Date

Madame, Monsieur,

Je vous écris aujourd’hui pour attirer votre attention sur une question qui touche probablement un grand nombre de membres de notre syndicat, et que notre syndicat pourrait soulever auprès de l’employeur. Comme des millions d’autres Canadiens, je vis avec l’obésité, une maladie chronique, intrusive et récurrente qui est terriblement mal comprise par la société dans son ensemble. Comme bien d’autres, cela fait des années que je mène avec difficulté des efforts pour maîtriser mon poids, passant d’un régime alimentaire et d’exercice à un autre, pour finir par reprendre le même poids (et même plus). J’ai été stupéfait de constater que les données scientifiques indiquent que le poids est une question beaucoup plus complexe que le veut le point de vue traditionnel et découle d’une relation dynamique entre l’environnement, la physiologie, la génétique, le comportement et la psychologie. En fait, les preuves démontrent de façon fiable que nos corps travaillent contre nos efforts de perte de poids en effectuant des changements hormonaux et physiologiques qui neutralisent ces mêmes efforts. Cela aide à expliquer pourquoi nous sommes si nombreux à vivre ces gains et ces pertes de poids en « yo-yo » ou en « montagnes russes ».

***L’Organisation mondiale de la Santé1, l’Association médicale canadienne2 et Obésité Canada3 reconnaissent toutes officiellement l’obésité comme une maladie chronique.*** Malheureusement, mon trouble est vu socialement comme une lacune personnelle ou un mal auto-infligé qui n’est pas digne de soins et de traitements. En fait, l’obésité est souvent classée dans la catégorie « mode de vie » par les régimes d’assurance maladie. Cette caractérisation erronée a non seulement pour effet de minimiser la complexité de la maladie, mais sert aussi à perpétuer les préjugés et la stigmatisation que les gens comme moi vivent au quotidien en raison de leur poids. La stigmatisation de l’obésité est socialement acceptée et n'est pas combattue par les employeurs, les professionnels de la santé et le grand public. Elle constitue le moteur de la discrimination contre les personnes souffrant d’obésité.

**D’après les lignes directrices de pratique clinique actuelles, les solutions thérapeutiques pour lutter contre l’obésité peuvent comprendre la surveillance médicale, des médicaments, les substituts de repas, la chirurgie bariatrique et des interventions comportementales**4,5. À la lumière de mes recherches, j’ai donc été déçu de constater que ces traitements fondés sur des données probantes ne sont pas couverts par notre régime d’assurance maladie, alors que les traitements pour d’autres maladies chroniques comme l’hypertension et le diabète le sont. Ce fait est surprenant considérant ***qu’une perte de poids cliniquement significative de 5 à 10 % est associée à une amélioration notable sur le plan des facteurs de risque cardiométaboliques6-13***. L’autorité canadienne en matière de prévention, de traitement et de gestion de l’obésité présente les différentes solutions thérapeutiques fondées sur des données probantes [ici](http://www.obesitynetwork.ca/managing-obesity)14.

Étant donné l’importance cruciale de l’égalité pour nos membres, j’espère que notre syndicat saura se servir de son influence pour se battre pour le traitement équitable de tout le monde, y compris les personnes vivant avec l’obésité. Les préjugés liés au poids amènent à la discrimination au travail envers les personnes vivant avec l’obésité, que ce soit en matière d’embauche, de rémunération ou de promotion15. Les personnes souffrant d’obésité sont généralement payées moins que leurs collègues, et c’est particulièrement vrai chez les femmes20,21. Cela encourage les inégalités sociales et en matière de santé25. L’obésité devrait être traitée avec la même dignité et la même vigueur que toute autre maladie chronique, et les solutions thérapeutiques disponibles devraient être accessibles à ceux qui en ont besoin4,5.

Je vous demande respectueusement d’envisager la possibilité d’intégrer l’obésité aux politiques et aux efforts de notre syndicat en matière d’équité et de pousser pour que les solutions thérapeutiques disponibles soient couvertes par notre régime d’assurance maladie.

En solidarité,

,

**Références :**

1. <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. <https://www.cma.ca/fr/pages/cma-recognizes-obesity-as-a-disease.aspx>
3. ObesityCanada: <http://www.obesitynetwork.ca/files/Facts-on-Obesity-Treatment-in-Canada-4.pdf>
4. Obesity Canada: [http://www.obesitynetwork.ca/reportcard](http://www.obesitynetwork.ca/bulletinobesite)
5. <http://obesity.aace.com/files/obesity/guidelines/aace_guidelines_obesity_2016.pdf>
6. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, *et al*. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Eng J Med* 2002 Feb 07; 346 (6): 393-403.
7. Li G, Zhang P, Wang J, An Y, Gong Q, Gregg EW, *et al*. Cardiovascular mortality, all-cause mortality, and diabetes incidence after lifestyle intervention for people with impaired glucose tolerance in the Da Qing Diabetes Prevention Study: 1 23-year follow-up study. *LANCET DIABETES & ENDOCRINOLOGY* 2014 06; 2 (6): 474-480.
8. Dattilo AM, Kris-Etherton P. Effects of weight reduction on blood lipids and lipoproteins: a meta-analysis. *AM J Clin Nutr* 1992 08; 56 (2): 320-8.
9. Wing RR, Lang W, Wadden TA, Safford M, Knowler WC, Bertoni AG, *et al*. Benefits of modest weight loss in improving cardiovascular risk factors in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. Diabetes Care 2011 07; 34 (7): 1481-1486.
10. Foster GD, Borradaile KE, Sanders MH, Millman R, Zammit G, Newman AB, *et al*. A Randomized Study on the Effects of Weight Loss on Obstructive Sleep Apnea Among Obese Patients With Type 2 Diabetes The Sleep AHEAD Study. Arch Intern Med 2009 Sep 28; 169 (17): 1619-1626.
11. Kuna ST, Reboussin DM, Borradaile KE, Sanders MH, Millman RP, Zammit G, *et al*. Long-term effect of weight loss on obstructive sleep apnea severity in obese patients with type 2 diabetes. Sleep 2013 May 01l 26 (5): 641-649 A.
12. Warkentin LM, Das D, Majumdar SR, Johnson JA, Padwal RS. The effect of weight loss on health-related quality of life: Systemic review and meta-analysis of randomized trials. Obesity Reviews 2014 03; 15 (3): 169-182.
13. Wright F, Boyle S, Baxter K, Gilchrist L, Nellaney J, Greenlaw N, *et al*. Understanding the relationship between weight loss, emotional well-being and health-related quality of life in patients attending a specialist obesity weight management service. Journal of health psychology 2013 04; 18 (4): 574-86.
14. Obesity Canada: <http://www.obesitynetwork.ca/managing-obesity>
15. Nowrouzi B, McDougall A, Gohar B, Nowrouz-Kia B, Casole J, Ali F. Weight bias in the workplace: A literature review. *Occupational Medicine & Health Affairs*. 2015;3(3):206.
16. Giel KE, Zipfel S, Alizadeh M, *et al*. Stigmatization of obese individuals by human resource professionals: An experimental study. *BMC Public Health*. 2012;12.
17. Gortmaker SL, Must A, Perrin JN, Sobol AM, Dietz WH. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *N Engl J Med.* 1993(14):1008.