

La stigmatisation liée au poids

Prévenir la grossophobie pour des pratiques de santé
publique inclusives

La stigmatisation liée au poids : prévenir la grossophobie pour des pratiques de santé publique inclusives – Document synthèse et pistes d'action est une production de la Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Mars 2025

1560, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 4M1
514 528-2400

www.ciussc-centresudmtl.gouv.qc.ca

Rapport destiné aux personnes œuvrant dans le réseau de santé publique montréalais.

Recherche et rédaction

Frédérique Bergeron, M. Sc.
Sofia Scuralli, Dt. P., M. Sc.
Ève-Marie Richard, Dt. P., M. Sc.
Florence Lecours-Cyr, M. Sc.
Victoria Simmons-Dion, B. A. IDS

Coordination

Dre Sidonie Pénicaud, M. D., M. Sc. FRCPC
Dre Catherine Verreault, M. D., M. Sc.
Catherine Robichaud, M. A.
Anne Pelletier, kin., M. Sc.

Codirection scientifique

Dre Sidonie Pénicaud, M. D., M. Sc. FRCPC
Dre Catherine Verreault, M. D., M. Sc.

Collaboration interne

Mireille Morin, Dt. P., M. Sc.
Joëlle Fogelbach, Dt. P.
Véronique Laberge-Gaudin, Dt. P., M. Sc.
Justine Lauzon, Dt. P.

Collaboration externe

Marie-France Goyer, M. A. Sexologie, chargée de cours, Université du Québec à Montréal
Safiétou Sakala, directrice de projets en santé mentale positive, Association pour la santé publique du Québec
Dre Julie Desmeules, M. D., Médecin-conseil, Direction de santé publique de la Montérégie

Relecture

Dr David Kaiser, M. D.

Graphisme

Frédérique Bergeron, M. Sc.

Révision linguistique

Nathalia Uribe-Zuluaga

Note sur la rédaction inclusive

Dans une optique d'inclusion, la rédaction inclusive a été privilégiée dans ce document. Nous avons favorisé les termes épïcènes, lorsque possible, et les doublets accompagnés d'une règle de proximité.

© Gouvernement du Québec, 2025

ISBN 978-2-555-00578-5 (En ligne)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025

Bibliothèque et Archives Canada, 2025

Table des matières

Sommaire	5
Lexique	7
Mise en contexte	9
L'approche axée sur la perte de poids : mythes associés et impacts sur la santé	14
Pistes d'actions pour prévenir la grossophobie en santé publique	20
Conclusion	25
Annexe 1 – Cadre conceptuel Stigmatisation liée au poids et santé	26
Annexe 2 – Schématisation de l'effet yo-yo	27
Annexe 3 - Pour aller plus loin	28
Références	30

Sommaire

En 1997, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) classe pour la première fois l'obésité comme un problème de santé publique (1). Plusieurs interventions de santé publique ont été mises en œuvre pour tenter de prévenir l'obésité. Toutefois, elles ont engendré des impacts négatifs sur la santé en entraînant entre autres de la stigmatisation liée au poids. Malgré la reconnaissance de la stigmatisation comme un enjeu de santé publique, la stigmatisation liée au poids, aussi appelée « grossophobie », demeure présente au Québec. Le milieu de la santé, lui-même, perpétue des mythes nocifs liés au poids et à la santé. Le présent document a pour objectif d'outiller les personnes œuvrant dans le réseau de santé publique montréalais à mieux comprendre les liens entre la grossophobie et la santé. Il vise aussi à les aider à adopter des interventions inclusives et à lutter contre la grossophobie.

Les écrits scientifiques disponibles démontrent que :

- ✓ Le poids n'est pas un indicateur fiable pour évaluer l'état de santé d'une personne ou d'une population, ni pour intervenir adéquatement ;
- ✓ Les diètes comportent des risques pour la santé physique et mentale ;
- ✓ Le poids et sa variation sont attribuables à plusieurs facteurs génétiques, biologiques, comportementaux et environnementaux ;
- ✓ La grossophobie a des impacts négatifs sur les conditions de vie, la santé mentale et physique et les soins et services reçus dans le milieu de la santé des personnes qui la subissent.

Considérant les impacts négatifs de la stigmatisation liée au poids sur la santé populationnelle, le réseau de santé publique doit améliorer ses pratiques afin que celles-ci soient inclusives et non stigmatisantes. Par exemple :

- Promouvoir et soutenir la création d'environnements favorables à l'adoption de saines habitudes de vie, sans placer la perte de poids comme objectif de ces interventions.
- Collaborer et établir des partenariats, afin de créer un véritable changement dans la norme sociale concernant le poids et la grossophobie.
- Limiter les messages ciblant le poids et la perte de poids et se demander si parler de poids apporte une valeur ajoutée au message.

- Éviter le langage stigmatisant lié au poids dans les communications.
- Assurer la veille de l'actualité concernant l'industrie alimentaire et l'industrie de l'amaigrissement et participer à des consultations publiques lorsque l'occasion se présente.
- Dans le cadre d'une collecte de données, lorsque l'IMC est utilisé comme indicateur, il est important de le combiner avec d'autres indicateurs afin de mieux comprendre ce qui influence la santé populationnelle. Ces indicateurs peuvent inclure les expériences de discrimination, les troubles du comportement alimentaire, et le niveau d'activité physique.

En adoptant ces recommandations, le réseau de santé publique de Montréal contribuera à renforcer les pratiques inclusives et non stigmatisantes liées au poids, réduire la grossophobie et favoriser positivement la santé de la population.

Lexique

Grossophobie

« La grossophobie se définit comme l'ensemble des attitudes et comportements, conscients ou non, qui dévaluent socialement, stigmatisent et discriminent les personnes grosses. Elle inclut également la valorisation systématique des corps minces, la peur de prendre du poids de même que les nombreuses contraintes et microagressions vécues par les personnes grosses au quotidien (p. ex. offre limitée de vêtements, sièges inadaptés dans les salles de spectacle ou au restaurant, commentaires non sollicités, etc.). Loin d'être inoffensive, elle peut avoir de graves conséquences sur la santé physique et mentale des personnes grosses, en plus d'entretenir la peur de prendre du poids chez l'ensemble de la population et les comportements malsains de contrôle du poids qui en découlent. » (2)

Indice de masse corporelle (IMC)

L'IMC est calculé en divisant le poids (kg) par la taille au carré (m²) d'un individu. Pour les personnes de 18 ans et plus qui ne sont pas enceintes et qui n'allaitent pas, la valeur calculée est ensuite classée dans l'une des catégories suivantes (3) :

IMC	Catégorie
< 18,5	« poids insuffisant »
18,5 à 24,9	« poids normal »
25 à 29,9	« excès de poids »
30 à 34,9	« obésité, classe I »
35 à 39,9	« obésité, classe II »
≥ 40	« obésité, classe III »

L'IMC est également utilisé pour suivre la croissance des enfants âgés de deux à 18 ans, mais selon une échelle différente, adaptée à l'âge et au sexe de l'enfant. Cet indicateur ne donne aucune information sur la proportion de graisse corporelle ou sur son emplacement, ni sur les habitudes de vie. L'IMC a été créé au 19e siècle par le mathématicien et statisticien belge, Adolphe Quételet, qui souhaitait déterminer les mensurations d'un homme moyen (4). Ainsi, ce n'est pas un outil qui a été créé pour être utilisé en clinique par des professionnelles et professionnels de la santé. De plus, l'IMC a été élaboré à partir de mesures des proportions du corps chez une population blanche principalement européenne

(5). Cela fait de l'IMC un outil possiblement peu adapté aux personnes qui ne sont pas de descendance européenne blanche (6).

Obésité

Généralement, l'« obésité » est définie comme un excès de graisse corporelle nuisible à la santé, se reflétant par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 (7). Notons que plusieurs définitions de l'« obésité », qui associent systématiquement le poids élevé à l'état de santé, sont elles-mêmes grossophobes (8). En janvier 2025, une commission sur l'obésité du The Lancet Diabetes & Endocrinology a proposé de nouvelles définitions pour différencier l'obésité préclinique de l'obésité clinique (8a). L'obésité préclinique est un excès de graisse dans le corps, sans problème de tissu ou d'organe, avec un risque variable de développer une obésité clinique ou d'autres maladies non-transmissibles (ex. : maladies du cœur, diabète, cancer) (8a). Dans l'article du Lancet, l'obésité clinique est définie comme une maladie chronique caractérisée par le dysfonctionnement de tissus ou d'organes, causé par un excès de graisse dans le corps (8a).

Personnes perçues comme étant en surpoids

Le terme « personnes perçues comme étant en surpoids » a été sélectionné pour la rédaction de ce texte parce qu'il tient compte de la construction sociale du surpoids, de l'« obésité » et des normes de santé (8).

Santé

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (9).

Mise en contexte

La santé publique et l'obésité

En 1997, l'Organisation mondiale de la santé classe pour la première fois l'obésité comme un problème de santé publique et déclare une « épidémie » mondiale (I). Au niveau d'une population, l'obésité est associée à un risque plus élevé de développer plusieurs maladies, dont les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'hypertension et certains cancers (IO). Afin de répondre à cette préoccupation, un peu partout dans le monde, plusieurs politiques et interventions de santé publique sont mises en œuvre pour tenter

Le poids, c'est complexe !

La science du poids évolue constamment. Les liens entre grossophobie, santé et poids sont complexes, souvent polarisants et demandent de la nuance. De nombreuses études et approches existent sur la relation entre le poids et la santé. Par exemple, le milieu scientifique débat encore pour savoir si « l'obésité » est un facteur de risque, une maladie chronique ou simplement une variation corporelle naturelle qui n'a pas d'impact sur la santé (IOa).

Il est aussi important de noter que plusieurs recherches sur le poids sont financées par l'industrie pharmaceutique, ce qui peut introduire des biais. Par exemple, établir un lien entre « l'obésité » et certaines maladies peut favoriser la vente de médicaments pour perdre du poids et générer des profits pour ces entreprises (IIa). De plus, les termes « obésité » et « surpoids » contribuent à médicaliser et à pathologiser les corps gros (IIb).

Au-delà des débats scientifiques, l'impact négatif de la stigmatisation du poids sur la santé est bien établi. Il est donc essentiel de réfléchir aux mots que nous utilisons pour en parler. Par exemple, le terme « obèse » vient du latin *obesus*, qui signifie « bien nourri, gras, replet ». Ce mot et ses déclinaisons (obésité, obésogène, etc.) peuvent être stigmatisants. Dans ce document, nous l'utiliserons uniquement lorsqu'il apparaît dans la source de référence. Enfin, ce texte ne traite pas des effets du poids sur la santé des individus.

de prévenir l'obésité. Ces interventions ont toutefois des effets peu significatifs sur la prévalence de l'obésité (11,12). En plus d'être inefficaces, certaines ont des impacts négatifs sur la santé de la population en entraînant de la stigmatisation (11). Par exemple, des initiatives de prévention de l'obésité chez les enfants ont étiqueté plusieurs enfants comme étant gros (13). Cela a exacerbé la stigmatisation des enfants et entraîné des effets délétères sur leur image corporelle et leurs comportements alimentaires (13). Au Canada, une analyse critique des politiques et stratégies de prévention de l'obésité dénonce que celles-ci ont des discours alarmants concernant l'obésité infantile et l'« épidémie d'obésité » (14). Similairement, aux États-Unis, il semble y avoir des liens entre les discours de santé publique et la stigmatisation liée au poids au tournant des années 2000 (15). L'émergence de la rhétorique d'« épidémie d'obésité » popularisée par l'OMS coïncide avec une hausse perçue de la grossophobie (15). Parmi les autres critiques des politiques et stratégies, on reproche qu'elles reposent sur des preuves scientifiques limitées et qu'elles ignorent les causes fondamentales de l'obésité (12, 14). En effet, elles misent trop sur la responsabilité individuelle et négligent les facteurs environnementaux et socio-économiques qui influencent grandement le poids des individus (11, 12, 14, 16).

La santé publique et la stigmatisation

Dans les dernières années, les connaissances en lien avec les impacts de la stigmatisation sur la santé et sur les inégalités sociales de santé se sont développées. La stigmatisation se produit en étiquetant les différences et en imposant des stéréotypes négatifs à des personnes (18). Cela a pour effet d'exclure ces personnes en créant une distance entre « eux » et « nous » (18). Ainsi, « [on] peut voir la stigmatisation à la fois comme une cause et un effet ; elle continue de justifier la dévaluation des personnes par les stéréotypes et l'exclusion » (18, 19). Les actions visant la réduction des risques de stigmatisation s'inscrivent dans l'actualisation d'une valeur fondamentale en santé publique : la non-malfaisance.

« La non-malfaisance est issue d'une longue tradition médicale qui pose comme premier devoir de ne pas nuire (primum non nocere). » (20)

La stigmatisation liée au poids

Malgré la reconnaissance de la stigmatisation comme un enjeu de santé publique, la stigmatisation liée au poids demeure présente au Québec. Les normes sociales actuelles prônent des standards de beauté qui imposent l'atteinte d'une minceur généralement irréaliste (21, 22). Ces normes sociales associées à la réussite et à la santé peuvent contribuer à une préoccupation excessive à l'égard du poids et augmenter la stigmatisation liée au poids (22). Selon un rapport de l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), en mars 2021, sept femmes sur dix et six hommes sur dix trouvaient leur corps trop gros (21). Ces préoccupations sont liées aux pratiques de contrôle du poids qui peuvent mener à des comportements dangereux pour tenter de perdre du poids et même à des troubles de comportement alimentaire (22, 23). Le milieu de la santé reflète ces normes sociales et continue de propager des mythes nuisibles sur le poids et la santé. Il met l'accent sur le poids et la perte de poids comme moyens d'atteindre la santé et le bien-être. Ce modèle de pensée est aussi appelé l'approche axée sur la perte de poids (12).

Il existe 3 types de grossophobie (24, 25) :

Institutionnelle

Il s'agit de la façon dont sont traitées les personnes considérées comme étant en surpoids dans la société. Elle peut se manifester, entre autres, par des contraintes structurelles (ex. : accès à des soins de santé de moindre qualité) ou des obstacles présents dans l'environnement physique (ex. : du matériel médical non adapté pour les corps gros). La grossophobie institutionnelle est également présente dans la sphère médiatique et dans les discours de santé (ex. : grossophobie médicale).

Interpersonnelle

Il s'agit de stigmatisation liée au poids se manifestant par des moqueries, des insultes ou de la discrimination. Ce type de grossophobie est surtout vécu par les personnes considérées comme étant en surpoids.

- Les personnes ayant un IMC de catégorie « obésité » sont les plus touchées par la grossophobie interpersonnelle (24).

- 37 % de la population québécoise rapportent avoir déjà reçu des commentaires déplacés à l'égard de leur poids (24).
- Les sources les plus fréquentes sont la famille et les professionnels et professionnelles de la santé (26).
- L'intimidation par rapport au poids est très présente en milieu scolaire. Selon une étude québécoise de 2014, au primaire, plus de 90 % des jeunes rapportent avoir été témoins de comportements d'intimidation liés au poids (27). Au secondaire, près d'un jeune sur deux affirme que le poids est la raison principale d'intimidation (28).

Intrapersonnelle

La grossophobie est dirigée envers soi-même, c'est-à-dire que des préjugés négatifs liés aux poids et aux personnes considérées comme étant en surpoids sont intériorisés (ex. : vouloir porter des vêtements noirs pour cacher son corps). Ce type de grossophobie peut être vécu par tout le monde, peu importe son poids. Les personnes les plus à risque de vivre de la grossophobie intrapersonnelle sont :

- les femmes (29) ;
- les personnes ayant un IMC de catégorie « obésité » (30) ;
- les personnes qui tentent de perdre du poids (30) ;
- les personnes blanches (30) ;
- les personnes qui ont un niveau de scolarité plus faible (31).

À noter que ces trois types de grossophobie sont interreliés. Un cadre conceptuel, en annexe, détaille comment la grossophobie est pratiquée et vécue, ainsi que ses impacts sur la santé (voir Annexe I).

Il est aussi important de reconnaître que la stigmatisation liée au poids, ou la grossophobie, prend principalement ses origines dans le racisme (32, 33). Plusieurs événements ont mené à ce phénomène. Par exemple, au 19^e siècle, plusieurs théories ont été développées par des scientifiques américains, principalement des hommes blancs de descendance européenne, pour hiérarchiser les ethnies selon les plus « civilisées » et les plus « évoluées ». Il en a découlé qu'avoir un corps gros était un marqueur de « sauvagerie » puis, rapidement, la minceur est devenue un idéal à atteindre pour montrer sa classe sociale.

Un changement de paradigme

Un changement de paradigme est en cours, marquant une évolution significative dans la norme sociale. En 2021, la Coalition québécoise sur la problématique du poids (Coalition Poids) a instauré le Groupe de travail provincial sur les problématiques du poids dans le but de développer une vision commune sur le poids. Effectivement, selon la Coalition Poids, « la progression des connaissances et des normes sociales ne permet plus d'aborder les problématiques du poids de la même manière qu'au début des années 2000 » (34). Suite à ces réflexions, la Coalition Poids a décidé de changer de nom pour le « Collectif Vital », afin d'avoir une identité « plus inclusive, engageante et rassembleuse » (35). De plus, le Collège des médecins du Québec a diffusé en 2022 un communiqué portant sur la grossophobie médicale, rappelant que « tout comportement grossophobe chez les médecins est inacceptable » (36).

Considérant les impacts négatifs de certaines interventions de santé publique en lien avec l'obésité et les impacts négatifs de la stigmatisation liée au poids sur la santé populationnelle, ce changement de paradigme est nécessaire. La santé publique doit :

- ✓ Mieux comprendre les liens entre la promotion d'une approche axée sur la perte de poids, la grossophobie et la santé ;
- ✓ Adopter des interventions inclusives aux différents types de corps visant à améliorer la santé et à réduire les inégalités sociales de santé ;
- ✓ Mettre en place des actions pour lutter contre la grossophobie ;
- ✓ Promouvoir et soutenir la création d'environnements favorables à l'adoption de saines habitudes de vie, sans placer la perte de poids comme objectif de ces interventions.

Le présent document vise à soutenir le réseau de santé publique dans l'atteinte de ces objectifs et est destiné à toute personne travaillant dans le réseau de santé publique montréalais. Ce document n'est pas destiné aux professionnelles et professionnels de la santé œuvrant dans le milieu clinique. Ainsi, les pratiques cliniques préventives concernant le poids ne seront pas abordées.

L'approche axée sur la perte de poids : mythes associés et impacts sur la santé

L'approche axée sur la perte de poids est utilisée par des autorités de santé (11) pour tenter de prévenir et de traiter une multitude de problèmes de santé (12). L'approche axée sur la perte de poids est basée sur plusieurs mythes qui renforcent la grossophobie. La section suivante démystifiera quatre mythes associés à l'approche axée sur la perte de poids afin de mieux comprendre les conséquences négatives de la grossophobie sur la santé.

Mythe #1

Toutes les personnes ayant un IMC de catégorie « poids normal » sont en bonne santé; toutes les personnes ayant un IMC de catégorie « excès de poids » ou « obèse » sont en mauvaise santé.

Historiquement, l'IMC a été développé selon des données populationnelles, comme indicateur peu coûteux, facile et rapide à mesurer. Il permet de connaître, suivre et comparer l'état de santé de la population dans le temps. Par exemple, il existe une relation entre l'IMC et le niveau de risque d'une population de développer plusieurs problèmes de santé, telle que les maladies du cœur, le diabète de type 2 ou des cancers (38). Dans une population, les individus avec un IMC classifié comme « poids insuffisant » et comme « obésité » aurait un risque de mortalité plus élevé (38a). Au-delà de l'IMC de catégorie « excès de poids », le risque de mortalité augmentait avec l'IMC (relation dose-réponse) (38a).

Cependant, la littérature démontre que l'utilisation seule de l'IMC comme indicateur de santé a des limites importantes (39–44). Par exemple, une large étude américaine démontre que (45) :

- près de la moitié des personnes ayant un IMC de catégorie « excès de poids » aurait une bonne santé métabolique¹ ;

¹ La santé métabolique se définit comme l'absence d'un syndrome métabolique. Le syndrome métabolique est un trouble de santé complexe qui augmente le risque de maladie cardiovasculaire et de diabète type 2 (45a). Plusieurs facteurs de risques sont associés au syndrome métabolique, par exemple, une haute pression artérielle, un taux élevé de triglycérides dans le sang ou avoir une haute glycémie à jeun (45a).

- environ 30 % des personnes ayant un IMC de catégorie « poids normal » auraient une mauvaise santé métabolique.

Ces données démontrent qu'il n'est pas possible de poser des conclusions sur l'état de santé actuel d'une personne ou d'une population uniquement selon la catégorie d'IMC (45–47). Une autre étude montre qu'une personne avec un IMC plus élevé qui a de saines habitudes de vie et une bonne santé cardiométabolique² a un risque réduit d'avoir un premier accident vasculaires cérébraux (AVC), un infarctus du myocarde ou de décéder en comparaison avec une personne ayant un IMC plus faible qui n'adopte pas des saines habitudes de vie et qui a une mauvaise santé cardiométabolique (47a).

Au-delà de l'IMC, plusieurs facteurs permettent de qualifier le risque de développer plusieurs maladies : les facteurs de risque reliés aux comportements (tabagisme, consommation d'alcool, alimentation, activité physique, sommeil), la présence de signes et de symptômes, les tests de laboratoire et d'imagerie médicale ainsi que le contexte socio-économique et environnemental (pauvreté, emploi, discrimination, environnement bâti) et le contexte culturel (pratiques, normes, valeurs, présence de racisme) (48, 49).

² Dans cette étude, les marqueurs de santé cardiométaboliques sont les suivant : tension artérielle sans utilisation de médicaments, protéine C réactive, triglycérides sans utilisation de médicaments, niveau de cholestérol sans utilisation de médicaments, absence d'utilisation d'insuline.

Mythe #2

Les diètes sont sans danger pour la santé.

Suivre une diète pour perdre du poids peut avoir des impacts négatifs sur la santé. Dans le contexte de ce document, une diète est un régime alimentaire dont le but est la perte de poids. Une diète implique une restriction de calories et, souvent, l'élimination de groupes d'aliments. Les diètes peuvent détériorer les fonctions cognitives, surtout les fonctions exécutives qui sont essentielles pour le contrôle des comportements (50, 51). Elles peuvent avoir un effet sur la mémoire et la régulation des émotions (51). Plus les diètes sont restrictives au niveau des calories ou au niveau des types d'aliments qui peuvent être consommés, plus les risques à la santé sont importants (52). Par exemple, les diètes peuvent entraîner des carences nutritionnelles, de la basse pression, de la constipation ou des pertes de cheveux importantes (52). La littérature scientifique démontre que les diètes ou les exercices visant à perdre du poids n'engendrent pas une diminution du poids à long terme (53–55).

De multiples revues de littérature concluent que les diètes engendrent des changements au niveau de la physiologie, des hormones et du métabolisme des personnes qui suivent des diètes. Ces changements favorisent le regain de poids et rendent plus difficile la perte de poids par la suite (56–61).

Ainsi, les diètes peuvent mener à un changement fréquent du poids et à des cycles de regain et de perte de poids, aussi appelé l'effet yo-yo (62). L'effet yo-yo est engendré par un effort intentionnel de perte de poids et soutenu, entre autres, par divers mécanismes d'actions biologiques (56, 58) et psychologiques (63–65). Ces mécanismes favorisent la consommation d'aliments et réduisent la dépense d'énergie (voir Annexe 2).

L'effet yo-yo a des impacts négatifs sur la santé physique et mentale. Il est associé à une augmentation des symptômes dépressifs, des troubles de comportement alimentaire et de la tension artérielle (66), ainsi qu'à une mortalité et morbidité cardiovasculaire, comme démontré dans de nombreuses études et revues systématiques (11, 62–64).

Comme l'approche axée sur la perte de poids repose, entre autres, sur l'idée que seule la volonté individuelle est nécessaire pour perdre du poids, c'est sur l'individu que la faute est rejetée lorsque la diète ne fonctionne pas (12). La diète elle-même n'est pas remise en question (12). Une personne qui échoue une diète verra sa santé psychologique diminuer (12). Elle pourra ressentir de la honte, se culpabiliser et internaliser des biais stigmatisants face à son poids (12). Les diètes peuvent donc avoir des impacts néfastes sur la santé physique et mentale.

Mythe #3

Il suffit simplement d'avoir de la volonté, d'améliorer son alimentation et d'augmenter son niveau d'activité physique pour perdre du poids.

Contrairement aux messages véhiculés par plusieurs médias populaires, les habitudes de vie ne sont pas les seuls facteurs influençant le poids (29). Les facteurs génétiques peuvent grandement expliquer la variation du poids de la population. Environ 40 à 50 % de la variation du poids peut être expliquée par la génétique (67). Cette proportion est plus élevée chez les personnes avec un IMC de catégorie « obésité » et un peu plus basses chez les personnes avec un IMC de catégorie « poids normal » (67). Une étude a notamment identifié 60 protéines du cerveau qui jouent un rôle dans la régulation du poids corporel, en influençant entre autres les signaux de faim et de satiété (68). Des études chez des jumeaux et jumelles identiques ayant grandi dans des familles différentes montrent que la génétique a un grand impact sur l'IMC, alors que l'environnement familial a peu ou pas d'impact (69).

De nombreux autres facteurs individuels peuvent expliquer la variation du poids : l'âge, le sexe, l'origine ethnoculturelle, les expériences négatives durant l'enfance, mais aussi le manque de sommeil et les médicaments par exemple (71, 72, 76). De nombreux facteurs populationnels sont également en cause : l'environnement bâti, l'accès au transport actif, le revenu, les conditions de travail, l'accès aux aliments frais et peu transformés, le colonialisme, etc. (70–72).

Les croyances selon lesquelles le « surplus de poids » est causé uniquement par un manque d'activité physique ou de mauvais choix alimentaires et que la perte de poids n'est qu'une question de volonté sont très répandues (73). Ces croyances se retrouvent également dans les discours de santé (73). En maintenant un discours axé sur le poids et la volonté des personnes, il y a un risque d'ignorer ces facteurs populationnels ainsi que les injustices qui les sous-tendent, et ne pas intervenir adéquatement et efficacement.

Mythe #4

La grossophobie est une motivation pour perdre du poids et améliorer la santé.

Les croyances décrites dans le paragraphe précédent sont associées à un plus haut niveau de stigmatisation à l'égard du poids (74). L'expérience répétitive d'événements et d'interactions sociales comprenant de la stigmatisation, des préjugés et de la discrimination produisent un environnement social hostile et stressant pour les individus visés. Ces sources de stress, issues de la stigmatisation, peuvent provoquer des problèmes de santé mentale et physique (75).

Les impacts de la grossophobie sur la santé

Vivre de la stigmatisation face à son poids est associé à un risque augmenté de :

- **troubles de comportement alimentaire** (ex. : anorexie, boulimie) (81, 82, 78)
- **avoir une image corporelle négative** (78)
- **inflammation systémique** (77)
- **avoir une qualité de vie et un bien-être diminué** (78)
- **symptômes dépressifs** (78)
- **détresse psychologique** (78)
- **abus de substance** (79)
- **anxiété** (78,79)
- **avoir une estime de soi négative** (78)
- **sédentarité** (80)
- **décès prématuré** (83)

La grossophobie empêche les personnes considérées comme étant en surpoids d'avoir accès aux ressources dont elles ont besoin pour atteindre un état de santé optimal (84-86). Ceci inclut l'éducation, l'emploi, le logement et des soins de santé de qualité (84-86). En lien avec les soins de santé, par exemple, les femmes ayant un IMC de catégorie « obésité » vivent plusieurs barrières d'accès aux soins de santé pour le dépistage de certains cancers (87, 88). Des expériences négatives en milieux de soins dans le passé les ont découragées à consulter (88). Plusieurs se sont senties inconfortables à se faire peser (88). Elles ont également reçu des conseils non désirés pour perdre du poids ou ont été limitées par du matériel médical non adapté à leur corps, comme des chemises

d'hôpital ou des tables d'examen trop petites (88). Les expériences négatives et stigmatisantes vécues par les personnes considérées en surpoids peuvent mener à l'évitement du système de santé. À long terme, le report et l'évitement des soins de santé préventifs peuvent mener ces personnes à recevoir les soins nécessaires lorsque la maladie est à un stade plus avancé et plus difficile à traiter (85). Ainsi, l'accès aux soins de santé est liée, entre autres, à la qualité des soins reçus et la perception de la sécurité par les utilisateurs et utilisatrices.

La littérature démontre d'ailleurs que la grossophobie diminue la qualité et la quantité des soins reçus (85). Concernant la quantité de soins, plusieurs personnes considérées comme étant en surpoids se voient refuser des interventions médicales à moins d'une perte de poids (89, 90). Cela inclut notamment des traitements d'infertilité et des chirurgies de remplacement de la hanche ou du genou (89, 90). Par exemple, une étude canadienne révèle que le temps d'attente pour une opération au genou chez les personnes vivant avec un IMC de catégorie « obésité » était significativement plus long que chez les personnes vivant avec un IMC de catégorie « poids normal » (91). Concernant la qualité des soins, des études rapportent, par exemple, que le personnel de la santé est plus enclin à attribuer au poids les problèmes de santé des personnes considérées comme étant en surpoids (88, 92, 93). Cela pourrait avoir un impact sur le traitement des problèmes de santé rapportés par ces personnes. Dans une étude auprès d'étudiantes et étudiants en médecine, des personnes venant consulter pour des difficultés respiratoires étaient environ quatre fois plus susceptibles de recevoir des conseils liés à leurs habitudes de vie et quatre fois moins susceptibles de recevoir des médicaments si elles avaient un IMC de catégorie « obésité » que si elles avaient un IMC de catégorie « poids normal » (93).

Une étude quantitative canadienne révèle que 6,4 % de la population adulte canadienne ont rapporté avoir vécu de la discrimination dans un établissement de soins de santé (94). Cette proportion est un peu plus élevée chez les personnes ayant un IMC de catégorie « obésité, classe I » et significativement plus élevée chez celles ayant un IMC de catégorie « obésité, classe II ou III » (94).

La croyance selon laquelle la stigmatisation liée au poids motiverait les personnes à adopter de saines habitudes de vie n'est pas soutenue par les écrits scientifiques. Plusieurs études montrent qu'avoir une relation positive avec son corps encourage à en prendre soin (95–97). La stigmatisation liée au poids a plutôt des effets négatifs sur la santé et peut mener à l'augmentation du poids (98–102). Ceci renforce donc la croyance selon laquelle les personnes perçues comme ayant un surplus de poids sont en mauvaise santé et maintient le cycle de stigmatisation. La grossophobie n'est donc pas une motivation pour perdre du poids ou améliorer sa santé.

Pistes d'actions pour prévenir la grossophobie en santé publique

Considérant les conséquences négatives sur la santé physique et mentale de la stigmatisation liée au poids soulevée dans le présent document, une approche axée uniquement sur la perte de poids est à éviter dans les interventions de santé publique. L'approche inclusive des corps propose une autre voie que celle axée sur la perte de poids³. L'approche inclusive des corps soutient que la santé et le bien-être reposent sur plusieurs facteurs qui ne se limitent pas qu'au poids. Elle affirme qu'il est essentiel d'améliorer l'accès aux soins de santé et de lutter contre la stigmatisation liée au poids (12). Elle repose sur plusieurs principes, dont sept qui s'appliquent au domaine de la santé publique (12, 103) :

- 1 Ne pas nuire ;
- 2 Reconnaître que les humains ont naturellement des corps de différentes formes et grosseurs ;
- 3 Reconnaître que chaque individu, peu importe son poids, a droit à une santé et un bien-être optimal ;
- 4 Reconnaître que la santé comporte plusieurs dimensions : mentale, physique, sociale et environnementale. La santé globale va au-delà de la santé physique ;
- 5 Reconnaître que plusieurs déterminants de la santé sont hors du contrôle des individus ;
- 6 Créer des environnements durables et favorables à la santé en partenariat avec les communautés ;
- 7 Travailler à accroître la justice sociale, l'autonomie et l'accès à la santé, pour toutes les personnes, quel que soit leur poids.

Voici des pistes d'actions à explorer pour améliorer les pratiques de santé publique. Elles s'adressent à toute personne œuvrant à l'amélioration de la santé publique et visent à prévenir la grossophobie pour des pratiques de santé publique inclusives.

³ Traduction libre de *Weight-Inclusive Approach*.

Pistes d'action visant les interventions de santé publique

Les pistes d'action décrites ci-dessous agissent sur plusieurs déterminants de la santé et sont classées selon la [Typologie des interventions de santé publique](#).

I. Interventions au bénéfice de la population

I.1 Action indirecte

Mobiliser

- ✓ Lorsque l'occasion se présente, faire des représentations publiques et des représentations auprès des décideurs et décideuses et produire des avis ou des mémoires sur la stigmatisation liée au poids.

Soutenir

- ✓ En collaboration avec les partenaires, promouvoir et soutenir la création d'environnements (politiques, économiques, socioculturels et physiques) favorables à l'adoption de saines habitudes de vie, sans placer la perte de poids comme objectif ultime de ces interventions. Différents milieux de vie peuvent être ciblés dans ces interventions : milieux de travail, milieux scolaires, espaces publics, etc. (101, 104, 105).
- ✓ Prévenir les impacts collatéraux des interventions de santé publique sur la santé physique et mentale des personnes considérées comme étant en surpoids (29) :
 - En créant des environnements inclusifs pour tous les types de corps. Par exemple, lors d'un groupe de discussion en participation citoyenne, il est important d'avoir des chaises qui conviennent aux corps gros et des espaces de vie suffisamment vastes pour que les personnes grosses puissent y circuler sans contraintes (ex. : cabinets de toilette assez larges) ;
 - En analysant, en amont, l'impact que peut avoir une intervention de santé publique sur ces personnes. L'[analyse différenciée selon les sexes et intersectionnelle](#) (ADS+) permet de faciliter ce type d'analyse ;
 - En faisant preuve d'humilité et en reconnaissant que certains discours et interventions de santé publique ont causé de la stigmatisation par rapport au poids ;

- En produisant des outils de référence et des formations pour le personnel du réseau de la santé sur les enjeux de la stigmatisation liée au poids en contexte clinique.

Collaborer

- ✓ Collaborer et établir des partenariats, afin de créer un véritable changement dans la norme sociale concernant le poids et la grossophobie. Sensibiliser les partenaires aux enjeux de la stigmatisation liée au poids (I2, 29, I06, I07).

1.2 Action directe auprès de la population

- ✓ Travailler à changer la norme sociale au sein de la population en lien avec la perception du poids et la grossophobie, par le marketing social ou la diffusion d'informations à la population.

2. Activités de surveillance, vigie ou veille

- ✓ Assurer la veille de l'actualité concernant l'industrie alimentaire et l'industrie de l'amaigrissement (2I).
- ✓ Assurer la veille de politiques publiques en lien avec les déterminants de la santé et le poids.
- ✓ Dans le cadre d'une collecte de donnée, lorsque l'IMC est utilisé comme indicateur, combiner celui-ci avec d'autres indicateurs permettant de mieux comprendre ce qui influence la santé populationnelle. En voici quelques exemples (I08–I10) :
 - Les taux de maladies chroniques ;
 - Les taux d'hospitalisation ;
 - Les environnements (ex. : l'accès aux fruits et légumes, l'accès aux logements, les aménagements favorables au transport actif) ;
 - Les comportements (ex. : le niveau d'activité physique, l'effet yo-yo, les pratiques de contrôle du poids, la qualité et la quantité de sommeil) ;
 - La santé mentale (ex. : les troubles du comportement alimentaire, la préoccupation excessive ou la satisfaction par rapport au poids et l'image corporelle) ;
 - Les discriminations liées au poids.

- ✓ Être vigilant dans le choix d'articles scientifiques :
 - Évaluer la qualité méthodologique des articles et se baser sur des articles de haute qualité ;
 - Vérifier les conflits d'intérêts et éviter ceux financés par l'industrie ;
 - Valoriser l'interdisciplinarité en consultant des travaux en sociologie, en psychologie et en études féministes par exemple.
- ✓ Poursuivre le développement de connaissances quant à la stigmatisation liée au poids (I2, 29).

Pistes d'action visant le langage et les communications provenant du réseau de santé publique montréalais

- ✓ **Limiter les messages ciblant le poids et la perte de poids** (I01, I05, I10, I11) et se demander si parler de poids apporte une valeur ajoutée au message. Le lien entre les saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques est déjà bien établi, qu'elles mènent à une perte de poids ou non. Limiter les messages qui déclarent que le poids dépend uniquement de l'alimentation et du niveau d'activité physique ou qu'une perte de poids ou l'atteinte de la catégorie d'IMC « poids normal » est nécessaire pour être en santé (I03).
- ✓ **Éviter le langage stigmatisant dans les communications** : éviter les termes « obésité morbide », « souffrir d'obésité », « épidémie d'obésité » et autres termes péjoratifs et stigmatisants. En effet, ces termes présentent le poids de la population comme un fardeau ou comme quelque chose de négatif qui entraîne une certaine panique morale (8, I10). Plusieurs nouveaux termes circulent pour remplacer le terme « personnes obèses », car ce terme peut sous-entendre qu'une personne est malade et doit perdre du poids pour améliorer sa santé. Des termes comme « personnes grosses », « personnes perçues comme étant en surpoids », « personnes jugées comme ayant un surplus de poids » ou « personnes perçues comme étant obèses » sont considérés comme plus inclusifs. Pour plus d'informations, le Collectif Vital a développé une [Trousse pour des communications saines liées au poids](#) (8). Dans le cas où parler de poids serait nécessaire, par exemple pour étudier la stigmatisation liée au poids, il est recommandé de mener des groupes de discussion pour que les personnes concernées décident des termes à utiliser (I12, I13).
- ✓ **Promouvoir des messages positifs axés sur les habitudes de vie** (8, I03, I05, I14). Concentrer les messages sur les comportements (l'adoption d'une saine

alimentation et d'un mode de vie physiquement actif) et sur les autres facteurs qui influencent la santé, comme le soutien social, la qualité du sommeil et la réduction du stress. On évite ainsi la stigmatisation des personnes perçues comme étant en surpoids, tout en encourageant l'adoption de saines habitudes de vie.

Le poids comme facteur de risque

Il est important de réfléchir à la pertinence de mentionner le poids comme facteur de risque dans les communications de santé publique. Par exemple, lors de production de connaissances ou de données visant le réseau de santé publique, il est rarement pertinent de le mentionner. Il faut garder en tête que les régimes d'amaigrissement ont un faible taux de succès, que les discours de santé publique misant sur le poids participent à la marginalisation sociale des personnes perçues comme étant en surpoids et que cette marginalisation nuit à leur santé. Les effets négatifs de mentionner le poids comme facteur de risque surpassent donc les effets positifs. Lorsque le poids est mentionné :

- s'assurer de mentionner les autres facteurs de risque pertinents associés au problème de santé ;
- expliquer de manière nuancée les facteurs qui influencent le poids : outre les habitudes de vie, considérer les facteurs génétiques, environnementaux, sociaux, etc. (8).

✓ Utiliser des images positives représentant une diversité corporelle, ethnique et socio-économique (I03, I15, I16).

- Choisir des images positives qui démontrent des personnes diverses (au niveau de la corpulence, de la culture, du genre, de la capacité, etc.) qui font des activités du quotidien ou qui adoptent des comportements favorables à la santé (I15).
- Éviter les images qui ne représentent que des parties du corps, comme une image de ventre ou de cuisses et des images qui ne présentent des individus que du cou au pied (sans la tête) ou avec un visage couvert (29, I15).
- Éviter les images où les personnes sont placées dans des positions dévalorisantes et les images qui entretiennent des stéréotypes (26, I15). Par exemple, des personnes perçues comme étant en surpoids en train de manger du *fast food* ou qui font une activité sédentaire (29, I15).

Pour plus d'informations, l'organisme ÉquiLibre a développé une [banque d'images](#) visant à mieux représenter la diversité corporelle (I17).

Conclusion

La grossophobie, présente dans notre société au niveau intrapersonnelle, interpersonnelle et structurelle, demeure un enjeu de santé publique au Québec. Ce document vise à permettre aux personnes œuvrant dans le réseau de santé publique montréalais de comprendre les liens entre la grossophobie et la santé pour l'adoption d'interventions inclusives et non stigmatisantes. Pour aller plus loin, l'annexe 3 recense plusieurs références complémentaires.

Afin de mieux répondre aux besoins de la population et de réduire les inégalités sociales de santé, il est essentiel que le réseau de santé publique adopte des pratiques inclusives et s'éloigne des approches stigmatisantes. Pour ce faire, des recommandations visant l'adaptation des interventions de santé publique sont proposées. L'adoption de ces recommandations par le réseau de santé publique montréalais permettra de renforcer les pratiques inclusives et non stigmatisantes en lien avec le poids, de réduire la grossophobie et d'agir positivement pour la santé de la population. En intégrant ces principes dans ses actions, le réseau de santé publique montréalais peut jouer un rôle clé dans la lutte contre la grossophobie et la promotion d'environnements favorables à la santé.

Annexe 1

Cadre conceptuelle - Stigmatisation liée au poids et la santé

Figure 1. Cadre conceptuel illustrant les liens entre la stigmatisation liée au poids et la santé, inspiré des travaux de l'Agence de la santé publique du Canada sur la stigmatisation (18) et de l'article de Stangl et coll. (74), qui propose un cadre conceptuel sur la stigmatisation et la discrimination en santé⁴.

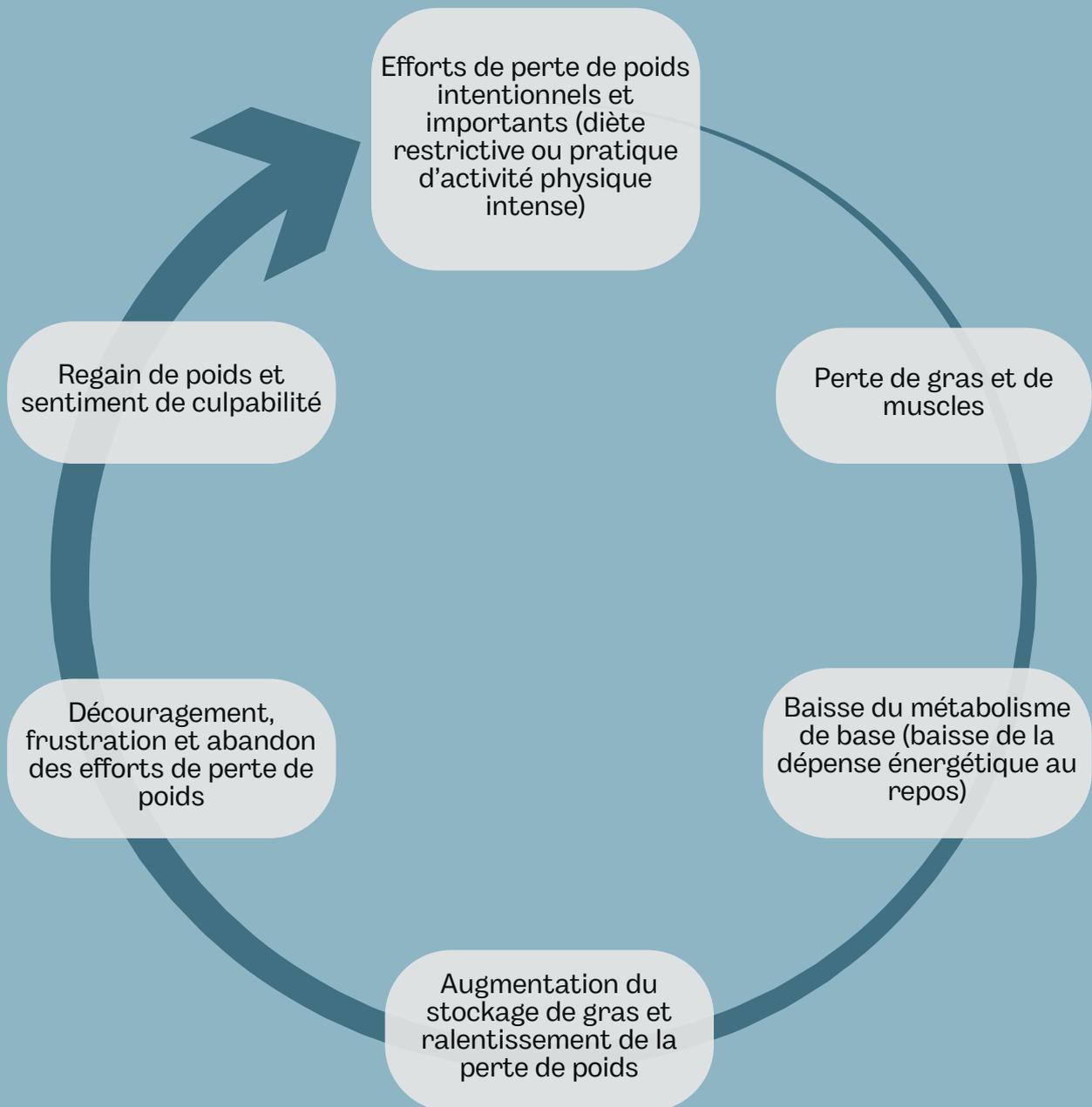
Facteurs qui entraînent la stigmatisation	Pratiques et expériences en matière de stigmatisation	Impacts de la stigmatisation sur la santé et le bien-être
<p>Les systèmes d'oppression en place (racisme, sexisme, colonialisme, capacitisme, etc.)</p> <p>Les normes sociales actuelles prônant des standards de beauté et de santé qui imposent l'atteinte d'une minceur généralement irréaliste</p> <p>Les croyances et stéréotypes liés au poids</p> <p>Les messages perpétués par l'industrie alimentaire, l'industrie de l'amaigrissement et les institutions de santé</p>	<p><u>Stigmatisation</u></p> <p>Institutionnelle</p> <p>Interpersonnelle</p> <p>Intrapersonnelle</p> <p><u>Exemples</u></p> <p>Politiques, normes et comportements discriminatoires</p> <p>Cadre bâti</p> <p>Langages et portraits stéréotypés et dénigrants</p> <p>Exclusion sociale</p> <p>Agression et crimes haineux</p>	<p>Conséquences socio-économiques (Diminution de l'accès à l'éducation, à un emploi de qualité, à un logement de qualité, etc.)</p> <p>Conséquences liées aux soins et services de santé (Diminution de l'accès aux soins et services de santé ou évitement causant une diminution de l'utilisation de ceux-ci, qualité plus faible des soins et services de santé reçus, etc.)</p> <p>Conséquences liées aux comportements sociaux et de santé (Baisse de l'estime de soi et diminution de la participation sociale, isolement, diminution de la participation à des activités physiques, etc.)</p> <p>Détérioration de la santé physique et mentale (haute pression artérielle et inflammation systémique, mort prématurée, détresse psychologique, image corporelle négative et troubles de comportement alimentaire, etc.)</p> <p>Diminution de la qualité de vie et du bien-être</p>

⁴ À noter que, comme la science du poids est en constante évolution et que les connaissances sur la stigmatisation liée au poids sont en développement, ce cadre conceptuel pourrait faire l'objet de changements suite à cette publication.

Annexe 2

Schéma de l'effet yo-yo

Figure 2. Schéma illustrant le cercle vicieux qui peut être engendré par les pertes intentionnelles et importantes de poids.



Annexe 3

Pour aller plus loin

Tableau 1 : Outils pratiques pour pousser la réflexion sur la stigmatisation liée au poids dans un contexte de santé publique.

Références	Contenus pertinents
Outils pratiques	
Association pour la santé publique du Québec. (2023). Trousse pour des communications saines liées au poids. https://aspg.org/nos-outils/trousse-pour-des-communications-saines-liees-au-poids/	Guides pour un langage et un visuel inclusif et non stigmatisant. Messages populationnels pour communiquer sainement sur le poids.
Table québécoise sur la saine alimentation (TQSA). (2023). Grossophobie et image corporelle : S'outiller pour mieux intervenir. https://tqsa.ca/article/grossophobie-et-image-corporelle-s-outiller-pour-mieux-intervenir	Boîte à outils qui rassemble des infographies, des bandes dessinées et des capsules vidéos visant à prévenir la grossophobie et promouvoir une image corporelle positive.
ÉquiLibre. (2023). Au-delà du miroir : réflexions sur l'image corporelle. [balado]. https://equilibre.ca/grand-public/balado/	Balado destiné à la population générale, et visant à démystifier la culture des diètes et le lien entre le poids et la santé.
ÉquiLibre. Formation Poids et image corporelle. [formation en ligne]. https://equilibre.ca/produit/poids-et-image-corporelle-coffret-niveaux-1-2/	Enjeux liés au poids et à l'image corporelle dans l'adoption de saines habitudes de vie et la santé globale de votre clientèle. Intervention selon une approche globale qui tient compte des multiples enjeux des problèmes liés au poids. Approche basée sur le nouveau paradigme sur le poids.

Tableau 2 : Articles scientifiques pour pousser la réflexion sur la stigmatisation liée au poids dans un contexte de santé publique.

Références	Contenus pertinents
Articles scientifiques	
<p>Tylka, T. L., Annunziato, R. A., Burgard, D., Daniélsdóttir, S., Shuman, E., Davis, C., & Calogero, R. M. (2014). The Weight-Inclusive versus Weight-Normative Approach to Health: Evaluating the Evidence for Prioritizing Well-Being over Weight Loss. <i>Journal of Obesity</i>, 2014, 983495. https://doi.org/10.1155/2014/983495</p>	<p>Recommandations pour les milieux cliniques et de santé publique.</p> <p>Impact de l'approche inclusive des corps et de l'approche axée sur la perte de poids sur la santé.</p>
<p>Diététistes en santé publique de l'Ontario. (2018). Health and Wellbeing Philosophy and Approach to Weight. https://www.odph.ca/upload/membership/document/2018-06/odph-version-of-health-and-wellbeing-approach-final.pdf</p>	<p>Exemples concrets d'environnements grossophobes versus inclusifs des corps.</p> <p>Prise de position concernant l'approche axée sur la perte de poids.</p>
<p>Hunger, J. M., Smith, J. P., & Tomiyama, A. J. (2020). An Evidence-Based Rationale for Adopting Weight-Inclusive Health Policy. <i>Social Issues and Policy Review</i>, 14 (1), 73- 107. https://doi.org/10.1111/sipr.12062</p>	<p>Recommandations pour la santé publique.</p>

Références

- 1 Haththotuwa RN, Wijeyaratne CN, Senarath U. Worldwide epidemic of obesity. In: Obesity and Obstetrics [Internet]. Elsevier; 2020 [cité 12 janv 2024]. p. 3-8. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780128179215000011>
- 2 ÉquiLibre. La grossophobie, ça suffit! [Internet]. 2023 [cité 8 févr 2024]. Disponible sur: <https://equilibre.ca/campagne/la-grossophobie-ca-suffit/>
- 3 Santé Canada. Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes. Ottawa; 2003.
- 4 Humphreys S. The unethical use of BMI in contemporary general practice. Br J Gen Pract. 1 sept 2010;60(578):696-7.
- 5 Jackson AS, Ellis KJ, McFarlin BK, Sailors MH, Bray MS. Body mass index bias in defining obesity of diverse young adults: the Training Intervention and Genetics of Exercise Response (TIGER) Study. Br J Nutr. 14 oct 2009;102(7):1084-90.
- 6 Luke A. Ethnicity and the BMI–body fat relationship. Br J Nutr. août 2009;102(04):485.
- 7 Organisation mondiale de la santé. Obésité et surpoids [Internet]. 2020 [cité 18 août 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- 8 Association pour la santé publique du Québec. Trousse pour des communications saines liées au poids: Guide pour un langage inclusif et non stigmatisant à propos du poids [Internet]. 2023. Disponible sur: https://collectifvital.ca/files/P2-Enjeux_poids/Trousse/2_Langage%20inclusif.pdf
- 8a Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. Lancet Diabetes Endocrinol. Published online January 9, 2025.
- 9 Organisation mondiale de la santé. Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé - Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. Communication présentée à la Conférence internationale sur la Santé. 1946; New York.
- 10 Gouvernement du Québec. Poids corporel [Internet]. 2020 [cité 9 août 2023]. Disponible sur: <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/saines-habitudes-de-vie/poids-corporel>
- 10a Couzin-Frankel, J. A lighter burden. Science, 2021, vol. 373, no 6554, p. 480-483.
- 10b Ontario Dietitians in Public Health. Towards a Weight-Inclusive Approach in Public Health A Position Statement by the Ontario Dietitians in Public Health Published, July 2024
- 11 O'Hara L, Taylor J. What's Wrong With the 'War on Obesity?' A Narrative Review of the Weight-Centered Health Paradigm and Development of the 3C Framework to Build Critical Competency for a Paradigm Shift. SAGE Open. 1 avr 2018;8(2):2158244018772888.

- 11a Bombak, AE, Adams, L, et Thille, P. Drivers of medicalization in the Canadian adult obesity clinical practice guidelines. *Canadian Journal of Public Health*, 2022, vol. 113, no 5, p. 743-748.
- 12 Tylka TL, Annunziato RA, Burgard D, Daniélsdóttir S, Shuman E, Davis C, et al. The Weight-Inclusive versus Weight-Normative Approach to Health: Evaluating the Evidence for Prioritizing Well-Being over Weight Loss. Sysko R, éditeur. *J Obes*. 23 juill 2014;2014:983495.
- 13 MacLean L, Edwards N, Garrard M, Sims-Jones N, Clinton K, Ashley L. Obesity, stigma and public health planning. *Health Promot Int*. 12 nov 2008;24(1):88-93.
- 14 Salas XR, Forhan M, Caulfield T, Sharma AM, Raine K. A critical analysis of obesity prevention policies and strategies. *Can J Public Health*. sept 2017;108(5-6):e598-608.
- 15 Andreyeva T, Puhl RM, Brownell KD. Changes in Perceived Weight Discrimination Among Americans, 1995–1996 Through 2004–2006. *Obesity*. mai 2008;16(5):1129-34.
- 16 Poliquin H. Analyse critique et dimensionnelle du concept de santéisation. *APORIA*. 2015;7(1).
- 17 Centre national de ressources textuelles et lexicales. Obèse [Internet]. [cité 25 juillet 2024]. Disponible sur : <https://cnrtl.fr/etymologie/ob%C3%A8se>
- 18 Agence de la santé publique du Canada. Lutte contre la stigmatisation: vers un système de santé plus inclusif. Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2019. [Internet]. Gouvernement du Canada; 2019. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/lutte-contre-stigmatisation-vers-systeme-sante-plus-inclusif.html>
- 19 Clair M. Stigma. In: Ryan JM, éditeur. *Core Concepts in Sociology*. John Wiley & Sons Ltd; 2018. p. 318-22.
- 20 France Filiatrault, Michel Désy, Bruno Leclerc. Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique [Internet]. Institut national de santé publique du Québec; 2015. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2010_referentiel_valeurs_analyse_ethique.pdf
- 21 Sauvé-Lévesque L, Rossier-Bisaillon MJ. Produits, services et moyens amaigrissants - Portrait québécois de la publicité en ligne [Internet]. Association pour la santé publique du Québec; 2021. Disponible sur: https://www.aspq.org/app/uploads/2022/01/portrait-publicite-enligne-psma_aspq_2022.pdf
- 22 Schaefer C, Mongeau L. L'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids: éléments d'une problématique et réflexions pour l'action. Montréal: Collectif action alternative en obésité; 2000.
- 23 Jalbert YG. PSMA - Démasquer l'industrie de l'amaigrissement : appel à l'action [Internet]. Association pour la santé publique du Québec; 2015. Disponible sur: <https://bel.uqtr.ca/id/eprint/3234/1/D%C3%A9masquer%20l'industrie%20de%20l'amaigrissement.pdf>
- 24 Association pour la santé publique du Québec. La grossophobie: une réalité bien présente au Québec [Internet]. 2021 [cité 9 août 2023]. Disponible sur: https://collectifvital.ca/files/P2-Enjeux_poids/Grossophobie/Grossophobie.pdf

- 25 Dufour Bouchard AA. Image corporelle et grossophobie [Internet]. Symposium Grossophobie et image corporelle: S'informer pour mieux intervenir; 2023 févr 16. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=5DIWDIDAnIA>
- 26 Puhl RM, Brownell KD. Confronting and Coping with Weight Stigma: An Investigation of Overweight and Obese Adults*. *Obesity*. oct 2006;14(10):1802-15.
- 27 Aimé A, Bégin C, Craig W, Brault MC, Côté M, Valois P. Environnement et discrimination à l'école primaire: Quel est l'impact de ces facteurs sur les habitudes de vie et sur le poids d'enfants et de pré-adolescents? Fonds de recherche Société et culture, Action concertée sur le poids; 2014.
- 28 Aimé A, Maïano C. La stigmatisation et la discrimination par rapport au poids: reflet d'une phobie collective face à l'obésité? *Bulletin de santé publique*. 2014;38(1):3-4.
- 29 Organisation mondiale de la santé. Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region [Internet]. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe; 2017 [cité 9 août 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353613>
- 30 Pearl RL, Puhl RM, Lessard LM, Himmelstein MS, Foster GD. Prevalence and correlates of weight bias internalization in weight management: A multinational study. *SSM - Popul Health*. mars 2021;13:100755.
- 31 Puhl R, Himmelstein MS, Quinn DM. Internalizing Weight Stigma: Prevalence and Sociodemographic Considerations in US Adults. *Obesity*. 1 janv 2018;26(1):167-75.
- 32 Harrison C. *Anti-diet: reclaim your time, money, well-being, and happiness through intuitive eating*. First Little, Brown Spark paperback edition. New York: Little, Brown Spark; 2021.
- 33 Strings S. *Fearing the Black Body*. S.I.: NYU Press; 2019.
- 34 Sakala ST, Rossier-Bisailon MJ. Groupe de travail provincial sur les problématiques du poids : Pour des communications saines sur les problématiques reliées au poids [Internet]. Association pour la santé publique du Québec; 2021. Disponible sur: https://collectifvital.ca/files/P2-Enjeux_poids/Rapport_GTPPP.pdf
- 35 Collectif Vital. La Coalition Poids devient le Collectif Vital: Parce que c'est essentiel de soutenir les saines habitudes de vie [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://collectifvital.ca/fr/communique-de-presse/10856>
- 36 Collège des médecins du Québec. Grossophobie médicale: Fiche média [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.cmq.org/fr/medias/medias-grossophobie-medicale>
- 37 Cerhan JR, Moore SC, Jacobs EJ, Kitahara CM, Rosenberg PS, Adami HO, et al. A Pooled Analysis of Waist Circumference and Mortality in 650,000 Adults. *Mayo Clin Proc*. mars 2014;89(3):335-45.
- 38 Larsson SC, Burgess S. Causal role of high body mass index in multiple chronic diseases: a systematic review and meta-analysis of Mendelian randomization studies. *BMC Med*. déc 2021;19(1):320.
- 38a Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. Excess Deaths Associated With Underweight, Overweight, and Obesity. *JAMA*. 20 avr 2005;293(15):1861-7.

- 39 Bhaskaran K, Dos-Santos-Silva I, Leon DA, Douglas IJ, Smeeth L. Association of BMI with overall and cause-specific mortality: a population-based cohort study of 3.6 million adults in the UK. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2018 Dec;6(12):944-953. Octobre 2018.
- 40 Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of All-Cause Mortality With Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 2 janv 2013;309(1):71-82.
- 41 Lantz P, Golberstein E, House J, Morenoff J. Socioeconomic and Behavioral Risk Factors for Mortality in a National 19-Year Prospective Study of U.S. Adults. *Soc Sci Med* 1982. 1 févr 2010;70:1558-66.
- 42 Mehta T, McCubrey R, Pajewski NM, Keith SW, Allison DB, Crespo CJ, et al. Does obesity associate with mortality among Hispanic persons? Results from the National Health Interview Survey. *Obes Silver Spring Md.* 2013/04/17 éd. juill 2013;21(7):1474-7.
- 43 Orpana H, Berthelot JM, Kaplan M, Feeny D, McFarland B, Ross N. BMI and Mortality: Results From a National Longitudinal Study of Canadian Adults. *Obes Silver Spring Md.* 1 juin 2009;18:214-8.
- 44 Zheng W, McLerran DF, Rolland B, Zhang X, Inoue M, Matsuo K, et al. Association between Body-Mass Index and Risk of Death in More Than 1 Million Asians. *N Engl J Med.* 24 févr 2011;364(8):719-29.
- 45 Tomiyama AJ, Hunger JM, Nguyen-Cuu J, Wells C. Misclassification of cardiometabolic health when using body mass index categories in NHANES 2005–2012. *Int J Obes.* 1 mai 2016;40(5):883-6.
- 45a The Expert Panel. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA.* 2001; 285: 2486–2497.
- 46 Lee CD, Blair SN, Jackson AS. Cardiorespiratory fitness, body composition, and all-cause and cardiovascular disease mortality in men. *Am J Clin Nutr.* 1 mars 1999;69(3):373-80.
- 47 Ortega F, Lee D chul, Katzmarzyk P, Ruiz J, Sui X, Church T, et al. The intriguing metabolically healthy but obese phenotype: Cardiovascular prognosis and role of fitness. *Eur Heart J.* 4 sept 2012;34.
- 47a Paulin A, Manikpurage HD, Després J, Thériault S, Arsenault BJ. Sex-specific impact of body weight on atherosclerotic cardiovascular disease incidence in individuals with and without ideal cardiovascular health. *J Am Heart Assoc.* 2023;12:e028502.
- 48 Agence de la santé publique du Canada. Facteur de risque des maladies chroniques [Internet]. Gouvernement du Canada. 2023 [cité 17 août 2023]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/facteurs-risque-maladies-chroniques.html>
- 49 Paulin A, Manikpurage HD, Després J, Thériault S, Arsenault BJ. Sex-Specific Impact of Body Weight on Atherosclerotic Cardiovascular Disease Incidence in Individuals With and Without Ideal Cardiovascular Health. *J Am Heart Assoc.* 4 juill 2023;12(13):e028502.
- 50 Kemps E, Tiggemann M, Marshall K. Relationship between dieting to lose weight and the functioning of the central executive. *Appetite.* 1 déc 2005;45(3):287-94.

- 51 Tatsi E, Caswell N. Executive functions and the role of dieting: A comparison between English and Greek females. *J Health Soc Sci.* 30 sept 2020.
- 52 Lemieux V, Gélinau MC, Thivierge C. Régimes, produits amaigrissants et programmes commerciaux de perte de poids. Pourquoi s'en préoccuper? *MedActuel.* oct 2015;31-3.
- 53 Mann T, Tomiyama AJ, Westling E, Lew AM, Samuels B, Chatman J. Medicare's Search for Effective Obesity Treatments: Diets Are Not the Answer. *Am Psychol.* 1 mai 2007;62:220-33.
- 54 Thorogood A, Mottillo S, Shimony A, Fillion KB, Joseph L, Genest J, et al. Isolated Aerobic Exercise and Weight Loss: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Am J Med.* 1 août 2011;124(8):747-55.
- 55 Tomiyama AJ, Ahlstrom B, Mann T. Long-term Effects of Dieting: Is Weight Loss Related to Health?: Weight-loss Diets and Health. *Soc Personal Psychol Compass.* déc 2013;7(12):861-77.
- 56 Anastasiou CA, Karfopoulou E, Yannakoulia M. Weight regaining: From statistics and behaviors to physiology and metabolism. *Metabolism.* 1 nov 2015;64(11):1395-407.
- 57 Busetto L, Bettini S, Makaronidis J, Roberts CA, Halford JCG, Batterham RL. Mechanisms of weight regain. *Eur J Intern Med.* 1 nov 2021;93:3-7.
- 58 Evert AB, Franz MJ. Why Weight Loss Maintenance Is Difficult. *Diabetes Spectr.* 1 août 2017;30(3):153-6.
- 59 Greenway FL. Physiological adaptations to weight loss and factors favouring weight regain. *Int J Obes.* 1 août 2015;39(8):1188-96.
- 60 Leibel RL, Rosenbaum M, Hirsch J. Changes in Energy Expenditure Resulting from Altered Body Weight. *N Engl J Med.* 9 mars 1995;332(10):621-8.
- 61 MacLean PS, Higgins JA, Giles ED, Sherk VD, Jackman MR. The role for adipose tissue in weight regain after weight loss. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes.* févr 2015;16 Suppl 1(Suppl 1):45-54.
- 62 Muls E, Kempen K, Vansant G, Saris W. Is weight cycling detrimental to health? A review of the literature in humans. *Int J Obes Relat Metab Disord.* sept 1995;19 Suppl 3:S46-50.
- 63 Madigan CD, Pavey T, Daley AJ, Jolly K, Brown WJ. Is weight cycling associated with adverse health outcomes? A cohort study. *Prev Med.* 1 mars 2018;108:47-52.
- 64 Quinn DM, Puhl RM, Reinka MA. Trying again (and again): Weight cycling and depressive symptoms in U.S. adults. *PLOS ONE.* 11 sept 2020;15(9):e0239004.
- 65 Tomiyama AJ. Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite.* nov 2014;82:8-15.
- 66 Brownell KD, Rodin J. Medical, Metabolic, and Psychological Effects of Weight Cycling. *Arch Intern Med.* 27 juin 1994;154(12):1325-30.
- 67 Bouchard C. Genetics of Obesity: What We Have Learned Over Decades of Research. *Obesity.* mai 2021;29(5):802-20.
- 68 Gagnon E, Girard A, Gobeil É, Bourgault J, Couture C, Mitchell PL, et al. Genetic control of body weight by the human brain proteome. *iScience.* avr 2023;26(4):106376.

- 69 Stunkard AJ, Harris JR, Pedersen NL, McClearn GE. The Body-Mass Index of Twins Who Have Been Reared Apart. *N Engl J Med.* 24 mai 1990;322(21):1483-7.
- 70 Keith SW, Redden DT, Katzmarzyk PT, Boggiano MM, Hanlon EC, Benca RM, et al. Putative contributors to the secular increase in obesity: exploring the roads less traveled. *Int J Obes.* nov 2006;30(11):1585-94.
- 71 Lee A, Cardel M, Donahoo WT. Social and Environmental Factors Influencing Obesity. In: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, Boyce A, Chrousos G, Corpas E, et al., éditeurs. *Endotext* [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000 [cité 9 août 2023]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278977/>
- 72 Tremblay A, Chaput JP. About unsuspected potential determinants of obesity. *Appl Physiol Nutr Metab.* août 2008;33(4):791-6.
- 73 Chaput JP, Ferraro Z M, Prudhomme D, Sharma AM. Mythes largement répandus à propos de l'obésité. *Can Fam Physician.* 2014;60(11):981-4.
- 74 Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, Van Brakel W, C. Simbayi L, Barré I, et al. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Med.* déc 2019;17(1):31.
- 75 Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.* sept 2003;129(5):674-97.
- 76 Arsenault BJ et Doucet P. « La grossophobie : Conjuguer science et bienveillance ». Fédération des médecins spécialistes du Québec et Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. 15 avril 2024. Webinaire.
- 77 Sutin AR, Stephan Y, Luchetti M, Terracciano A. Perceived weight discrimination and C-reactive protein: Discrimination and CRP. *Obesity.* sept 2014;22(9):1959-61.
- 78 Emmer C, Bosnjak M, Mata J. The association between weight stigma and mental health: A meta-analysis. *Obes Rev* [Internet]. janv 2020 [cité 9 août 2023];21(1). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.12935>
- 79 Hatzenbuehler ML, Keyes KM, Hasin DS. Associations Between Perceived Weight Discrimination and the Prevalence of Psychiatric Disorders in the General Population. *Obesity.* nov 2009;17(11):2033-9.
- 80 Wott CB, Carels RA. Overt Weight Stigma, Psychological Distress and Weight Loss Treatment Outcomes. *J Health Psychol.* mai 2010;15(4):608-14.
- 81 Vartanian LR, Porter AM. Weight stigma and eating behavior: A review of the literature. *Appetite.* juill 2016;102:3-14.
- 82 Hunger JM, Tomiyama AJ. Weight Labeling and Disordered Eating Among Adolescent Girls: Longitudinal Evidence From the National Heart, Lung, and Blood Institute Growth and Health Study. *J Adolesc Health.* sept 2018;63(3):360-2.
- 83 Sutin AR, Stephan Y, Terracciano A. Weight Discrimination and Risk of Mortality. *Psychol Sci.* nov 2015;26(11):1803-11.

- 84 Burmeister JM, Kiefner AE, Carels RA, Musher-Eizenman DR. Weight bias in graduate school admissions: Weight Bias Graduate Admissions. *Obesity*. mai 2013;21(5):918-20.
- 85 Phelan S, Burgess D, Yeazel MW, Hellerstedt W, Griffin J, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev*. 1 avr 2015;16.
- 86 Roehling MV, Roehling PV, Pichler S. The relationship between body weight and perceived weight-related employment discrimination: The role of sex and race. *J Vocat Behav*. oct 2007;71(2):300-18.
- 87 Aldrich T, Hackley B. The Impact of Obesity on Gynecologic Cancer Screening: An Integrative Literature Review. *J Midwifery Womens Health*. 1 juill 2010;55(4):344-56.
- 88 Amy NK, Aalborg A, Lyons P, Keranen L. Barriers to routine gynecological cancer screening for White and African-American obese women. *Int J Obes*. 1 janv 2006;30(1):147-55.
- 89 Elenis E, Skoog Svanberg A, Leandersson P, Lind J, Sydsjö G. Access to infertility evaluation and treatment in two public fertility clinics and the reasons for withholding it: a prospective survey cohort study of healthcare professionals. *BMJ Open*. déc 2020;10(12):e041538.
- 90 Shapiro JA, Narayanan AS, Taylor PR, Olcott CW, Del Gaizo DJ. Fate of the Morbidly Obese Patient Who Is Denied Total Joint Arthroplasty. *J Arthroplasty*. juin 2020;35(6):S124-8.
- 91 Richardson G, Dusik C, Lethbridge L, Dunbar M. Variable effects of obesity on access to total hip and knee arthroplasty. *Can J Surg*. févr 2021;64(1):E84-90.
- 92 Hebl M, Xu J. Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient. *Int J Obes*. août 2001;25(8):1246-52.
- 93 Persky S, Eccleston CP. Medical student bias and care recommendations for an obese versus non-obese virtual patient. *Int J Obes*. 1 mai 2011;35(5):728-35.
- 94 Gupta N, Bombak A, Foroughi I, Riediger N. Discrimination dans le système de soins de santé parmi les adultes au poids plus élevé : données issues d'une enquête transversale nationale canadienne. *Promot Santé Prév Mal Chron Au Can*. déc 2020;40(11/12):365-71.
- 95 Augustus-Horvath CL, Tylka TL. The acceptance model of intuitive eating: A comparison of women in emerging adulthood, early adulthood, and middle adulthood. *J Couns Psychol*. janv 2011;58(1):110-25.
- 96 Homan KJ, Tylka TL. Appearance-based exercise motivation moderates the relationship between exercise frequency and positive body image. *Body Image*. mars 2014;11(2):101-8.
- 97 Tylka TL, Augustus-Horvath CL. Fighting self-objectification in prevention and intervention contexts. In: Calogero RM, Tantleff-Dunn S, Thompson JK, éditeurs. *Self-objectification in women: Causes, consequences, and counteractions* [Internet]. Washington: American Psychological Association; 2011 [cité 9 août 2023]. p. 187-214. Disponible sur: <http://content.apa.org/books/12304-009>
- 98 Logel C, Stinson DA, Brochu PM. Weight Loss Is Not the Answer: A Well-being Solution to the "Obesity Problem": A Well-being Solution to the "Obesity Problem". *Soc Personal Psychol Compass*. déc 2015;9(12):678-95.

- 99 Major B, Tomiyama J, Hunger JM. The Negative and Bidirectional Effects of Weight Stigma on Health. In: Major B, Dovidio JF, Link BG, éditeurs. *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health* [Internet]. Ire éd. Oxford University Press; 2017 [cité 9 août 2023]. p. 499-520. Disponible sur: <https://academic.oup.com/edited-volume/27954/chapter/211543240>
- 100 Puhl RM, Heuer CA. The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*. mai 2009;17(5):941-64.
- 101 Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: important considerations for public health. *Am J Public Health*. 2010/01/14 éd. juin 2010;100(6):1019-28.
- 102 Puhl R, Suh Y. Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. *Curr Obes Rep*. juin 2015;4(2):182-90.
- 103 Diététistes en santé publique de l'Ontario. Addressing Weight Bias: A Call to Action [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.odph.ca/upload/membership/document/2019-10/addressing-weight-bias-fact-sheet-final.pdf>
- 104 Association pour la santé publique du Québec. Trousse pour des communications saines liées au poids : Des messages populationnels pour communiquer sainement sur le poids [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://aspq.org/nos-outils/trousse-pour-des-communications-saines-liees-au-poids/>
- 105 Hunger JM, Smith JP, Tomiyama AJ. An Evidence-Based Rationale for Adopting Weight-Inclusive Health Policy. *Soc Issues Policy Rev*. 1 janv 2020;14(1):73-107.
- 106 McVey GL, Walker KS, Beyers J, Harrison HL, Simkins SW, Russell-Mayhew S. Integrating Weight Bias Awareness and Mental Health Promotion Into Obesity Prevention Delivery: A Public Health Pilot Study. *Prev Chronic Dis*. 4 avr 2013;10:120185.
- 107 Tomiyama AJ, Carr D, Granberg EM, Major B, Robinson E, Sutin AR, et al. How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health. *BMC Med*. déc 2018;16(1):123.
- 108 Bacon L, Aphramor L. Weight Science: Evaluating the Evidence for a Paradigm Shift. *Nutr J*. déc 2011;10(1):9.
- 109 Diététistes en santé publique de l'Ontario. Health and Wellbeing Philosophy and Approach to Weight [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.odph.ca/upload/membership/document/2018-06/odph-version-of-health-and-wellbeing-approach-final.pdf>
- 110 O'Reilly C, Sixsmith J. From Theory to Policy: Reducing Harms Associated with the Weight-Centered Health Paradigm. *Fat Stud*. janv 2012;1(1):97-113.
- 111 Pausé C. Borderline: The Ethics of Fat Stigma in Public Health. *J Law Med Ethics*. 1 déc 2017;45(4):510-7.
- 112 Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Les populations et le pouvoir du langage... Parlons-en [Internet]. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier; 2013. Disponible sur: https://nccdh.ca/images/uploads/Population_FR_web.pdf

- 113 Public Health Wales. Principles of Community engagement for Empowerment [Internet]. Cardiff: Public Health Wales NHS Trust; 2019. Disponible sur: <https://phw.nhs.wales/news/rules-of-community-engagement-relinquish-your-power-so-that-communities-can-take-control/principles-of-community-engagement-for-empowerment/#:~:text=Principle%20%3A-,Community%20engagement%2C%20which%20leads%20to%20individual%20and%20community%20empowerment%2C%20means,the%20same%20amount%20of%20power>
- 114 Puhl R, Peterson JL, Luedicke J. Fighting obesity or obese persons? Public perceptions of obesity-related health messages. *Int J Obes.* juin 2013;37(6):774-82.
- 115 Association pour la santé publique du Québec. Trousse pour des communications saines liées au poids : Guide pour un visuel inclusif et non stigmatisant à propos du poids [Internet]. 2023. Disponible sur: https://collectifvital.ca/files/P2-Enjeux_poids/Trousse/3_Visuel%20inclusif.pdf
- 116 Vartanian LR. “Obese people” vs “Fat people”: Impact of group label on weight bias. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes.* sept 2010;15(3):e195-8.
- 117 ÉquiLibre. Place à la diversité corporelle - Coffret de 28 photos [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://equilibre.ca/produit/place-a-la-diversite-corporelle-coffret-de-photos/>

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal**

Québec 