



Analyse des préjugés liés au poids — Politiques de prévention de l'obésité

obesity
canada



obésité
canada

Contexte général

L'obésité est maintenant largement reconnue en tant que maladie chronique, autant par des professionnels de la santé, des chercheurs, des ONG telles qu'Obésité Canada, des associations médicales canadiennes et américaines, que par l'Organisation mondiale de la santé (1, 2).

Les dernières barrières à l'acceptation de l'obésité en tant que maladie chronique se retrouvent au sein même des organismes de santé publique et de politiques de santé. Les preuves scientifiques nous indiquent que l'obésité influence tant la morbidité que la mortalité. Elles démontrent aussi que les préjugés liés au poids ainsi que la stigmatisation de l'obésité sont des facteurs fondamentaux des inégalités en matière de santé (3-4). Malgré ces informations, il reste énormément de travail à faire pour développer les stratégies de prévention et de prise en charge qui seront mises en l'avant si le Canada et d'autres juridictions adoptent des stratégies considérant l'obésité en tant que maladie chronique (5).

Trop de politiques et de stratégies actuelles de santé publique visant l'obésité sont axées uniquement sur la prévention, basées sur des recommandations simplistes telles que : « manger moins et bouger plus » et ne tiennent pas compte de l'hétérogénéité individuelle en matière de taille et de poids corporel (6). Plus précisément, le discours actuel en santé publique fait la promotion et renforce la supposition que l'obésité est causée par le manque de responsabilité ou de volonté des gens (7). Ces suppositions contribuent à la croyance selon laquelle les personnes obèses et leurs enfants ne sont tout simplement pas sensibilisés et manquent de connaissances en matière de saine alimentation et d'activité physique. Selon ces suppositions, les individus sont donc largement responsables de l'épidémie d'obésité.

C'est un défi qui n'est pas insurmontable.

Les responsables de la santé publique peuvent s'inspirer des cadres de promotion de la santé existants, tels que : « Santé dans toutes les politiques », ainsi que le « Plan d'action mondial sur les déterminants sociaux de la santé » pour lutter contre les préjugés liés au poids et la stigmatisation des personnes vivant avec l'obésité (8-10). Dans ce contexte, toutefois, les décideurs en santé publique doivent s'assurer que les stratégies n'ont pas de conséquences involontaires pour les individus et les populations.

La santé publique peut aussi s'attaquer directement aux préjugés liés au poids et la stigmatisation de l'obésité. Pour se faire, ils peuvent se servir d'une vision favorable aux thématiques de poids de manière à identifier les stratégies et politiques susceptibles de contribuer aux préjugés et à la stigmatisation de l'obésité. En aidant ainsi les décideurs à opérationnaliser la thématique de l'obésité dans un cadre de travail des maladies chroniques non axées sur le poids, nous pouvons contribuer à atténuer les tensions existantes entre les discours des divers acteurs. Ceux-ci se retrouvent dans les milieux de santé publique, de la pratique clinique et de l'expérience des personnes vivant avec l'obésité lors d'approche concernant la prévention de l'obésité. L'utilisation de stratégies telles que la pensée critique pourrait servir à aborder divers sujets tels que : les conséquences involontaires des politiques et des discours de santé publique, la remise en question d'hypothèses simplistes concernant les causes de l'obésité, le détour de l'attention vers la santé et le bien-être plutôt que le poids, la lutte pour que l'obésité soit reconnue en tant que maladie chronique, ou l'établissement de priorités pour que la promotion de la santé soit axée sur les personnes. Ces diverses idées sont recommandées comme de possibles solutions pour prévenir la stigmatisation et réduire les préjugés liés au poids dans les politiques de santé publique.

La liste de contrôle ci-dessous est conçue pour aider les décideurs à évaluer de manière critique les politiques, les stratégies et les programmes et pour offrir des idées pour réduire les préjugés liés au poids et la stigmatisation.



Questions de préjugés liés au poids

Logiques sous-jacentes

Quel est l'ultime objectif de cette politique ou de ce programme ?

- Identifier les objectifs précis d'un programme ou d'une politique peut aider à déterminer si les stratégies qui y sont proposées s'avèrent à être spécifiques aux sujets de la prévention ou de la réduction de l'obésité, ou si ces thèmes n'y sont abordés que de façon inappropriée, soit uniquement en tant que thème accrocheur pour illustrer toutes les politiques de promotion de la santé.

Est-ce que l'objectif global de la politique est d'y promouvoir des comportements sains ou celui de prévenir et réduire l'obésité ?

- Les comportements tels qu'une saine alimentation et l'activité physique sont importants pour la santé de la population. Cependant, les changements de ces comportements ne peuvent à eux seuls contribuer suffisamment à la prévention ou à la réduction de l'obésité, puisque l'obésité est une maladie beaucoup plus complexe.
- Les stratégies de prévention et de gestion de l'obésité devraient aller au-delà de la promotion d'une saine alimentation et de l'activité physique. Celles-ci devraient inclure : i) des renseignements détaillés et fondés sur des données probantes au sujet de facteurs de prise de poids (comprenant ceux de la génétique, la santé mentale, le milieu bâti, les environnements alimentaires, les pratiques culturelles, les défis physiques, les dépendances alimentaires ainsi que le statut socioéconomique dont le niveau de scolarité) et ii) des traitements basés sur les données probantes ainsi que du soutien pour les personnes souffrant d'obésité.
- Positionner les stratégies de santé publique en matière d'alimentation saine et d'activité physique comme étant des interventions efficaces de prévention et de prise en charge de l'obésité peut entraîner d'autres préjugés et stigmates liés au poids. Puisque de telles stratégies peuvent involontairement positionner les personnes obèses comme tant nécessairement en mauvaise santé. Ou encore, en tant que cibles pour des stratégies de comportement sain qui pourraient également s'appliquer à tous.

Est-il même nécessaire de mentionner l'« obésité » dans cette politique de promotion de la santé ou dans cette stratégie de changement comportemental ?

- Lorsqu'il s'agit d'une politique visant à promouvoir la santé en général, demandez-vous si l'obésité doit même y être mentionnée. Car positionner des politiques de promotion de la santé ou du mieux-être comme étant des stratégies de prévention de l'obésité est une façon injuste et inexacte. Puisque cela insinuerait que seules les personnes ou les populations obèses doivent adopter des comportements favorisant la santé.

Lorsqu'il s'agit bien d'une politique de prévention ou de réduction de l'obésité, quels sont les résultats escomptés ?

- L'Organisation mondiale de la santé définit l'obésité comme une maladie lorsqu'une adiposité ou un poids excessif ou anormal nuit à la santé. Cependant, les déficiences sur le plan de la santé peuvent varier d'une personne, d'une communauté ou d'une population à l'autre. L'obésité a de nombreuses conséquences sur la santé, notamment des problèmes métaboliques, musculo-squelettiques, mentaux et sociaux. Les mesures d'évaluation doivent tenir compte des répercussions générales de l'obésité sur la santé, plutôt qu'une simple réduction du poids corporel.



Questions de préjugés liés au poids

Logiques sous-jacentes

Est-ce que la corpulence est utilisée en tant que résultat pour une stratégie de prévention ou de réduction de l'obésité ?

- De nombreuses politiques portant sur le thème de l'obésité ont comme résultats le poids ou l'IMC. Bien que l'IMC soit une mesure de substitution de l'obésité (utilisée principalement lors d'études de surveillance des populations), il ne constitue pas une mesure adéquate de l'état de santé d'une personne. Les gens ont des formes et des tailles différentes, et les individus peuvent néanmoins être en bonne santé, et ce sur un large éventail de niveaux de l'IMC.
- L'IMC mesure simplement le ratio taille/poids. Il n'est pas conçu pour être une mesure adéquate de l'état de santé. Par conséquent, l'impact des stratégies de prévention et de gestion de l'obésité ne devrait pas être mesuré en fonction de la corpulence.
- Comme toute autre stratégie de lutte contre les maladies chroniques, les stratégies de prévention et de prise en charge de l'obésité devraient être mesurées en fonction de résultats cliniques et de santé précis et mesurables.

Cette politique pourrait-elle créer des conséquences involontaires, telles que le catalogage des personnes en lien avec leur corpulence ?

- La création de catégories de poids « sain » ou « malsain » finit par cataloguer des groupes de personnes en fonction de leur taille et/ou de leur poids. Cette catégorisation contribue aux préjugés liés au poids. Et puisque les résultats en matière de santé des populations doivent justement se concentrer ce point : les résultats en matière de santé. Ces nuances sont importantes pour aider à prévenir ces préjugés et stigmatisations liés au poids.
- Soyez précis et faites la distinction entre la corpulence et l'obésité en tant que maladie. La taille n'est pas une maladie. L'obésité en est une.

Est-ce que le vocabulaire utilisé dans cette politique est approprié ?

- Soyez conscient du niveau de langage utilisé dans les politiques. Toujours utiliser les termes favorisant la « personne d'abord » lorsqu'il est question d'obésité. Évitez d'utiliser le terme clinique « obésité » pour désigner la corpulence d'une personne. L'obésité est un terme clinique/médical utilisé lorsqu'une personne a reçu un diagnostic d'obésité (c.-à-d. : avoir des problèmes de santé directs dus à un excès de poids ou à une adiposité).
- Fournir des messages fondés sur des données probantes au sujet du lien entre le poids/taille et la santé.
- Romouvoir la diversité et la positivité corporelle par l'image et le langage.

Avez-vous fait participer des personnes vivant avec l'obésité à l'élaboration de cette politique ?

- À une époque où les soins de santé sont centrés sur la personne, la santé publique peut et doit faire participer les personnes vivant avec l'obésité à l'élaboration de politiques et de stratégies.
- La participation active des personnes vivant avec l'obésité peut aider à changer les attitudes et les croyances négatives et faciliter l'élaboration de stratégies de santé de la population fondées sur la compassion et l'équité.



Références :

1. World Health Organization. Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale
Rapport d'une consultation de l'OMS (OMS, Série de Rapports techniques 894), Genève, Suisse : OMS, 2003;
ISBN: 92 4 220894 9
https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/fr/
2. Kuk JL, Ardern CI, Church TS, Sharma AM, Padwal R, Sui X, *et al.* Edmonton Obesity Staging System: Association with weight history and mortality risk. *Appl Physiol Nutr Metab* 2011;36(4):570-76. PMID: 21838602. doi: 10.1139/ H11-058.
3. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health* 2013;103(5):813-21. PMID: 23488505. doi: 10.2105/AJPH.2012.301069.
4. Puhl RM, Heuer CA. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *American Journal of Public Health*. 2010;100(6):1019-1028.
5. Sharma AM, Ramos Salas, X. . Obesity Prevention and Management Strategies in Canada: Shifting Paradigms and Putting People First. *Current Obesity Reports*. 2018;7(2):89-96.
6. Kirk SFL, Price SL, Penney TL, Rehman L, Lyons RF, Piccinini-Vallis H, *et al.* Blame, shame, and lack of support: A multilevel study on obesity management. *Qual Health Res* 2014;24(6):790-800. PMID: 24728109. doi: 10.1177/1049732314529667.
7. Ramos Salas X, Fohan, M., Caulfield, T., Sharma, A.M., Raine, K. A critical analysis of obesity prevention policies and strategies. *Canadian Journal of Public Health*. 2017;108(5-6):e598-e608.
8. World Health Organization. Global Plan of Action on Social Determinants of Health, 2017. Available at: http://www.who.int/social_determinants/action_sdh/en/ (Accessed June 2, 2017).
<https://www.cpha.ca/fr/le-role-mobilisateur-joue-par-le-canada-pour-agir-sur-les-determinants-sociaux-de-la-sante>
9. World Health Organization. SANTÉ 21 : La politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS, 1999. Available at: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region> (Accessed June 2, 2017).
<http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region>
10. Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region (2017) <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/publications/2017/weight-bias-and-obesity-stigma-considerations-for-the-who-european-region-2017>