesity ». *Clinical Obesity* 8(2):140-46. doi: 10.1111/cob.12235.
- Pelleboer-Gunnink, H. A., W. M. W. J. Van Oorsouw, J. Van Weeghel, et P. J. C. M. Embregts. 2017. « Mainstream Health Professionals' Stigmatising Attitudes towards People with Intellectual Disabilities: A Systematic Review ». *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR* 61(5):411-34. doi: 10.1111/jir.12353.
- Phelan, Sean M., Rebecca M. Puhl, Sara E. Burke, Rachel Hardeman, John F. Dovidio, David B. Nelson, Julia Przedworski, Diana J. Burgess, Sylvia Perry, Mark W. Yeazel, et Michelle van Ryn. 2015. « The Mixed Impact of Medical School on Medical Students' Implicit and Explicit Weight Bias ». *Medical Education* 49(10):983-92. doi: 10.1111/medu.12770.
- van der Pijl, Marit S. G., Martine H. Hollander, Tineke van der Linden, Rachel Verweij, Lianne Holten, Elselyjn Kingma, Ank de Jonge, et Corine J. M. Verhoeven. 2020. « Left Powerless: A Qualitative Social Media Content Analysis of the Dutch #breakthesilence Campaign on Negative and Traumatic Experiences of Labour and Birth ». *Plos One* 15(5):e0233114. doi: 10.1371/journal.pone.0233114.
- van der Pijl, Marit S. G., Corine J. M. Verhoeven, Rachel Verweij, Tineke van der Linden, Elselyjn Kingma, Martine H. Hollander, et Ank de Jonge. 2022. « Disrespect and Abuse during Labour and Birth amongst 12,239 Women in the Netherlands: A National Survey ». *Reproductive Health* 19(1):160. doi: 10.1186/s12978-022-01460-4.
- Platts-Mills, Timothy F., Kristen Barrio, Erin E. Isenberg, et Larry T. Glickman. 2014. « Emergency Physician Identification of a Cluster of Elder Abuse in Nursing Home Residents ». *Annals of Emergency Medicine* 64(1):99-100. doi: 10.1016/j.annemergmed.2014.03.023.
- Poon, Man-Yuk, et Marie Tarrant. 2009. « Obesity: Attitudes of Undergraduate Student Nurses and Registered Nurses ». *Journal of Clinical Nursing* 18(16):2355-65. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02709.x.
- Post, Lori, Connie Page, Thomas Conner, Artem Prokhorov, Yu Fang, et Brian J. Biroscak. 2010. « Elder Abuse in Long-Term Care: Types, Patterns, and Risk Factors ». *Research on Aging* 32(3):323-48. doi: 10.1177/0164027509357705.
- Puhl, R. M., JD Latner, S. Luedicke, et M. Forhan. 2015. « A Multinational Examination of Weight Bias: Predictors of Anti-Fat Attitudes across Four Countries ». *International Journal of Obesity* (39):1166-73.
- Puhl, Rebecca M., et Chelsea A. Heuer. 2010. « Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health ». *American Journal of Public Health* 100(6):1019-28. doi: 10.2105/AJPH.2009.159491.

- Puhl, Rebecca M., Mary S. Himmelstein, Jessica L. Hateley-Browne, et Jane Speight. 2020. « Weight Stigma and Diabetes Stigma in U.S. Adults with Type 2 Diabetes: Associations with Diabetes Self-Care Behaviors and Perceptions of Health Care ». *Diabetes Research and Clinical Practice* 168:108387. doi: 10.1016/j.diabres.2020.108387.
- Rand, Kathryn, Michael Vallis, Megan Aston, Sheri Price, Helena Piccinini-Vallis, Laurene Rehman, et Sara F. L. Kirk. 2017. « "It Is Not the Diet; It Is the Mental Part We Need Help with." A Multilevel Analysis of Psychological, Emotional, and Social Well-Being in Obesity ». *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 12(1):1306421. doi: 10.1080/17482631.2017.1306421.
- Raphael, Dennis, Toba Bryant, Piara Govender, Stella Medvedyuk, et Zsofia Mendly-Zambo. 2022. « Desperately Seeking Reductions in Health Inequalities in Canada: Polemics and Anger Mobilization as the Way Forward? ». *Sociology of Health & Illness* 44(1):130-46. doi: 10.1111/1467-9566.13399.
- Ray, Lana, Lloy Wylie, et Ann Marie Corrado. 2022. « Shapeshifters, Systems Thinking and Settler Colonial Logic: Expanding the Framework of Analysis of Indigenous Health Equity ». *Social Science & Medicine* 300:114422. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.114422.
- Raynaud, Philippe, éd. 2005. *Dictionnaire de philosophie politique*. 3. éd. complétée, 2. tir. Paris: Presses Univ. de France.
- Recto, Pamela, Kelly McGlothen-Bell, Jacqueline McGrath, Elizabeth Brownell, et Lisa M. Cleveland. 2020. « The Role of Stigma in the Nursing Care of Families Impacted by Neonatal Abstinence Syndrome ». *Advances in Neonatal Care* 20(5):354-63. doi: 10.1097/ANC.0000000000000778.
- Reilly, Johanna, Iris Ho, et Andrea Williamson. 2022. « A Systematic Review of the Effect of Stigma on the Health of People Experiencing Homelessness ». *Health & Social Care in the Community* 2128-41. doi: 10.1111/hsc.13884.
- Rice, Kathleen. 2022. « Re-Centering Relationships: Obstetric Violence, Health Care Rationalities, and Pandemic Childbirth in Canada ». *Medical Anthropology Quarterly* 1-17. doi: 10.1111/maq.12739.
- Ricks, Tiffany N., Christine Abbyad, et Elizabeth Polinard. 2022. « Undoing Racism and Mitigating Bias Among Healthcare Professionals: Lessons Learned During a Systematic Review ». *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities* 9(5):1990-2000. doi: 10.1007/s40615-021-01137-x.
- Rivera-Segarra, Eliut, Nelson Varas-Díaz, et Axel Santos-Figueroa. 2019. « "That's All Fake": Health Professionals Stigma and Physical Healthcare of People Living with Serious Mental Illness ». *PLoS One* 14(12):e0226401. doi: 10.1371/journal.pone.0226401.
- Robstad, Nastasja, Ulrika Söderhamn, et Liv Fegran. 2018. « Intensive Care Nurses' Experiences of Caring for Obese Intensive Care Patients: A Hermeneutic Study ». *Journal of Clinical Nursing* 27(1-2):386-95. doi: 10.1111/jocn.13937.
- Rodríguez Madera, Sheilla L., Nelson Varas Díaz, Mark Padilla, Xida Ramos Pibernus, Torsten B. Neilands, Eliut Rivera Segarra, Carmen M. Velázquez, et Walter Bockting. 2019. « "Just Like Any Other

- Patient": Transgender Stigma among Physicians in Puerto Rico ». *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 30(4):1518-42. doi: 10.1353/hpu.2019.0089.
- Ross, Kathryn M., Victoria A. Shivy, et Suzanne E. Mazzeo. 2009. « Ambiguity and Judgments of Obese Individuals: No News Could Be Bad News ». *Eating Behaviors* 10(3):152-56. doi: 10.1016/j.eatbeh.2009.03.008.
- Roze, Virginie, et Clemence Schantz. 2021. « Gynecological and Obstetric Violence: The Construction of a Political and Public Health Issue ». *Sante Publique* 33(5):629-34. doi: 10.3917/spub.215.0629.
- Rubin, Z., et La Peplau. 1975. « Who Believes in a Just World ». *Journal of Social Issues* 31(3):65-89. doi: 10.1111/j.1540-4560.1975.tb00997.x.
- Sabin, Janice A., Maddalena Marini, et Brian A. Nosek. 2012. « Implicit and Explicit Anti-Fat Bias among a Large Sample of Medical Doctors by BMI, Race/Ethnicity and Gender ». *PLOS ONE* 7(11):7. doi: 10.1371/journal.pone.0048448.
- Sabin, Janice A., Kelly Moore, Carolyn Noonan, Odile Lallemand, et Dedra Buchwald. 2015. « Clinicians' Implicit and Explicit Attitudes about Weight and Race and Treatment Approaches to Overweight for American Indian Children ». *Childhood Obesity (Print)* 11(4):456-65. doi: 10.1089/chi.2014.0125.
- Saga, Susan, Lene Elisabeth Blekken, Sigrid Nakrem, et Astrid Sandmoe. 2021. « Relatives' Experiences with Abuse and Neglect in Norwegian Nursing Homes. A Qualitative Study ». *Bmc Health Services Research* 21(1):684. doi: 10.1186/s12913-021-06713-9.
- Saguy, Abigail C., David Frederick, et Kjerstin Gruys. 2014. « Reporting Risk, Producing Prejudice: How News Reporting on Obesity Shapes Attitudes about Health Risk, Policy, and Prejudice ». *Social Science & Medicine (1982)* 111:125-33. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.03.026.
- Saif-Ur-Rahman, K. M., Razib Mamun, Erik Eriksson, Yupeng He, et Yoshihisa Hirakawa. 2021. « Discrimination against the Elderly in Health-Care Services: A Systematic Review ». *Psychogeriatrics: The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society* 21(3):418-29. doi: 10.1111/psyg.12670.
- Salter, Cynthia L., Abisola Olaniyan, Dara D. Mendez, et Judy C. Chang. 2021. « Naming Silence and Inadequate Obstetric Care as Obstetric Violence Is a Necessary Step for Change ». *Violence Against Women* 27(8):1019-27. doi: 10.1177/1077801221996443.
- Sanchez, Élise, et Marie Boiseau. 2021. « Quand le poids est politique ». *Ballast* (11):101-9. doi: 10.3917/ball.011.0101.
- Schnitzer, Kristina, Flannery Merideth, Wendy Macias-Konstantopoulos, Douglas Hayden, Derri Shtasel, et Suzanne Bird. 2020. « Disparities in Care: The Role of Race on the Utilization of Physical Restraints in the Emergency Setting ». *Academic Emergency Medicine* 27(10):943-50. doi: 10.1111/acem.14092.
- Schwenke, Maria, Melanie Lupp, Alexander Pabst, Franziska D. Welzel, Margrit Löbner, Claudia Luck-Sikorski, Anette Kersting, Matthias Blüher, et Steffi G. Riedel-Heller. 2020. « Attitudes and

- Treatment Practice of General Practitioners towards Patients with Obesity in Primary Care ». *BMC Family Practice* 21(1):169. doi: 10.1186/s12875-020-01239-1.
- Sedney, Cara L., Patricia Dekeseredy, Sarah A. Singh, et Monika Holbein. 2023. « Stigmatizing Language Expressed Towards Individuals With Current or Previous OUD Who Have Pain and Cancer: A Qualitative Study ». *Journal of Pain and Symptom Management*. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2023.02.007.
- Seelman, Kristie L., Andre Vasi, Shanna K. Kattari, et Luis R. Alvarez-Hernandez. 2021. « Predictors of healthcare mistreatment among transgender and gender diverse individuals: Are there different patterns by patient race and ethnicity? » *Social Work in Health Care* 60(5):411-29. doi: 10.1080/00981389.2021.1909201.
- Sens, Maristela Muller, et Ana Maria Nunes de Faria Stamm. 2019. « Physicians' Perception of the Dimensions of Obstetric and/or Institutional Violence ». *Interface-Comunicacao Saude Educacao* 23:UNSP e170915. doi: 10.1590/Interface.170915.
- Sheppard, Amanda J., Gabriel D. Shapiro, Tracey Bushnik, Russell Wikings, Serenity Perry, Jay S. Kaufman, Michael S. Kramer, et Seungmi Yang. 2020. *Birth Outcomes among First Nations, Inuit and Métis Populations*. Statistique Canada.
- Shrivastava, Surbhi, et Muthusamy Sivakami. 2020. « Evidence of "obstetric Violence" in India: An Integrative Review ». *Journal of Biosocial Science* 52(4):610-28. doi: 10.1017/S0021932019000695.
- Sikorski, Claudia, Melanie Lupp, Heide Glaesmer, Elmar Brähler, Hans-Helmut König, et Steffi G. Riedel-Heller. 2013. « Attitudes of Health Care Professionals towards Female Obese Patients ». *Obesity Facts* 6(6):512-22. doi: 10.1159/000356692.
- Singh, Karpaul, Shelly Russell-Mayhew, Kristin von Ranson, et Lindsay McLaren. 2019. « Is There More to the Equation? Weight Bias and the Costs of Obesity ». *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Sante Publique* 110(1):17-20. doi: 10.17269/s41997-018-0146-2.
- Sirma, Bilge. 2009. « Theorisations féministes de l'intersectionnalité ». *Presses Universitaires de France* (225):70-88. doi: 10.3917/dio.225.0070.
- Skosireva, Anna, Patricia O'Campo, Suzanne Zerger, Catharine Chambers, Susan Gapka, et Vicky Stergiopoulos. 2014. « Different faces of discrimination: perceived discrimination among homeless adults with mental illness in healthcare settings ». *BMC Health Services Research* 14(1):376. doi: 10.1186/1472-6963-14-376.
- Smith, Daisy, Lyndal Bugeja, Nicola Cunningham, et Joseph E. Ibrahim. 2018. « A Systematic Review of Sexual Assaults in Nursing Homes ». *Gerontologist* 58(6):E369-83. doi: 10.1093/geront/gnx022.
- Smith-Oka, Vania. 2022. « Cutting Women: Unnecessary Cesareans as Iatrogenesis and Obstetric Violence ». *Social Science & Medicine* 296:114734. doi: 10.1016/j.socscimed.2022.114734.

- Snyder, Morgan, Kelly Haskard-Zolnierrek, Krista Howard, et Yueqin Hu. 2022. « Weight Stigma Is Associated with Provider-Patient Relationship Factors and Adherence for Individuals with Hypothyroidism ». *Journal of Health Psychology* 27(3):702-12. doi: 10.1177/1359105320963548.
- Solmi, Marco, Umberto Granzio, Andrea Danieli, Alberto Frasson, Leonardo Meneghetti, Roberta Ferranti, Maria Zordan, Beatrice Salvetti, Andreas Conca, Silvia Salcuni, et Leonardo Zaninotto. 2020. « Predictors of Stigma in a Sample of Mental Health Professionals: Network and Moderator Analysis on Gender, Years of Experience, Personality Traits, and Levels of Burnout ». *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists* 63(1):e4. doi: 10.1192/j.eurpsy.2019.14.
- Stanton, Mary Ellen, et Aparajita Gogoi. 2022. « Dignity and Respect in Maternity Care ». *Bmj Global Health* 5(SUPPL_2):e009023. doi: 10.1136/bmjgh-2022-009023.
- Stoeklé, H. C., et C. Hervé. 2020. « Bioéthique: étude de phénomènes sociaux complexes ». *Ethics, Medicine and Public Health* 15:100577. doi: 10.1016/j.jemep.2020.100577.
- Stroumsa, Daphna, Deirdre A. Shires, Caroline R. Richardson, Kim D. Jaffee, et Michael R. Woodford. 2019. « Transphobia Rather than Education Predicts Provider Knowledge of Transgender Health Care ». *Medical Education* 53(4):398-407. doi: 10.1111/medu.13796.
- Swift, J. A., S. Hanlon, L. El-Redy, R. M. Puhl, et C. Glazebrook. 2013. « Weight Bias among UK Trainee Dietitians, Doctors, Nurses and Nutritionists ». *Journal of Human Nutrition and Dietetics: The Official Journal of the British Dietetic Association* 26(4):395-402. doi: 10.1111/jhn.12019.
- Tanas, Rita, Begoña Gil, Maria Marsella, Paulina Nowicka, Valdo Pezzoli, Sean M. Phelan, Sara Queirolo, Fatima Cody Stanford, Massimo Pettoello-Mantovani, et Sergio Bernasconi. 2022. « Addressing Weight Stigma and Weight-Based Discrimination in Children: Preparing Pediatricians to Meet the Challenge ». *The Journal of Pediatrics* 248:135-136.e3. doi: 10.1016/j.jpeds.2022.06.011.
- Tomlinson, Barbara. 2013. « To Tell the Truth and Not Get Trapped: Desire, Distance, and Intersectionality at the Scene of Argument ». *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 38(4):993-1017. doi: 10.1086/669571.
- Tyerman, Jane, Autumn-Lee Patovirta, et Ann Celestini. 2021. « How Stigma and Discrimination Influences Nursing Care of Persons Diagnosed with Mental Illness: A Systematic Review ». *Issues in Mental Health Nursing* 42(2):153-63. doi: 10.1080/01612840.2020.1789788.
- Urbanoski, Karen, Bernadette Pauly, Dakota Inglis, Fred Cameron, Troy Haddad, Jack Phillips, Paige Phillips, Conor Rosen, Grant Schlotter, Elizabeth Hartney, et Bruce Wallace. 2020. « Defining Culturally Safe Primary Care for People Who Use Substances: A Participatory Concept Mapping Study ». *Bmc Health Services Research* 20(1):1060. doi: 10.1186/s12913-020-05915-x.
- Valenti, Emanuele, et Domenico Giacco. 2022. « Persuasion or Coercion? An Empirical Ethics Analysis about the Use of Influence Strategies in Mental Health Community Care ». *Bmc Health Services Research* 22(1):1273. doi: 10.1186/s12913-022-08555-5.
- Valery, Kevin-Marc, Louis Violeau, Thomas Fournier, Florence Yvon, Sophie Arfeuillere, Julien Bonilla-Guerrero, Aude Caria, Antonin Carrier, Jean-Marc Destailats, Alice Follenfant, Sonia Laberon,

- Nadeja Lalbin-Wander, Eric Martinez, Bérénice Staedel, Roselyne Touroude, Luc Vigneault, Solenne Roux, et Antoinette Prouteau. 2022. « Part of the Solution yet Part of the Problem: Factors of Schizophrenia Stigma in Mental Health Professionals ». *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 1-11. doi: 10.1080/13651501.2022.2129068.
- Vargas, Emily, Riley A. Marshall, et Ramaswami Mahalingam. 2021. « Capturing Women’s Voices: Lived Experiences of Incivility during Childbirth in the United States ». *Women & Health* 61(7):689-99. doi: 10.1080/03630242.2021.1957745.
- Vedam, Saraswathi, Kathrin Stoll, Tanya Khemet Taiwo, Nicholas Rubashkin, Melissa Cheyney, Nan Strauss, Monica McLemore, Micaela Cadena, Elizabeth Nethery, Eleanor Rushton, Laura Schummers, Eugene Declercq, Shafia Monroe, Paula Rojas, Marinah Farrell, Jacqueline Left Hand Bull, Roberta Eaglehorse, Claudia Booker, Vanessa Calderi, Michelle Goodwin, Zsakeba Henderson, et Jennie Joseph. 2019. « The Giving Voice to Mothers Study: Inequity and Mistreatment during Pregnancy and Childbirth in the United States ». *Reproductive Health* 16:77. doi: 10.1186/s12978-019-0729-2.
- Vigneault, Laura-Philippe, Ella Diendere, Catherine Sohier-Poirier, Margo Abi Hanna, Annie Poirier, et Maude St-Onge. 2021. « Acute Health Care among Indigenous Patients in Canada: A Scoping Review ». *International Journal of Circumpolar Health* 80(1):1946324. doi: 10.1080/22423982.2021.1946324.
- Vistorte, Angel O. Rojas, Wagner Ribeiro, Carolina Ziebold, Elson Asevedo, Sara Evans-Lacko, Jared W. Keeley, Daniel Almeida Gonçalves, Nataly Gutierrez Palacios, et Jair de Jesus Mari. 2018. « Clinical Decisions and Stigmatizing Attitudes towards Mental Health Problems in Primary Care Physicians from Latin American Countries ». *PloS One* 13(11):e0206440. doi: 10.1371/journal.pone.0206440.
- Vogel, Lauren. 2019. « Fat Shaming Is Making People Sicker and Heavier ». *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l’Association Médicale Canadienne* 191(23):E649. doi: 10.1503/cmaj.109-5758.
- Vonderhaar, Rebecca L., et Dianne Cyr Carmody. 2015. « There Are No “Innocent Victims”: The Influence of Just World Beliefs and Prior Victimization on Rape Myth Acceptance ». *Journal of Interpersonal Violence* 30(10):1615-32. doi: 10.1177/0886260514549196.
- Walby, Sylvia. 2007. « Complexity Theory, Systems Theory, and Multiple Intersecting Social Inequalities ». *Philosophy of the Social Sciences* 37(4):449-70. doi: 10.1177/0048393107307663.
- Wangmo, Tenzin, Karin Nordström, et Reto W. Kressig. 2017. « Preventing Elder Abuse and Neglect in Geriatric Institutions: Solutions from Nursing Care Providers ». *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)* 38(5):385-92. doi: 10.1016/j.gerinurse.2016.12.016.
- Wijayatunga, Nadeeja N., Youngdeok Kim, Winfield S. Butsch, et Emily J. Dhurandhar. 2019. « The Effects of a Teaching Intervention on Weight Bias among Kinesiology Undergraduate Students ». *International Journal of Obesity (2005)* 43(11):2273-81. doi: 10.1038/s41366-019-0325-0.
- Willey, Suzanne, Kath Desmyth, et Mandy Truong. 2022. « Racism, Healthcare Access and Health Equity for People Seeking Asylum ». *Nursing Inquiry* 29(1). doi: 10.1111/nin.12440.

- Wong, Ryan T., Bryan M. Cafferky, et Jedd P. Alejandro. 2022. « Chronic Disease and Elder Mistreatment: A Meta-Analysis ». *International Journal of Geriatric Psychiatry* 37(1). doi: 10.1002/gps.5640.
- Yılmaz, Hacı Ömer, et Nurcan Yabancı Ayhan. 2019. « Is There Prejudice against Obese Persons among Health Professionals? A Sample of Student Nurses and Registered Nurses ». *Perspectives in Psychiatric Care* 55(2):262-68. doi: 10.1111/ppc.12359.
- Yon, Yongjie, Maria Ramiro-Gonzalez, Christopher R. Mikton, Manfred Huber, et Dinesh Sethi. 2018. « The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis ». *European Journal of Public Health* 29(1):58-67. doi: 10.1093/eurpub/cky093.

Annexe : Tableau des résultats

Sauf exception, la recherche documentaire s'est effectuée entre novembre 2022 et février 2023.

Il est possible que des articles se trouvent dans deux tableaux si leur thème était abordé avec la même importance. Dans le cas contraire, l'article est classé selon son thème principal.

Violences obstétricales

Processus de sélection : Entre novembre 2022 et février 2023 : 59 articles (à partir des titres, thèmes, mots, clés) ont été sélectionnés et classés dans une bibliothèque du logiciel Zotero.

Après sélection : 39

Articles cités (par ordre de citation): 25

Auteurs, date, pays	Titre	Type d'article
Freedman et al. 2014 États-Unis	Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda	Conceptualisation
Shrivastava et Sivakami 2020 Inde	Evidence of 'obstetric violence' in India: an integrative review	Integrative review
Khalil et al. 2022 États-Unis	Exposing Obstetric Violence in the Eastern Mediterranean Region: A Review of Women's Narratives of Disrespect and Abuse in Childbirth	Revue
Giacomozzi et al. 2021 Pays-Bas	Standing up for your birth rights: An intersectional comparison of obstetric violence and birth positions between Quichua and Egyptian women	Revue
Heys et al. 2021 UK	'I know my place'; a meta-ethnographic synthesis of disadvantaged and vulnerable women's negative experiences of maternity care in high-income countries	Méta-analyse
Betron et al. 2018 États-Unis	Expanding the agenda for addressing mistreatment in maternity care: a mapping review and gender analysis	Mapping review
Vedam et al. 2019 États-Unis	The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States	Mixte
Martinez-Galiano et al. 2021 Espagne	The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study	Quantitative

Malet et al. 2020 France	Mistreatment during childbirth: A prospective multicentric survey among women in maternities in Burgundy	Quantitative
van der Pijl et al. 2022 Pays-Bas	Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands: a national survey	Quantitative
Lappeman et Swartz 2021 Afrique du Sud	How Gentle Must Violence Against Women Be in Order to Not Be Violent? Rethinking the Word "Violence" in Obstetric Settings	Qualitative
Chadwick 2021 Afrique du Sud	The Dangers of Minimizing Obstetric Violence Comment	Commentaire
Salter et al. 2021 États-Unis	Naming Silence and Inadequate Obstetric Care as Obstetric Violence is a Necessary Step for Change	Commentaire
Vargas et al. 2021 États-Unis	Capturing women's voices: lived experiences of incivility during childbirth in the United States	Qualitative
Morris et al. 2021 États-Unis	"Screaming, 'No! No!' It was Literally Like Being Raped": Connecting Sexual Assault Trauma and Coerced Obstetric Procedures	Qualitative
Briceno Morales et al. 2018 Colombie	Neither Medicine Nor Health Care Staff Members Are Violent By Nature: Obstetric Violence From an Interactionist Perspective	Qualitative
van der Pijl et al. 2020 Pays-Bas	Left powerless: A qualitative social media content analysis of the Dutch #breakthesilence campaign on negative and traumatic experiences of labour and birth	Qualitative
Annborn et Finnbogadottir 2022 Suède	Obstetric violence a qualitative interview study	Qualitative
Liese et al. 2021 États-Unis	Obstetric iatrogenesis in the United States: the spectrum of unintentional harm, disrespect, violence, and abuse	Qualitative
Niles et al. 2021 Canada	"I fought my entire way": Experiences of declining maternity care services in British Columbia	Qualitative
Rozee et Schantz 2021 France	Gynecological and obstetric violence: the construction of a political and public health issue	Analyse conceptuelle
Fielding-Singh et Dmowska 2022 États-Unis	Obstetric gaslighting and the denial of mothers' realities	Qualitative

Ballesteros 2022 Espagne	A stigmatizing dilemma in the labour room: Irrationality or selfishness?	Analyse conceptuelle
Neely et al. 2020 Nouvelle-Zelande	"Ashamed, Silent and Stuck in a System"-Applying a Structural Violence Lens to Midwives' Stories on Social Disadvantage in Pregnancy	Qualitative
Ordan et al. 2017 Israel	Nurses' professional stigma and attitudes towards postpartum women with severe mental illness	Quantitative
Kantrowitz-Gordon et al. 2022 États-Unis	Exploring Perinatal Nursing Care for Opioid Use Disorder: Knowledge, Stigma, and Compassion	Quantitative
Recto et al. 2020 États-Unis	The Role of Stigma in the Nursing Care of Families Impacted by Neonatal Abstinence Syndrome	Revue
Dieterich et al. 2022 États-Unis	She "didn't see my weight; she saw me, a mom who needed help breastfeeding": Perceptions of perinatal weight stigma and its relationship with breastfeeding experiences	Qualitative
Dieterich et al. 2020 États-Unis	Weight Stigma Related to Pregnancy: A Concept Analysis	Analyse conceptuelle
Nagpal et al. 2021 Canada	Women's Suggestions for How to Reduce Weight Stigma in Prenatal Clinical Settings	Qualitative
Rice 2022 Canada	Re-centering Relationships: Obstetric Violence, Health Care Rationalities, and Pandemic Childbirth in Canada	Qualitative
Sens et Nunes de Faria Stamm 2019 Brésil	Physicians' perception of the dimensions of obstetric and/or institutional violence	Qualitative
Smith-Oka 2022 Mexique	Cutting Women: Unnecessary cesareans as iatrogenesis and obstetric violence	Qualitative
Stanton et Gogoi 2022 États-Unis	Dignity and respect in maternity care	Commentaire

Grossophobie

Processus de sélection : Entre novembre 2022 et février 2023 : 118 articles (à partir des titres, thèmes, mots, clés) ont été sélectionnés et classés dans une bibliothèque du logiciel Zotero.

Après sélection : 70

Articles cités : 49

Auteurs, date, pays	Titre	Type d'article
Puhl et al. 2015 États-Unis	A multinational examination of weight bias: predictors of anti-fat attitudes across four countries	Quantitative
Sabin et al. 2012 États-Unis	Implicit and Explicit Anti-Fat Bias among a Large Sample of Medical Doctors by BMI, Race/Ethnicity and Gender	Quantitative
Forhan et Salas 2013 Canada	Inequities in Healthcare: A Review of Bias and Discrimination in Obesity Treatment	Revue
Hunger et al. 2015 États-Unis	Weighed Down by Stigma: How Weight-Based Social Identity Treat Contributes to Weight Gain and Poor Health	Revue
Puhl et al. 2020 États-Unis	Weight stigma and diabetes stigma in U.S. adults with type 2 diabetes: Associations with diabetes self-care behaviors and perceptions of health care	Mixte
Alberga et al. 2019 Canada	Weight bias and health care utilization: a scoping review	Revue
Pearl et al. 2018 États-Unis	Everyday discrimination in a racially diverse sample of patients with obesity	Quantitative
Gupta et al. 2020 Canada	Discrimination in the health care system among higher-weight adults: evidence from a Canadian national cross-sectional survey	Quantitative
Alberga et al. 2016 Canada	Weight bias reduction in health professionals: a systematic review	Revue
Lawrence et al. 2021 Australie	Weight bias among health care professionals: A systematic review and meta-analysis	Revue
Swift et al. 2013 UK	Weight bias among UK trainee dietitians, doctors, nurses and nutritionists	Qualitative
Sikorski et al. 2013 Allemagne	Attitudes of health care professionals towards female obese patients	Qualitative

Schwenke et al 2020 Allemagne	Attitudes and treatment practice of general practitioners towards patients with obesity in primary care	Quantitative
Khandalavala et al. 2014 États-Unis	Obesity bias in primary care providers	Quantitative
Poon et Tarrant 2009 Chine	Obesity: attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses	Quantitative
Yılmaz et Yabancı Ayhan 2019 Turkie	Is there prejudice against obese persons among health professionals? A sample of student nurses and registered nurses	Quantitative
Sabin et al. 2015 États-Unis	Clinicians' Implicit and Explicit Attitudes about Weight and Race and Treatment Approaches to Overweight for American Indian Children	Quantitative
Boyle et al. 2019 États-Unis	Using Virtual Human Technology to Examine Weight Bias and the Role of Patient Weight on Student Assessment of Pediatric Pain	Mixte
Halvorson et al. 2019 États-Unis	Weight Bias in Pediatric Inpatient Care	Mixte
George et al. 2019 États-Unis	Unconscious Weight Bias Among Nursing Students: A Descriptive Study	Mixte
Hart 2022 Canada	Weight stigma an unacceptable burden: Pervasive bias robs patients of appropriate, compassionate care	Commentaire
O'Donoghue et al. 2021 Irlande	A qualitative exploration of obesity bias and stigma in Irish healthcare; the patients' voice	Qualitative
Cuvelier et Taillé 2019 France	Face aux patients obèses : un nécessaire changement de paradigme	Commentaire
deShazo et al. 2015 États-Unis	Obesity bias, medical technology, and the hormonal hypothesis: should we stop demonizing fat people?	Revue
Folope 2021 France	Grossophobie dans le monde soignant, une réalité à combattre	Commentaire
Batterham 2022 UK	Weight stigma in healthcare settings is detrimental to health and must be eradicated	Commentaire
Rand et al. 2017 Canada	"It is not the diet; it is the mental part we need help with." A multilevel analysis of psychological, emotional, and social well-being in obesity	Qualitative

Hyer et Conner 2020 États-Unis	Concept of overweight bias among healthcare professionals: An evolutionary concept analysis	Analyse conceptuelle
Ross et al. 2009 États-Unis	Ambiguity and judgments of obese individuals: no news could be bad news	Commentaire
Chrisler et Barney 2017 États-Unis	Sizeism is a health hazard	Analyse conceptuelle
Vogel 2019 Canada	Fat shaming is making people sicker and heavier	Commentaire
Alimoradi et al. 2020 Iran	Weight-related stigma and psychological distress: A systematic review and meta-analysis	Revue
Saguy et al. 2014 États-Unis	Reporting risk, producing prejudice: how news reporting on obesity shapes attitudes about health risk, policy, and prejudice	Quantitative
Singh et al. 2019 Canada	Is there more to the equation? Weight bias and the costs of obesity	Revue
Kaplan et al. 2018 États-Unis	Perceptions of Barriers to Effective Obesity Care: Results from the National ACTION Study	Quantitative
Alessi et al. 2021 États-Unis	Diabetes and Obesity Bias: Are We Intensifying the Pharmacological Treatment in Patients With and Without Obesity With Equity?	Quantitative
Wijayatunga et al. 2019 États-Unis	The effects of a teaching intervention on weight bias among kinesiology undergraduate students	Mixte
Sanchez et Boisseau 2021 France	Quand le poids est politique	Réflexion politique
Friedman et al. 2012 États-Unis	Obese women's barriers to mammography and pap smear: the possible role of personality	Qualitative
Gabriel et al. 2006	Impact of BMI on Clinically Significant Unsuspected Findings as Determined at Postmortem Examination	Quantitative
Luck-Sikorski et al. 2018 Allemagne	Layered stigma? Co-occurring depression and obesity in the public eye	Qualitative
Chen et al. 2007	Depressed mood in class III obesity predicted by weight-related stigma	Quantitative
FitzGerald et al. 2022 Suisse	How is physicians' implicit prejudice against the obese and mentally ill moderated by specialty and experience?	Mixte

Robstad et al. 2018 Norvège	Intensive care nurses'experience of caring for obese intensive care patients: an hermeneutique studies.	Qualitative
Oliver et al. 2021 États-Unis	Nursing students' perspectives on observed weight bias in healthcare settings: A qualitative study	Qualitative
Chakravorty 2021 UK	Fat shaming is stopping doctors from helping overweight patients-here's what medical students can do about it	Commentaire
Phelan et al. 2015 États-Unis	The mixed impact of medical school on medical students' implicit and explicit weight bias	Quantitative
Snyder et al. 2022 États-Unis	Weight stigma is associated with provider-patient relationship factors and adherence for individuals with hypothyroidism	Quantitative
Tanas et al. 2022 Europe	Addressing Weight Stigma and Weight-Based Discrimination in Children: Preparing Pediatricians to Meet the Challenge	Commentaire

Violence envers les personnes âgées vivant en institution (âgisme)

Processus de sélection : Entre novembre 2022 et février 2023 : 57 articles (à partir des titres, thèmes, mots, clés) ont été sélectionnés et classés dans une bibliothèque du logiciel zotéro.

Après sélection : 33

Articles cités : 28

Auteurs, date, pays	Titre	Type d'article
Myhre et al. 2020 a. Norvège	Elder abuse and neglect: an overlooked patient safety issue. A focus group study of nursing home leaders' perceptions of elder abuse and neglect	Qualitative
Botngard et al. 2020 Norvège	Factors associated with staff-to-resident abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study	Quantitative
Yon et al. 2018 Danemark	The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis	Revue
Post et al. 2010 États-Unis	Elder Abuse in Long-Term Care: Types, Patterns, and Risk Factors	Quantitative
Blumenfeld Arens et al. 2017 Suisse	Elder Abuse in Nursing Homes: Do Special Care Units Make a Difference? A Secondary Data Analysis of the Swiss Nursing Homes Human Resources Project	Mixte

Hirt et al. 2022 Suisse	Staff-to-resident abuse in nursing homes: a scoping review	Revue
Lev et al. 2022 Israel	They just did what they usually do: Mistreatment, abuse, and neglect in nursing homes from the perspective of Ministry of Health auditing teams	Qualitative
Neuberg et al. 2022 Croatie	Abuse and neglect of older people in health facilities from the perspective of nursing professionals: A cross-sectional study from Croatia	Quantitative
Saga et al. 2021 Norvège	Relatives' experiences with abuse and neglect in Norwegian nursing homes. A qualitative study	Quantitative
Band-Winterstein 2015 Israel	Health Care Provision for Older Persons: The Interplay Between Ageism and Elder Neglect	Qualitative
Wangmo et al. 2017 Suisse	Preventing elder abuse and neglect in geriatric institutions: Solutions from nursing care providers	Qualitative
Kydd et Fleming 2015 UK	Ageism and age discrimination in health care: Fact or fiction? A narrative review of the literature	Revue
Kelly 2017 Canada	Care and violence through the lens of personal support workers	Qualitative
Wong et al. 2022 États-Unis	Chronic disease and elder mistreatment: A meta-analysis	Méta-Analyse
Smith et al. 2018 Australie	A Systematic Review of Sexual Assaults in Nursing Homes	Revue
Platt-Mills 2014 États-Unis	Emergency physician identification of a cluster of elder abuse in Nursing Home Residents	Commentaire
Herron et al. 2021 Canada	A Conversation about Ageism: Time to Deinstitutionalize Long-Term Care?	Commentaire
Dobbs et al. 2008	An Ethnographic Study of Stigma and Ageism in Residential Care or Assisted Living	Qualitative
Chrisler et al. 2016 UK	Ageism can be Hazardous to Women's Health: Ageism, Sexism, and Stereotypes of Older Women in the Healthcare System	Analyse théorique
Filipska et al. 2021 Pologne	High Rate of Elder Abuse in the Time of COVID-19-A Cross Sectional Study of Geriatric and Neurology Clinic Patients	Quantitative
Saif-Ur-Rahman et al. 2021 Japon	Discrimination against the elderly in health-care services: a systematic review	Revue

López et al. 2021 Espagne	Personal and Work-Related Factors Associated with Good Care for Institutionalized Older Adults	Quantitative
Myhre et al. 2020 b. Norvège	React and act: a qualitative study of how nursing home leaders follow up on staff-to-resident abuse	Qualitative
Andela et al. 2021 France	Work Environment and Elderly Abuse in Nursing Homes: The Mediating Role of Burnout	Quantitative
Banerjee et al. 2012 Canada- Scandinavie	Structural violence in long-term, residential care for older people: Comparing Canada and Scandinavia	Mixte
Armstrong et al. 2011 Canada- Scandinavie	Structural Violence in Long-Term Residential Care	Mixte
Myhre et al. 2020 Norvège	Nursing home leaders' perception of factors influencing the reporting of elder abuse and neglect: a qualitative study	Qualitative
Bernatchez et al. 2022 Canada	Le droit et la théorie de la gouvernance: outils de diagnostic et remède relatifs aux soins et aux services d'hébergement aux aînés dans le contexte de la pandémie de COVID-19	Analyse théorique

Racisme

Processus de sélection : Entre novembre 2022 et février 2023 : 60 articles (à partir des titres, thèmes, mots, clés) ont été sélectionnés et classés dans une bibliothèque du logiciel zotéro.

Après sélection : 27

Articles cités : 27

Auteurs, date, pays	Titre	Type d'article
Vigneault et al. 2021 Canada	Acute health care among Indigenous patients in Canada: a scoping review	Revue
Hole et al. 2015 Canada	Visibility and Voice: Aboriginal People Experience Culturally Safe and Unsafe Health Care	Qualitative
Kitching et al. 2021 Canada	Unmet health needs and discrimination by healthcare providers among an Indigenous population in Toronto, Canada	Quantitative

Nong et al. 2020 États-Unis	Patient-Reported Experiences of Discrimination in the US Health Care System	Quantitative
Bailey et al. 2017 États-Unis	Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions	Analyse conceptuelle
Hamed et al. 2020 Europe	Racism in European Health Care: Structural Violence and Beyond	Analyse conceptuelle
Pearl et al. 2018 États-Unis	Everyday discrimination in a racially diverse sample of patients with obesity	Quantitative
Iheduru-Anderson et Alexander 2022 États-Unis	Critical Race Theory: A Framework for the Re-Education of American Nurses	Analyse théorique
Halberg et al. 2021 Danemark	Ethnic minority patients in healthcare from a Scandinavian welfare perspective: The case of Denmark	Qualitative
Okoro et al. 2020 États-Unis	"We get double slammed!": Healthcare experiences of perceived discrimination among low-income African-American women	Qualitative
Mathur et al. 2022 États-Unis	Mechanisms of injustice: what we (do not) know about racialized disparities in pain	Analyse conceptuelle
Ray et al. 2022 Canada	Shapeshifters, systems thinking and settler colonial logic: Expanding the framework of analysis of Indigenous health equity	Analyse théorique
MacDuffie 2021 États-Unis	Addressing racism in the healthcare encounter: The role of clinical ethics consultants	Commentaire
Ferreira et al. 2021 Brésil	Racial discrimination and health: health professionals' actions in providing care women in the induced abortion process	Revue
Metzl et Roberts 2014 États-Unis	Structural Competency Meets Structural Racism: Race, Politics, and the Structure of Medical Knowledge	Analyse conceptuelle
Alspaugh et al. 2023 États-Unis	Mistreatment in health care among women in Appalachia	Mixte
Mahabir et al. 2021 Canada	Experiences of everyday racism in Toronto's health care system: a concept mapping study	Analyse conceptuelle
Konczal et Varga 2012 États-Unis	Structural violence and compassionate compatriots: Immigrant health care in South Florida	Qualitative

Odhiambo et al. 2022 Canada	Legislatively Excluded, Medically Uninsured and Structurally Violated: The Social Organization of HIV Healthcare for African, Caribbean and Black Immigrants with Precarious Immigration Status in Toronto, Canada	Qualitative
Fiorentino et al. 2018 France	Renunciation of health care by people living with HIV in France is still associated with discrimination in health-care services and social insecurity - results from the ANRS-VESPA2 survey	Quantitative
Carreras Tartak et al. 2021 États-Unis	Racial and ethnic disparities in emergency department restraint use: A multicenter retrospective analysis	Quantitative
Schnitzer et al. 2020 États-Unis	Disparities in Care: The Role of Race on the Utilization of Physical Restraints in the Emergency Setting	Quantitative
Ricks et al. 2022 États-Unis	Undoing Racism and Mitigating Bias Among Healthcare Professionals: Lessons Learned During a Systematic Review	Revue
Burnett et al. 2020 États-Unis	Dismantling racism in education: In 2020, the year of the nurse & midwife, "it's time"	Commentaire
Willey et al. 2022 Australie	Racism, healthcare access and health equity for people seeking asylum	Analyse théorique
Gamlin 2013 Mexique	Shame as a barrier to health seeking among indigenous Huichol migrant labourers: An interpretive approach of the "violence continuum" and "authoritative knowledge"	Qualitative
Benkert et al. 2019 États-Unis	Ubiquitous Yet Unclear: A Systematic Review of Medical Mistrust	Revue

Psychophobie

Processus de sélection : Entre novembre 2022 et février 2023 : 60 articles (à partir des titres, thèmes, mots, clés) ont été sélectionnés et classés dans une bibliothèque du logiciel.

Après sélection : 32

Articles cités : 28

Auteurs, date, pays	Titre	Type d'article
van Boekel et al. 2013 Internationale	Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review	Revue
Fernandes et al. 2022 Portugal	Stigma towards People with Mental Illness among Portuguese Nursing Students	Quantitative
Kopera et al. 2015 Pologne	Evaluating Explicit and Implicit Stigma of Mental Illness in Mental Health Professionals and Medical Students	Quantitative
Meng et al. 2022 Chine	The factors and outcomes of stigma toward mental disorders among medical and nursing students: a cross-sectional study	Quantitative
Murney et al. 2020 Canada	Stigma and discrimination related to mental health and substance use issues in primary health care in Toronto, Canada: a qualitative study	Qualitative
Pelleboer-Gunnink et al. 2017 Pays-Bas	Mainstream health professionals' stigmatising attitudes towards people with intellectual disabilities: a systematic review	Revue
Tyerman et al. 2021 Canada	How Stigma and Discrimination Influences Nursing Care of Persons Diagnosed with Mental Illness: A Systematic Review	Revue
Vistorte et al 2018 Amérique du Sud	Clinical decisions and stigmatizing attitudes towards mental health problems in primary care physicians from Latin American countries	Quantitative
Kimmel et al. 2021 États-Unis	Rejection of Patients With Opioid Use Disorder Referred for Post-acute Medical Care Before and After an Anti-discrimination Settlement in Massachusetts	Quantitative
Dineen 2021 États-Unis	Disability Discrimination Against People With Substance Use Disorders by Postacute Care Nursing Facilities: It is Time to Stop Tolerating Civil Rights Violations	Commentaire
Carrara et al. 2019 Brésil	Stigma in health professionals towards people with mental illness: An integrative review	Revue
Harangozo et al. 2014 Espagne	Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services	Quantitative

Rivera-Segarra et al. 2019 Porto Rico	That's all Fake: Health professionals stigma and physical healthcare of people living with Serious Mental Illness	Qualitative
Hui et al. 2021 UK	Institutional injustice: Implications for system transformation emerging from the mental health recovery narratives of people experiencing marginalisation	Qualitative
Sedney et al. 2023 États-Unis	Stigmatizing Language Expressed Towards Individuals With Current or Previous OUD Who Have Pain and Cancer: A Qualitative Study	Qualitative
Valenti et Giacco 2022 International	Persuasion or coercion? An empirical ethics analysis about the use of influence strategies in mental health community care	Qualitative
Knaak et al. 2015 Nouvelle-Zélande	Seeing is believing: Biological information may reduce mental health stigma amongst physicians	Commentaire
Valery et al. 2022 France	Part of the solution yet part of the problem: factors of schizophrenia stigma in mental health professionals	Quantitative
McNeil 2021 Canada	Understanding Substance Use Stigma	Analyse théorique
Cloyd et al. 2021 États-Unis	Nursing students' perceptions of substance abusers: The effect of social status on stigma	Quantitative
Mizock et Russinova 2015 États-Unis	Intersectional Stigma and the Acceptance Process of Women with Mental Illness	Analyse conceptuelle
Recto et al. 2020 États-Unis	The Role of Stigma in the Nursing Care of Families Impacted by Neonatal Abstinence Syndrome	Revue
Ordan et al. 2017 Israel	Nurses' professional stigma and attitudes towards postpartum women with severe mental illness	Mixte
Kantrowitz-Gordon et al. 2022 Suisse	Exploring Perinatal Nursing Care for Opioid Use Disorder: Knowledge, Stigma, and Compassion	Mixte
Jin et al. 2021 États-Unis	Exploring bias in restraint use: Four strategies to mitigate bias in care of the agitated patient in the emergency department	Analyse théorique
Kolb et al. 2022 États-Unis	Stigma towards patients with mental illness: An online survey of United States nurses	Quantitative

FitzGerald et al. 2022 Suisse	How is physicians' implicit prejudice against the obese and mentally ill moderated by specialty and experience?	Mixte
Solmi et al. 2020 Italie	Predictors of stigma in a sample of mental health professionals: Network and moderator analysis on gender, years of experience, personality traits, and levels of burnout	Quantitative