

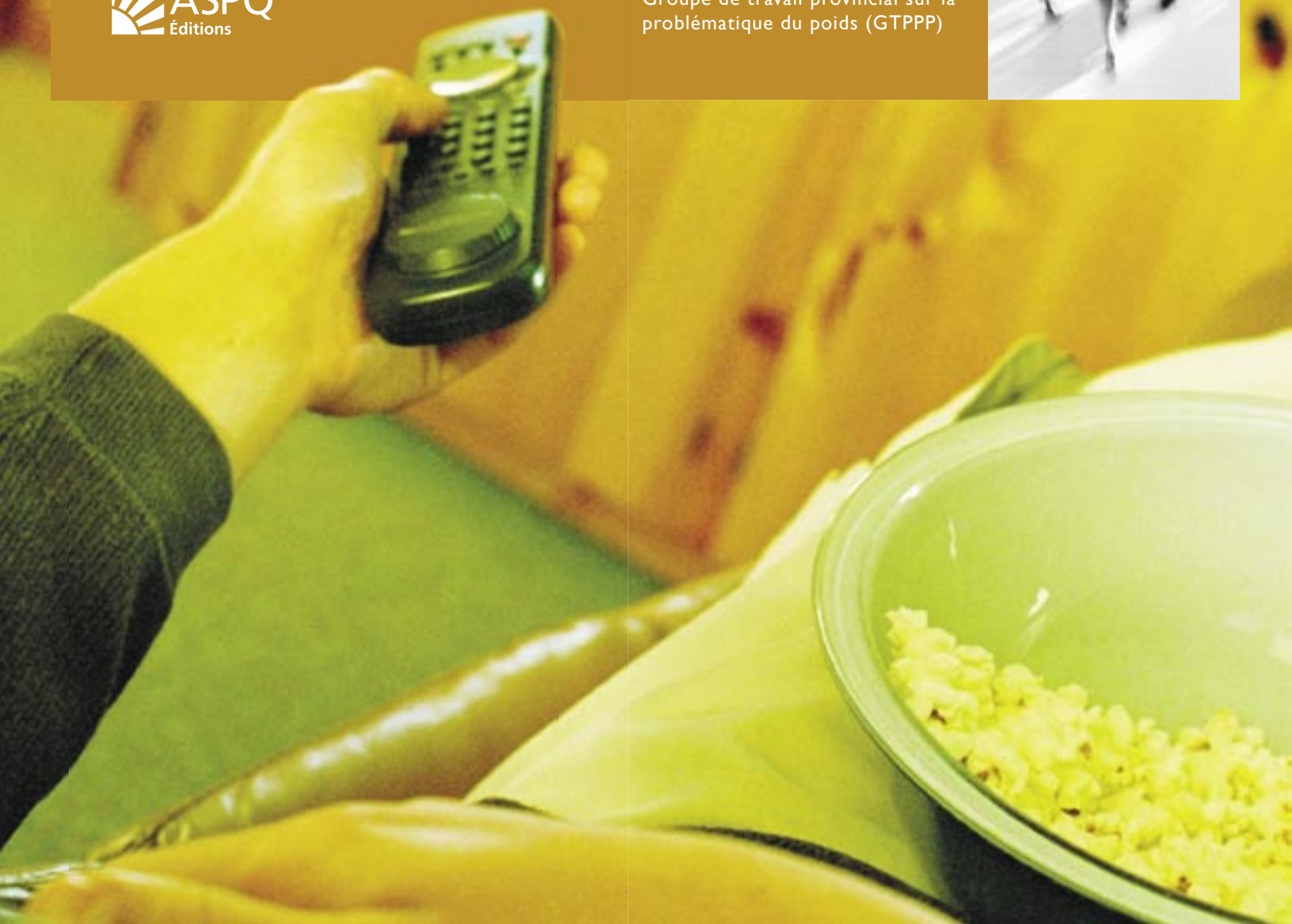
Les problèmes reliés au

poids

au Québec:
un appel à la mobilisation



Groupe de travail provincial sur la
problématique du poids (GTPPP)



Avant-propos

Initié en 2000 par l'Association pour la santé publique du Québec (AS PQ), le Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (GTPPP) a pour but de développer une vision commune des problèmes reliés au poids et de proposer un plan d'action. Le présent document est le premier jalon d'un plan d'action plus substantiel à venir.

Dans ce document, le GTPPP s'adresse principalement à ses collègues : les décideurs et les professionnels de la santé publique. Le but visé par le document est d'exposer la problématique du poids dans une perspective large et exhaustive. Le GTPPP tente de démontrer qu'une approche novatrice est requise car les démarches traditionnelles pour faire face aux divers aspects de la problématique du poids dans la population ont échoué et se sont même avérées nuisibles. Finalement, il vise, notamment par la diffusion de ce document, à susciter la participation des acteurs du réseau de la santé publique à s'investir face à cette importante problématique en émergence.

Jusqu'à ce jour, notre réseau a déployé peu de ressources pour les problèmes reliés au poids. Pourtant, tous les jours les médias présentent diverses facettes de l'obésité et de la préoccupation à l'égard de l'image corporelle ou encore des articles sur l'alimentation et l'activité physique. Toutes les minutes, des personnes se mettent à la diète et en parlent. De plus en plus de gens voient leur santé affectée par un excès de poids, et ceci survient à un âge plus précoce qu'auparavant. Si le sujet est à ce point sur la place publique, c'est parce qu'il intéresse la population. Oui, la population est grandement motivée par les questions de poids, d'activité physique et de nutrition. Elle est avide de trouver des réponses. Le GTPPP croit qu'il serait judicieux que le secteur de la santé publique puisse tirer profit de cet intérêt.

Récemment, le *Programme national de santé publique 2003-2012* a changé la donne. Ce programme, qui constitue un engagement national envers la prévention, vise « ...[à ce] que chaque Québécoise, que chaque Québécois se sente bien dans sa peau, physiquement et psychologiquement. » (p. III). Pour atteindre un tel objectif, quoi de plus naturel que de commencer par le poids! Ainsi, les thèmes du poids, de l'image corporelle, de l'alimentation et de l'activité physique doivent prendre place dans les plans d'action locaux, régionaux et dans le plan d'action national, plans qui découlent du *Programme national de santé publique 2003-2012* et qui s'actualiseront au cours des prochaines années.

Mais sommes-nous prêts? Que ferons-nous?

Nous souhaitons que ce document vous inspire et vous stimule dans l'amorce de ce grand chantier. Il s'agit de la première pièce d'information significative issue du GTPPP. D'autres suivront, nourries par le foisonnement des nouvelles connaissances, des données épidémiologiques et des résultats d'évaluation de projets en lien avec le poids. Ainsi, nous vous invitons à lire attentivement ce document, et à le relire de nouveau pour bien vous approprier son contenu. Puis de le faire lire à des collègues, à vos employés ou à vos supérieurs, à vos partenaires dans l'action, à différentes personnes autour de vous car finalement les problèmes reliés au poids nous concernent tous.

Bonne lecture.
Le GTPPP

Les problèmes reliés au
poids
au Québec:
un appel à la mobilisation



Groupe de travail provincial sur la
problématique du poids (GTPPP)



Qu'allons nous faire ?



Depuis une trentaine d'années, de nombreuses transformations sociales ont entraîné les individus dans un mode de vie plus sédentaire et dans une modification profonde des habitudes alimentaires.



En 1971, 80 % des enfants de 7-8 ans marchaient pour se rendre à l'école. En 1999, ce n'était plus le cas que pour 41 % des jeunes de cet âge.



En face d'une portion plus grosse, il est démontré que le consommateur consomme 30 % plus de calories.



Changer les environnements revient à dire qu'il faut « rendre les choix santé faciles et les choix moins santé plus difficiles ».

Une entité : deux problèmes

En 1987 au Québec, l'obésité^a touchait 9 % de la population de 15 ans et plus^{1,2}. Onze ans plus tard, en 1998, cette proportion était passée à 13 %. Quoique moins impressionnante qu'aux États-Unis, cette prévalence représente tout de même une augmentation de 44 %. Durant la même période, l'excès de poids^b chez les Québécois et Québécoises² de 20 à 64 ans est passé de 19 % à 28 % ce qui représente encore ici une augmentation de 44 %. Ainsi, nul doute, les Québécois aussi prennent du poids.

Mais là s'arrêtent les comparaisons car les Québécois se distinguent à plusieurs égards des autres populations quant à la distribution du poids. Alors que dans beaucoup d'autres populations les femmes tendent à présenter davantage d'excès de poids, au Québec, il y a plus d'hommes affectés par le problème (figure 1). Ensuite, contrairement à bien des populations, il n'y a pas de relation significative entre le surplus de poids et le revenu. En revanche, l'excès de poids diminue à mesure que la scolarité augmente².

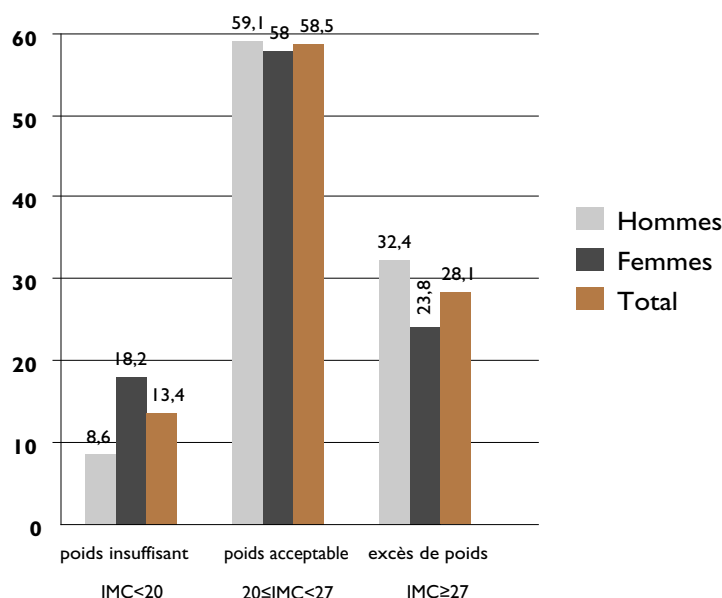


Figure 1 – Distribution des catégories de poids dans la population du Québec de 20 à 64 ans, selon le sexe.
Source : Institut de la statistique du Québec, Santé Québec 1998²

La figure 1 montre une autre différence importante entre les hommes et les femmes : il y a beaucoup plus de femmes qui présentent un poids insuffisant. Certaines d'entre elles sont minces naturellement, mais beaucoup d'autres cherchent à le rester par différents moyens. En effet, en 1998, parmi les femmes québécoises se situant dans la catégorie du poids-santé, une sur deux souhaitait perdre du poids². Ici comme ailleurs, cette insatisfaction à l'égard du poids et de l'apparence rejoint les jeunes : lors de l'Enquête

Partout sur la planète, le poids moyen des populations augmente.

À mesure que se répand la culture occidentale, s'étend avec elle, un nouveau mode de vie que certains qualifient d'« obésogène^{3,4,5} ».

^a L'obésité est définie par un indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m².

^b L'excès de poids est définie dans ce cas-ci par un IMC ≥ 27 kg/m².

En Asie, les cas d'anorexie et de boulimie se sont accrus suite à l'introduction des téléromans américains qui présentent des modèles féminins très minces⁷.

L'Organisation mondiale de la Santé indique que l'obésité est en train de déclasser les maladies infectieuses en tant que menace de santé dans les populations, engendrant un fardeau financier important pour les systèmes de santé⁹.

Une équipe œuvrant au sein de l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) a analysé plus de 200 produits, services et moyens amaigrissants (PSMA) disponibles au Québec et répertoriés entre octobre 2002 et février 2003.

Un résultat frappant de cette étude est que moins de 1 % des PSMA analysés reposent sur une approche combinant alimentation, activité physique et démarche de modification de comportements, ce qui est pourtant la façon saine de perdre du poids¹⁴.

sociale et de santé faite auprès des jeunes Québécois en 1999, 35 % des fillettes de 9 ans disaient essayer de perdre du poids et 60 % des adolescentes de 13 ans et de 16 ans souhaitaient une silhouette différente de la leur⁶. La majorité des enfants et des adolescents sont pourtant au poids-santé. Quant aux garçons, ils veulent être à la fois minces et musclés⁶.

Le poids de la population québécoise est donc au cœur de deux problèmes : l'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids. Le mot diète est sur toutes les lèvres... les enquêtes indiquent que les gens sont très préoccupés par leur poids et leur apparence^{2,8}. Voilà pourquoi le Groupe de travail provincial sur la problématique du poids parle « **des problèmes reliés au poids** » et non strictement d'obésité.

L'obésité : un prix à payer

Le fardeau des maladies chroniques s'accroît rapidement à travers le monde. L'Organisation mondiale de la Santé a estimé qu'en 2001, les maladies chroniques comme le diabète et les maladies cardiovasculaires et respiratoires, ont contribué dans une proportion de 60 % aux 56,5 millions de décès rapportés dans le monde ainsi que dans une proportion de 46 % à la maladie⁹. L'obésité, de par ses effets sur la santé, contribue donc au fardeau des maladies chroniques. En 1999, on a estimé qu'au Canada, 50 % des cas de diabète de type 2, 30 % des cas d'hypertension et 25 % des cancers de l'endomètre et des embolies pulmonaires auraient été attribuables à l'obésité¹⁰. Dans l'*Enquête canadienne sur la santé du cœur*, on a noté que les personnes qui présentent un excès de poids avaient, comparativement à celles au poids-santé, un risque de 23 % supérieur d'être atteintes du diabète, de 68 % supérieur de développer de l'hypertension et de 50 % supérieur d'avoir des problèmes de cholestérol¹¹. L'obésité, en tant que surcharge physique, provoque une usure prématurée des articulations. En outre, dans divers pays, des recherches ont montré que les coûts associés à l'obésité varient entre 2 % et 7 % des coûts de santé¹². Au Canada en 1999, les coûts directs associés à l'excès de poids (IMC ≥ 27 kg/m²) ont été estimés à 1,8 milliard de dollars, soit 2,4 % des dépenses totales de soins de santé au Canada. Ces coûts ont été établis en tenant compte de dix co-morbidités associées à l'obésité¹⁰.

Mais au-delà des problèmes et des coûts de santé qu'occasionneront les maladies attribuables à l'obésité dans les années à venir, être gros ou se « trouver gros » dans un monde de minceur s'avère être un fardeau sur le plan psychologique et social. En effet, l'obésité constitue le dernier bastion des préjugés. Notre société est relativement tolérante face aux différences, mais tend à être particulièrement sévère lorsqu'il est question de surpoids. On dit souvent des grosses personnes qu'elles sont laides, paresseuses, sans volonté et se « laissent aller ». Ainsi, un enfant rondet, même s'il attire plus de sympathie qu'un adulte obèse, a plus de chances d'être rejeté par ses pairs et de vivre un isolement social¹³.

Tenter de maigrir : un phénomène pas banal

Être préoccupé de façon excessive par son poids peut entraîner diverses conséquences physiques, psychologiques et comportementales notamment parce que de multiples tentatives sont déployées pour maigrir^{2,15}. Or, de façon générale, les produits, services et moyens amaigrissants offerts sur le marché sont inefficaces, certains sont même dangereux^{12,14}. Ils font maigrir à court terme, engendrent parfois une perte de poids importante, mais le poids est le plus souvent repris^{16,17}. L'utilisation de méthodes pour maigrir est associée à divers symptômes physiques qui, même s'ils sont mineurs, nuisent au fonctionnement général et à la productivité des personnes^{18,19,20}. Selon la sévérité des restrictions alimentaires et la fréquence d'utilisation²¹, ces méthodes peuvent avoir des conséquences plus graves telles que le développement de l'anorexie et de la boulimie²², l'arythmie cardiaque, des déséquilibres électrolytiques¹⁹, la formation de calculs biliaires, une perte de masse osseuse, souvent associée à l'ostéoporose^{23,24}. Dans les pires cas, des décès surviennent. Dans les années 1970, 58 décès sont survenus aux États-Unis chez des femmes qui ont utilisé des diètes très basses en calories (jeûne modifié aux protéines)²⁵. Plus récemment, des médicaments pour maigrir ont causé plusieurs décès et engendré des problèmes de santé graves²⁶.

Une des plus graves conséquences des méthodes de perte de poids est, outre la mort bien sûr, son impact sur le contrôle du poids. Comble du paradoxe, alors que le but visé est de perdre du poids, ces stratégies semblent favoriser le développement de l'obésité. Plusieurs études récentes réalisées auprès d'adolescentes et de femmes adultes ont démontré une augmentation significative du poids moyen des personnes ainsi que de la proportion de personnes obèses parmi celles qui font fréquemment des tentatives de perte de poids comparativement à celles qui n'en font pas²⁸⁻³⁶.

La spirale des diètes

En réalité, la presque totalité des méthodes amaigrissantes traditionnelles sont, à long terme, vouées à l'échec. Malgré ce qu'on pourrait croire, ces échecs ne sont pas nécessairement attribuables aux mauvaises dispositions des personnes qui essaient de maigrir. Au contraire, les sacrifices consentis par ces personnes sont souvent énormes. Fait inquiétant et même alarmant, celles-ci risquent de tomber dans le cercle vicieux des diètes (figure 2).

Résumons ce qui se passe :

- ❖ La masse musculaire est un déterminant important du métabolisme de base; elle constitue en quelque sorte la « fournaise du corps » car c'est un tissu qui utilise beaucoup d'énergie. Lors de la perte de poids, il y a inévitablement une perte musculaire. Cependant, plus la restriction est importante ou la diète déséquilibrée, plus cette perte est grande.
- ❖ La réduction de la masse musculaire entraîne une diminution du métabolisme de base^{37,38}. Il y a alors une utilisation plus efficiente de la nourriture absorbée, ceci

Il s'avère crucial de prendre en considération à la fois l'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids car les deux problèmes se nourrissent l'un l'autre. Tenter continuellement de perdre du poids est inefficace et semble le plus souvent entraîner un gain de poids croissant à long terme²⁷.

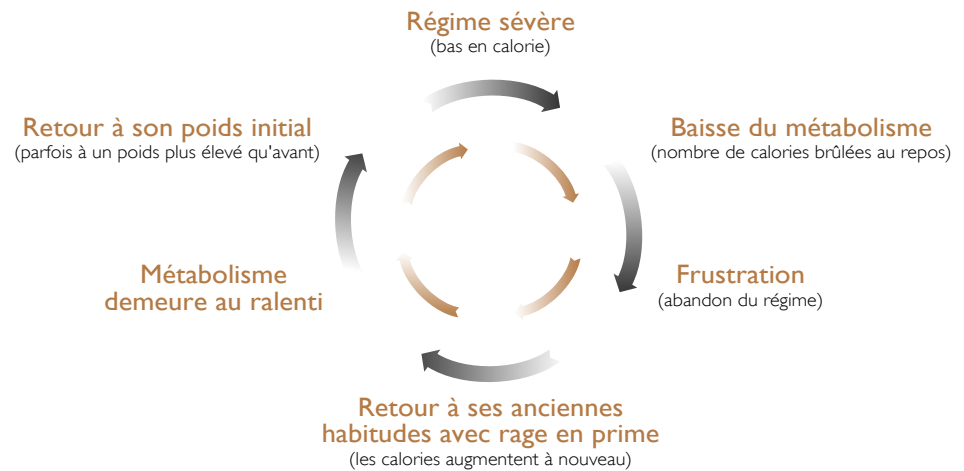


Figure 2- Cercle vicieux des régimes

Source : Fondation des maladies du cœur du Québec³⁹

dans le but de défendre la zone de poids naturel. Après une diète, lorsque le poids est repris, il s'agit principalement de graisse, et non de muscle, ce qui diminue dans certains cas les besoins en énergie, favorisant ainsi le gain de poids.

- ❖ La fin d'une diète ou le relâchement soudain des règles strictes de consommation peut conduire la personne à manger de façon compulsive et à se suralimenter.
- ❖ Le recours aux méthodes d'amaigrissement perturbe la capacité des personnes à laisser agir leurs mécanismes naturels de régulation de l'apport alimentaire. En favorisant le recours aux signaux alimentaires externes au corps, elles mangent davantage avec « leur tête » qu'en écoutant leur corps.
- ❖ L'estime de soi et la confiance de réussir à contrôler son poids diminuent et les personnes sont de plus en plus obsédées par leur poids et par la nourriture.

Plutôt que de remettre en question la qualité et l'efficacité des méthodes ou des produits amaigrissants, les personnes croient bien souvent que l'échec de la perte de poids est une preuve de leur manque de volonté. Elles se sentent entièrement responsables du résultat. Constamment découragées de leur excès de poids, elles recommencent encore et encore en se tournant vers des cures de plus en plus radicales, au prix d'efforts, de découragements et d'importantes dépenses, tout en endommageant leur métabolisme et leurs mécanismes de régulation du poids.



Pour le GTPPP, l'escalade dans l'utilisation de diverses méthodes amaigrissantes est contre-productive. En plus de rompre avec le plaisir de manger, ces méthodes ne solutionnent pas le problème, mais au contraire semblent l'accroître.

L'approche actuelle pour faire la « lutte à l'obésité » présente bien souvent le problème comme relevant uniquement de choix personnels. Cibler ainsi la responsabilité individuelle risque d'accroître les préjugés et la discrimination à l'égard des grosses personnes.

De plus, cette approche nourrit l'obsession de la minceur, encourage la population à un recours pressant vers les solutions miracles et la pousse à rechercher la perte de poids à tout prix sans se soucier vraiment de sa santé. Ceci ne constitue pas une réponse responsable au problème. La santé publique ne peut s'orienter dans cette direction.

Le GTPPP propose d'examiner le problème autrement. D'abord, il est nécessaire de faire un examen plus large et approfondi des enjeux reliés au poids : ceux-ci sont plus complexes qu'il n'y paraît. De plus, il serait judicieux d'adopter une perspective plus réaliste en regard des solutions. Bien que le poids soit un déterminant important de la santé, il ne représente qu'un aspect de l'être humain. Tenir compte de la dynamique complexe des personnes et considérer les liens étroits entre nourriture, activité physique et image de soi constitue une vision certes plus positive mais aussi plus prometteuse. Ceci nécessite avant tout que l'on considère comme indissociables les deux aspects de la problématique : l'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids.

Pourquoi les problèmes reliés au poids sont-ils en augmentation?

L'augmentation marquée des problèmes reliés au poids dans les populations semble remonter aux années 1970⁴⁰. Cette augmentation peut être illustrée graphiquement par un déplacement de la distribution du poids dans la population (figure 3). Ainsi, le poids moyen se déplace vers la droite s'accompagnant d'un aplatissement de la courbe. En conséquence, le nombre d'individus qui traversent le seuil d'obésité, illustré par la ligne verticale vis-à-vis l'IMC = 30, ainsi que le nombre de personnes qui s'en approchent, s'accroissent à mesure que la moyenne du poids dans la population augmente⁴¹.

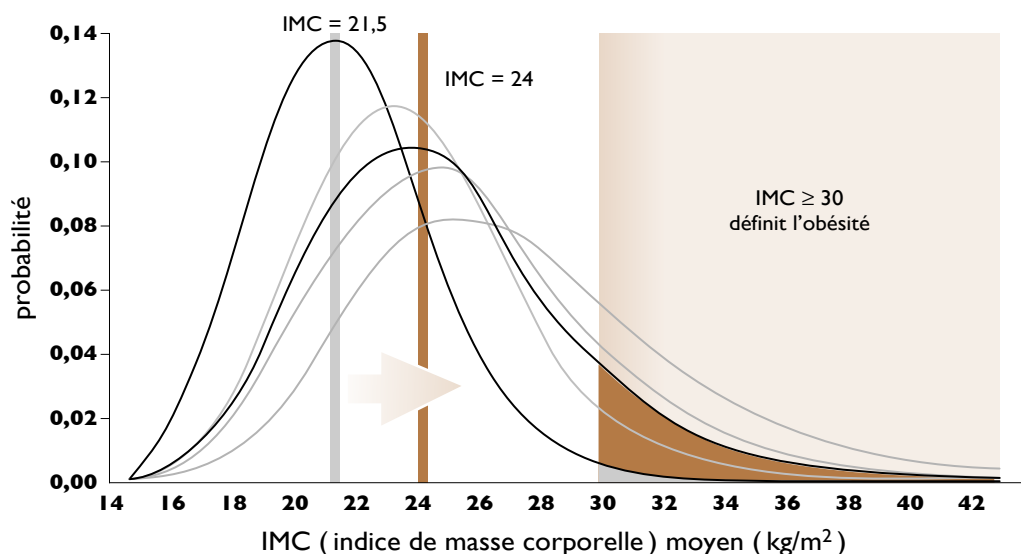


Figure 3 – Illustration de la relation entre la moyenne de l'IMC dans la population et la prévalence de l'obésité où l'on voit le déplacement de la distribution de l'IMC et son effet sur la proportion de personnes obèses. Données issues de l'Intersalt Study, hommes et femmes de 20 à 59 ans compris dans 52 échantillons de populations venant de 32 pays. Source : WHO 2000¹²

La contribution simultanée de la biologie et de l'environnement aux problèmes de poids est bien résumée par le Dr Bray, chercheur émérite en obésité : "Genes load the gun; environment pulls the trigger" (Les gènes chargent le fusil, l'environnement appuie sur la gachette)⁵¹.



En 1971, 80 % des enfants de 7-8 ans marchaient pour se rendre à l'école. En 1999, ce n'était plus le cas que pour 41 % des jeunes de cet âge^{52,53}.

Qu'est-ce qui explique l'augmentation récente des problèmes reliés au poids? Plusieurs facteurs de nature variée, incluant les gènes, expliquent l'obésité chez les individus. Les facteurs génétiques ne peuvent cependant pas expliquer l'augmentation importante et récente du poids dans les populations⁴². Les mutations génétiques sont relativement rares et leur effet se manifeste de façon plus progressive dans la population. En fait, les experts s'entendent pour dire que le phénomène est attribuable à une synergie entre les facteurs biologiques et environnementaux^{3,4,9,12,40,43-50}.

Depuis une trentaine d'années, de nombreuses transformations sociales ont entraîné les individus dans un mode de vie plus sédentaire et dans une modification profonde des habitudes alimentaires. Ainsi, au-delà du choix des personnes, les comportements sont tributaires de la société que nous avons créée.

On se dépense moins

De nombreux dispositifs mécaniques et automatisés dans le transport, au travail, à la maison et dans les loisirs, ont entraîné une réduction importante de la demande en énergie des individus. Ainsi, les multiples innovations technologiques telles que l'automobile, les machines industrielles, les électroménagers, l'informatisation, etc. permettent peut-être d'augmenter la productivité mais réduisent du même coup la dépense en énergie^{3,13,40}. S'ajoute l'adoption de loisirs qui nécessitent eux aussi peu d'énergie (télévision, ordinateur, jeux vidéos, magnétoscope avec télécommande, etc.). De plus, l'augmentation de la violence dans certains quartiers, qui engendre de l'insécurité dans la population ainsi que des lacunes dans la planification urbaine, qui prévoit peu d'espaces de jeux et de parcs dans les villes, sont autant de facteurs additionnels qui incitent les gens à moins se déplacer et à moins se dépenser^{12,40}.

Toutes les innovations de la seconde moitié du XX^e siècle, de même que la réorganisation du travail et du mode de vie qu'elles ont engendrée, ont donc eu pour effet de réduire considérablement l'investissement en énergie physique exigé pour l'accomplissement des tâches quotidiennes et conséquemment de favoriser une balance énergétique positive.

On mange autrement

Avec le rythme trépidant de la vie d'aujourd'hui, les repas tranquilles en famille embaumés des parfums culinaires sont devenus choses rares. Nous mangeons maintenant à toutes sortes d'heures et d'endroits, souvent seuls, un repas fabriqué par l'industrie ou le restaurateur et dont on connaît peu la composition. L'industrie agroalimentaire n'a plus comme mission d'assurer la survie des populations comme c'était le cas au début du siècle en rendant disponibles des produits alimentaires de base. Pour satisfaire ses actionnaires, elle doit assurer son profit dans un contexte d'économie de marché : forte compétition, concentration et mondialisation. Elle s'inscrit maintenant dans la même logique que toutes les autres industries^{4,54,55}. Face à une population qui ne croît plus, qui est vieillissante et sédentaire, les besoins énergétiques à combler sont moindres. Qu'arrive-t-il dans notre système économique lorsque qu'une industrie ne peut pas

vraiment compter sur l'accroissement naturel de ses ventes? L'alimentation est un cas typique de marché en décroissance.

L'industrie agroalimentaire produit donc de nouveaux aliments qui répondent aux besoins actuels des consommateurs qui disposent de peu de temps pour préparer les repas, ne savent pas cuisiner ou ne s'y intéressent simplement pas^{50,56}. Ces nouveaux aliments hautement raffinés, riches en sucres, en gras et pauvres en fibres, possèdent une haute densité énergétique. On retrouve des aliments partout, même à des endroits parfois inusités : au garage, dans les rues, etc. De plus, les gens mangent davantage à l'extérieur du foyer^{50,57}. Malheureusement, les aliments qu'on trouve dans les restaurants et les cafétérias sont généralement plus gras et surtout, servis en plus grosses portions⁶⁰. Aux yeux du consommateur, une plus grosse portion satisfait son souhait « d'en avoir pour son argent » même si au bout de la ligne, cette grosse portion l'encourage inconsciemment à manger davantage.

Un monde d'images et de publicité

L'environnement culturel a, lui aussi, beaucoup changé. La publicité est partout et elle modifie profondément notre rapport au corps, à l'alimentation et à bien d'autres choses^{61,62}. Par exemple, les aliments hautement transformés, créés par l'industrie agroalimentaire, sont l'objet d'une mise en marché agressive et d'une publicité omniprésente⁵⁰.

Les médias, la publicité, la mode ainsi que le *show business* ne manquent pas de contribuer à la création des normes de beauté. Ainsi, poussé par une société de consommation qui met en vedette un corps féminin plus mince que jamais^{13,63}, on s'occupe maintenant de son corps d'une façon bien différente : on s'intéresse davantage à son apparence qu'à sa fonctionnalité. En effet, peu de gens mangent en ayant comme principale motivation de se sustenter pour accomplir ses activités quotidiennes. Nous sommes plutôt préoccupés par l'effet des aliments sur notre poids et notre apparence¹³. Par exemple, en 1990 lors de l'*Enquête québécoise sur la nutrition*, 29 % des Québécoises mentionnaient toujours se préoccuper de leur poids lorsqu'elles mangent⁸. Ainsi, on peut dire que les motivations du mangeur moderne se sont profondément modifiées. En effet, pour plusieurs personnes, les aliments sont au cœur d'un conflit perpétuel : céder aux nombreuses offres alimentaires présentes partout et devoir ressembler aux modèles minces et éternellement jeunes¹³.

La multicausalité des problèmes reliés au poids ainsi que l'importance des causes macro-sociales sont bien illustrées dans la toile causale proposée par l'*International Obesity Task Force* (figure 4). Ainsi, en l'examinant on peut facilement saisir que la combinaison de nombreux facteurs a considérablement modifié les déterminants de la balance énergétique des humains : un mode de vie rapide, la difficulté à concilier famille et travail, la faiblesse du soutien social attribuable à des familles de plus en plus petites, et souvent monoparentales, l'omniprésence de la publicité, une variété impressionnante de produits de toutes sortes, la mécanisation de la vie, etc. En conséquence, les mécanismes biologiques qui ont permis aux humains de maintenir un poids relativement stable depuis des siècles semblent menacés par toutes ces transformations⁴².



L'augmentation de la grosseur des portions (*supersizing*) est une façon pour l'industrie d'aller chercher une *plus-value* et ainsi de faire face au défi économique⁵⁸.

En face d'une portion plus grosse, il est démontré que le consommateur consomme 30 % plus de calories⁵⁹.

Aux États-Unis en 1997, les manufacturiers alimentaires, détaillants et restaurants ont dépensé 11 milliards de dollars en publicité, arrivant bons seconds dans le palmarès des budgets de publicité juste derrière l'industrie de l'automobile. À titre de comparaison, le service de nutrition du gouvernement des États-Unis (USDA) a dépensé durant la même année 333,3 millions de dollars pour des messages nutritionnels soit 3 % de ce qu'a dépensé l'industrie agroalimentaire⁵⁰.

Toile causale des facteurs influençant la problématique du poids*

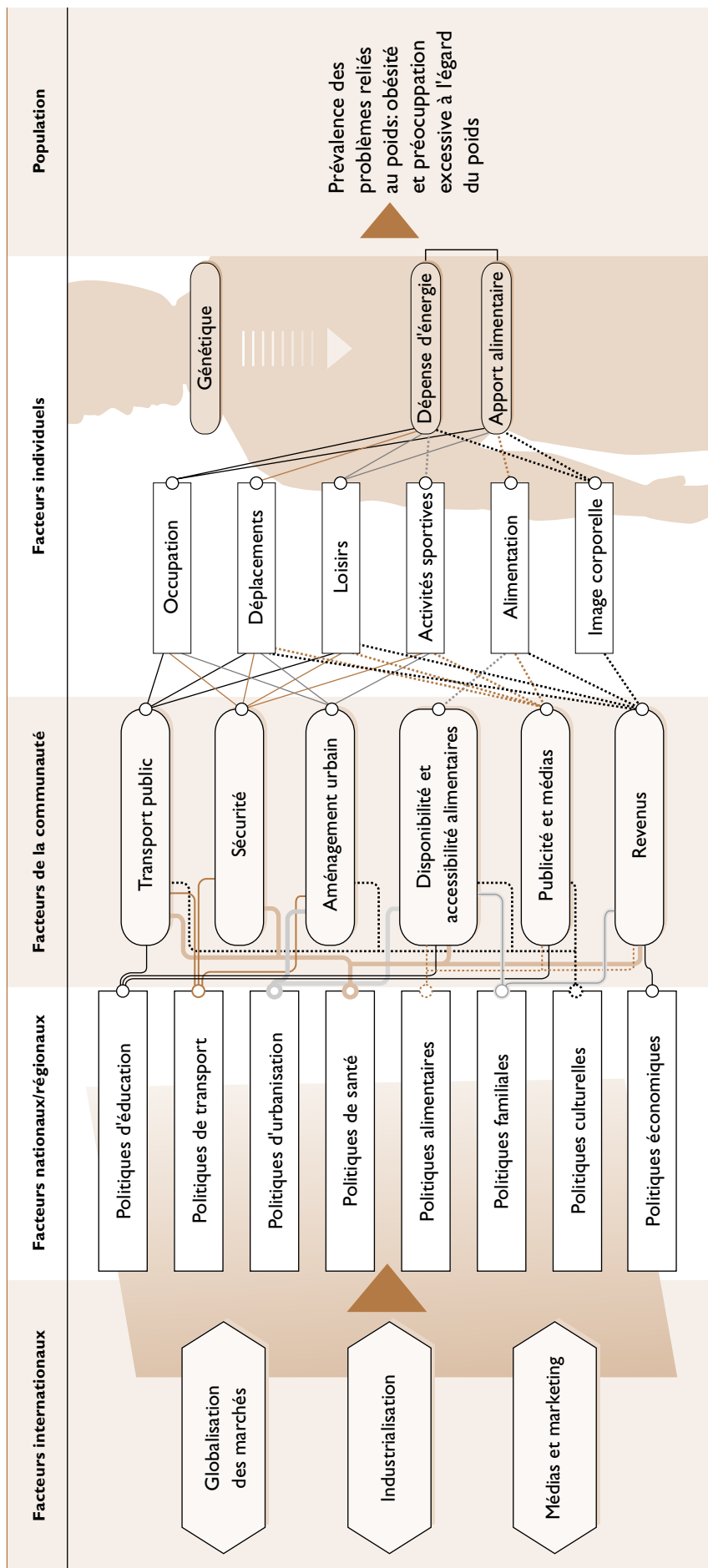


Figure 4 – Facteurs politiques, socioculturels, économiques et personnels qui influencent directement ou indirectement les problèmes reliés au poids* (problèmes reliés au poids : obésité et préoccupation excessive à l'égard du poids)⁶⁴.
Traduit et adapté par Ritenbaugh C., Kumavika S., Morabia A., Jeffery R., et Antipatis V., IOTF 1999.

Comprendre la toile causale

La figure 4 illustre les mécanismes qui amènent l'instauration de changements sociaux qui, à leur tour, influencent le poids. Prenons l'exemple des déplacements. La dépense d'énergie des individus attribuable aux déplacements diminue avec la présence de plus en plus importante de l'automobile. Ceci est grandement dû à l'aménagement urbain qui a rendu l'utilisation de la voiture indispensable dans plusieurs milieux de vie. Cette perception de nécessité, ainsi que d'autres perceptions associées à la conduite automobile comme le plaisir, la liberté, la griserie, sont favorisées par le marketing et les techniques de mise en marché. Une nouvelle norme, eu égard aux déplacements en voiture, se crée. Par ailleurs, les politiques de transport encouragent peu les alternatives comme le transport en commun, le vélo et la marche. En conséquences, ces moyens de transport sont peu conviviaux, mal déployés ou coûteux. Ainsi, ils ne sont pas en mesure de contrebalancer les avantages perçus de l'automobile et représentent un substitut peu concurrentiel. En bout de piste, des pressions émanant du système économique, comme celles de maintenir des usines ouvertes, créer ou conserver des emplois, sont exercées auprès des gouvernements par les multinationales de l'automobile. Ainsi, pour divers comportements en lien avec le poids, la responsabilité de l'individu de faire des choix sains est soumise à des pressions environnementales très fortes.

Un problème de santé publique

Pour se qualifier au titre de problème de santé publique, une condition doit être fréquente et grave, être en augmentation, posséder des facteurs de risque connus, prendre racines dans divers secteurs de la société et doit pouvoir être prévenue⁶⁵. Tel que nous les décrivons ici, les problèmes reliés au poids se qualifient tout à fait de problème de santé publique, de problème de société.

Bien sûr, la santé publique intervient déjà, selon une intensité variable et avec différents moyens pour améliorer l'alimentation et réduire la sédentarité. Cependant, depuis que l'Organisation mondiale de la Santé a sonné l'alarme en 1998, la perception de la gravité du problème de l'obésité s'est accrue considérablement et la nécessité d'agir est devenue imminente. Les autorités de santé publique de plusieurs pays, notamment les États-Unis par un appel à l'action du *Surgeon General*⁴⁵, la France⁶⁶, l'Australie⁶⁷, l'*European Association for the Study Obesity*⁶⁸ se sont saisi du problème, ont produit un plan d'action et ont, dans certains cas, mobilisé des ressources. Ces plans d'action ont différents points en commun :

Mieux vaut prévenir

Il est plus judicieux de prévenir le gain de poids que d'essayer de l'enrayer après coup car, une fois installé, l'excès de poids est difficile à perdre pour de bon. L'échec retentissant des diètes et moyens variés pour maigrir n'est plus à démontrer.

Changer les environnements revient à dire qu'il faut « rendre les choix santé faciles et les choix moins santé plus difficiles »⁶⁹.

Savoir ne fait pas nécessairement changer

Peu de personnes obèses s'ignorent. La population est déjà très motivée à atteindre un poids moindre, l'engouement pour les divers moyens amaigrissants en témoigne. Ainsi, uniquement dire aux individus de bien manger et de bouger davantage les laisse avec bien peu de moyens. Un parallèle avec le tabagisme est utile dans ce contexte : tous les fumeurs savent que le tabac est nuisible à la santé et beaucoup aimeraient cesser de fumer. La connaissance et la bonne volonté ne suffisent pas pour mener au changement avec succès. D'autres motivations et d'autres pressions agissent sur le maintien du tabagisme ainsi que sur les habitudes alimentaires et d'activités physiques.

Il faut changer les environnements

On entend par environnements, les environnements physique, social et culturel, les règlements et les politiques qui nous régissent ainsi que les normes sociales et les valeurs dominantes dans notre société. Puisque les causes des problèmes reliés au poids se trouvent dans les environnements, changer ceux-ci constitue la priorité. Ces environnements sont sous la responsabilité d'un ensemble d'acteurs. Le rôle de la santé publique est de mobiliser les différents acteurs sociaux afin de contribuer, en concertation, à une action efficace.

Bien que la tradition épidémiologique ait beaucoup favorisé les interventions ciblant les groupes à risque, la santé publique a traditionnellement agi sur les environnements avec, comme résultats, de grands succès. Il est utile de rappeler, par exemple, que des gains de santé majeurs ont été réalisés au moment de l'industrialisation lorsque les autorités publiques décidèrent d'investir dans l'installation de l'eau courante, d'égouts collectifs et de la collecte des rebus⁷⁰. D'autres exemples plus récents appuient l'efficacité de cette stratégie : la réglementation sur le tabac dans le but de créer des environnements sans fumée, la taxation du tabac, ou encore, la réduction de l'accessibilité aux produits alcoolisés ont résulté en des changements de comportements fructueux même en l'absence d'éducation^{12,48,71}. Les dispositifs de retenue dans les automobiles préviennent les blessures indépendamment de la conduite des automobilistes. Ainsi, des problèmes de santé importants peuvent donc être solutionnés non pas par des soins de santé ou par des actions personnelles mais bien par un aménagement adéquat de l'environnement.

Tel est le défi qui attend la santé publique en ce qui a trait aux problèmes reliés au poids : se tourner de plus en plus vers les actions qui cherchent à rendre les environnements facilitants, c'est-à-dire modifier directement les conditions de vie qui sont la source de certains comportements. Ainsi, on agit sur les comportements sans devoir nécessairement faire intervenir l'éducation. Par définition, les interventions de ce type touchent un grand nombre de personnes et, puisque les personnes sont exposées passivement, elles bénéficient des interventions préventives sans avoir à y penser.

Ceci ne signifie pas qu'il faille déresponsabiliser les individus. Ceux-ci continueront de mettre les aliments dans leur panier d'épicerie, mais les supermarchés contribueront à ce que le choix des aliments plus nutritifs soit plus facile. De même, les personnes

auront encore à choisir entre l'automobile, le transport en commun, le vélo et la marche, mais un meilleur aménagement des villes et des villages facilitera un meilleur choix pour la santé. En fait, pour réduire les problèmes reliés au poids, il faut faire appel à la notion de **responsabilité partagée** entre les individus, les communautés et les gouvernements. La figure 5 illustre le partage des responsabilités et la complémentarité des actions.



Figure 5 – Partage des responsabilités entre les acteurs et complémentarité des actions pour réduire les problèmes liés au poids

Un cadre pour organiser l'action

Pour agir efficacement en promotion de la santé, les programmes visant les changements de comportements d'une population requièrent l'action simultanée de plusieurs stratégies⁷². Par l'organisation des actions en cinq axes, la Charte d'Ottawa favorise la complémentarité et la synergie des interventions, ce qui en fait un cadre de référence de choix⁷³.

Basée sur les déterminants de la santé les plus importants, la Charte d'Ottawa propose les axes suivants :

- **Élaborer des politiques publiques saines**
- **Créer des milieux favorables à la santé**
- **Renforcer l'action communautaire**
- **Acquérir des aptitudes individuelles**
- **Réorienter les services de santé**

La Charte d'Ottawa est largement connue et utilisée en santé publique au Québec.

Elle sert de cadre de référence à deux textes québécois importants en santé publique, soient la *Politique de santé et bien-être* du ministère de la Santé et Services sociaux⁷⁴ ainsi que le *Programme national de santé publique 2003-2012*⁷⁵. On reconnaît toutefois que, « de façon générale » dans la pratique de la santé publique au Québec, les cinq axes d'intervention ne sont pas utilisés également. Le renforcement du potentiel des personnes demeure l'axe le plus nettement privilégié alors que ceux des politiques publiques saines et des milieux favorables à la santé pourraient l'être davantage. Planifier l'utilisation interreliée de plusieurs axes de la Charte d'Ottawa, en particulier les trois premiers, peut contribuer à bâtir un plan efficace.

Conformément à la toile causale (figure 4), le GTPPP a identifié trois secteurs stratégiques dans lesquels l'action sur les problèmes de poids pourrait être concentrée : les secteurs **agroalimentaire**, **socioculturel** et celui de l'**environnement bâti**. La figure 6 illustre ce que comprennent chacun de ces trois secteurs.

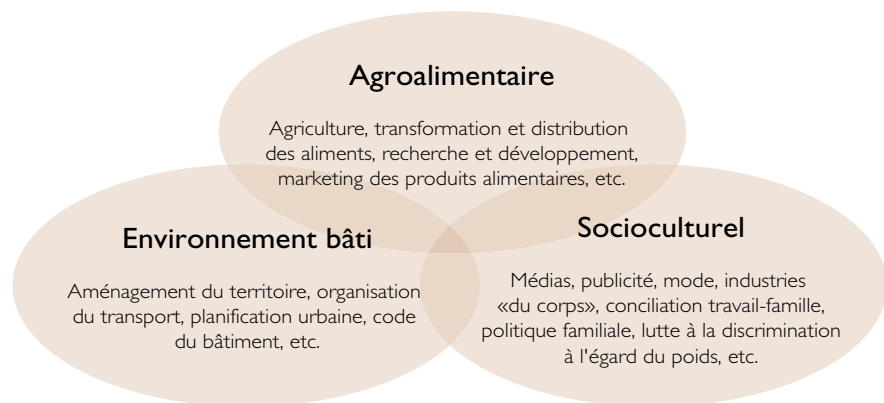


Figure 6 – Illustration des trois secteurs pertinents pour l'intervention à l'égard des problèmes reliés au poids

Pour chacun des secteurs stratégiques, les cinq axes d'intervention de la Charte d'Ottawa peuvent être appliqués. Voici des exemples d'actions regroupées par secteur et l'axe auquel elles font référence. Il s'agit bien ici d'une série d'exemples d'actions qui pourraient être menées dans chacun des secteurs et non pas d'une liste exhaustive, ni d'un plan d'action dûment constitué. Il est intéressant de noter que des actions d'un même type peuvent viser plus d'un secteur. Par exemple, soutenir un groupe de citoyens qui mènent des actions d'influence, pourrait viser à la fois l'alimentation et la pratique d'activités physiques. Les régions et les localités doivent examiner quel est le meilleur amalgame d'actions à mettre en œuvre en fonction de leurs besoins et intérêts respectifs.

Secteur agroalimentaire

- Élaborer et mettre en œuvre des politiques en matière de transformation et de

distribution des aliments (*axe des politiques publiques*).

- Élaborer une politique en matière de nutrition (*axe des politiques publiques*).
- Mettre en œuvre et soutenir des politiques alimentaires en milieu scolaire et en milieu de travail (*axe des milieux favorables à la santé*).
- Soutenir les installations de restauration collective (cafétérias et restaurants) dans l'application d'un code visant à réduire la grosseur des portions (*axe des milieux favorables à la santé*).
- Sensibiliser les décideurs de l'industrie agroalimentaire à l'importance de maintenir des formats individuels d'aliments et de boissons appropriés (*axe des milieux favorables à la santé*).
- Aider les groupes populaires à mener des actions d'influence auprès des industries alimentaires pour avoir des produits alimentaires qui répondent aux besoins de la population (*axe de l'action communautaire*).
- Mettre en œuvre une campagne de promotion de la consommation de cinq fruits et légumes par jour (*axe des aptitudes individuelles*).
- Sensibiliser la population à l'écoute des signaux corporels de faim et de satiété comme moyen de limiter l'augmentation du poids (*axe des aptitudes individuelles*).
- Outiller les professionnels de la santé de première ligne afin qu'ils aident les personnes à manger plus sainement et à écouter leurs signaux de faim et de satiété (*axe des services de santé*).

Secteur socioculturel

- Réglementer l'industrie des produits, services et moyens amaigrissants (*axe des politiques publiques*).
- Renforcer la réglementation sur la publicité faite aux enfants (*axe des politiques publiques*).
- Mettre en œuvre et soutenir des programmes dans les écoles qui favorisent le respect des jeunes sans égard à leur poids corporel et qui visent à éliminer la discrimination liée au poids en milieu de travail (*axe des milieux favorables à la santé*).
- Aider les groupes populaires à mener des actions d'influence auprès du milieu de la mode afin que soient offerts des vêtements intéressants et à un coût équivalent dans une plus grande gamme de tailles (*axe de l'action communautaire*).
- Soutenir les groupes populaires dans leurs actions d'influence auprès des médias, dans le but que soit instauré un code de déontologie dans les revues et journaux concernant la représentation des corps (messages et images) (*axe de l'action communautaire*).
- Mettre en œuvre une campagne visant à modifier la norme sociale afin que la notion de « poids corporels sains » soit comprise et intégrée par la population (*axes des aptitudes individuelles*).
- Outiller les professionnels de la santé de première ligne afin qu'ils détectent mieux les personnes aux prises avec une préoccupation excessive à l'égard du poids et qu'ils intègrent à leur pratique des attitudes respectueuses envers les grosses personnes





(axe des services de santé).

Secteur de l'environnement bâti

- Favoriser l'adoption d'une réglementation visant à intégrer un plus grand nombre d'heures d'activités physiques dans le programme scolaire (*axe des politiques publiques*).
- Adopter des mesures fiscales favorisant la déduction d'impôt de divers frais relatifs à la participation à des activités sportives (*axe des politiques publiques*).
- Mettre en œuvre des plans d'aménagement qui favorisent l'adoption de modes de transport actif, l'aménagement de parcs pour les familles et d'installations sportives pour les adultes (*axe des milieux favorables à la santé*).
- Rendre les milieux de vie plus sécuritaires afin que l'insécurité ne constitue pas une barrière à la pratique de la marche et du vélo (*axe des milieux favorables à la santé*).
- Soutenir les communautés dans la mise en place de services de garde afin de pouvoir utiliser davantage les installations sportives ou de pratiquer des activités physiques (*axe de l'action communautaire*).
- Favoriser la mise en œuvre de programmes communautaires concernant la pratique d'activités physiques ainsi que l'adoption d'objectifs réalistes à l'égard du poids et de l'apparence (*axes des aptitudes individuelles*).
- Outiller les professionnels de la santé de première ligne afin qu'ils aident les personnes à adopter un style de vie plus actif (*axe des services de santé*).

Mais par où commencer?

Sous l'impulsion du *Programme national de santé publique 2003-2012*, des plans locaux et régionaux ainsi qu'un plan national sont élaborés et mis en œuvre⁷⁵. Bien que les stratégies proposées dans le *Programme national de santé publique 2003-2012* soient libellées sous d'autres terminologies, elles vont tout à fait dans le sens de la Charte d'Ottawa et peuvent répondre aux défis soulevés par la toile causale des problèmes reliés au poids. En fonction des cibles proposées dans le programme, des actions peuvent être envisagées à divers paliers d'intervention, avec comme visée centrale de se compléter et de se renforcer mutuellement. Voici quelques exemples :

• Promotion et application de politiques, de lois et de règlements

(Charte d'Ottawa = élaborer des politiques publiques saines)

Niveau national

Élaboration d'une politique alimentaire en milieu scolaire.

Niveau régional

Élaboration et mise en œuvre d'un programme de formation à l'intention des responsables de services alimentaires; soutien via la mise en œuvre d'une intervention globale et concertée en milieu scolaire; évaluation du programme.

Niveau local

Mobilisation et soutien de la démarche dans les écoles auprès des directions d'écoles, des conseils d'établissements et des services alimentaires.

- **Promotion et prévention en ce qui concerne de saines habitudes de vie dans les milieux de vie**

(Charte d'Ottawa = créer des milieux favorables à la santé et renforcer l'action communautaire)

Niveau national

Promotion de la création d'environnements et de contextes d'activités physiques sécuritaires et accessibles favorisant un mode de vie actif par la mise en place de plans d'aménagement.

Niveau régional

Participation des professionnels de santé publique aux consultations régionales sur la révision des schémas d'aménagement ou des plans d'urbanisme.

Niveau local

Mise en place et soutien de coalitions locales de citoyens faisant la promotion de la marche afin qu'ils mènent des actions d'influence auprès des décideurs locaux.

- **Promotion de la santé et du bien-être en milieu scolaire et prévention des problèmes d'adaptation**

(Charte d'Ottawa = créer des milieux favorables à la santé, renforcer l'action communautaire et acquérir des aptitudes individuelles)

Niveau national

Élaboration et implantation d'une intervention globale et concertée en milieu scolaire pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents.

Niveau régional

Formation et soutien des intervenants du milieu scolaire en ce qui a trait aux thèmes de l'estime de soi, de l'image corporelle, du respect de la diversité, du rapport égalitaire entre garçons et filles, d'une sexualité saine, etc.

Niveau local

Mise en oeuvre dans les écoles et dans les communautés d'interventions qui favorisent l'estime de soi, l'image corporelle, le respect de la diversité, le rapport égalitaire entre garçons et filles et une sexualité saine.

Des conditions pour agir

Toutefois, certaines conditions sont essentielles pour démarrer l'action visant à prévenir les problèmes reliés au poids. La **volonté sociale et politique** constitue un ingrédient de base essentiel car il faut d'abord consentir des ressources humaines, matérielles et financières⁷⁶. Ainsi, une volonté des décideurs est nécessaire afin de constituer des équipes nationales, régionales et locales de santé publique dédiées aux maladies chroniques, incluant le poids et l'image corporelle. Ensuite, pour obtenir des résultats probants, ces équipes doivent disposer d'expertises et être concentrées en masse critique. Finalement, la recherche et l'évaluation doivent accompagner le travail de terrain afin que l'on

connaître de mieux en mieux les causes, les conséquences, les cibles prioritaires et les interventions les plus efficaces. Ainsi, des équipes de santé publique dûment constituées et pourvues de ressources pourront jouer le rôle qui leur revient dans ce défi :

- ❖ Influencer et mobiliser les acteurs des divers secteurs concernés par le problème.
- ❖ S'associer aux partenaires concernés par les actions de transformation des milieux de vie, des produits alimentaires, etc.
- ❖ Sensibiliser et soutenir les communautés dans des processus de concertation intersectorielle.
- ❖ Exercer un rôle de vigilance sur les nouveaux développements susceptibles de dégrader encore davantage les habitudes de vie.
- ❖ Transférer les connaissances et développer les habiletés des individus dans une perspective d'*empowerment* visant ainsi à long terme un plus grand contrôle des enjeux de santé par les communautés.

Intervenir sans nuire pour un meilleur avenir

Les conséquences psychosociales de l'obésité sont incommensurables. À mener une « lutte à l'obésité » sans égard aux effets pervers, le risque est de mener bien involontairement la « lutte aux personnes obèses »^{12,77,78}. À décrire l'obésité comme un fléau social, on accroît le fardeau déjà lourd des personnes qui en souffrent. On fait ainsi porter la responsabilité du problème aux personnes alors que le problème est social. Pointer du doigt les individus ayant un surpoids ne ferait qu'accroître la stigmatisation⁷⁹.

Il ne faut pas oublier que le monde est composé d'une diversité de formats corporels et qu'une certaine prévalence de l'obésité sera toujours présente au sein de toutes les populations. Ceci est le résultat d'années d'évolution et demeure peu modifiable. Le problème qui doit préoccuper davantage les acteurs de santé publique est l'accroissement de la prévalence de l'excès de poids et de la préoccupation excessive à l'égard du poids qui sont attribuables aux modes de vie. Il est donc crucial d'attaquer la bonne cible, soit les modes de vie en dégradation et les forces qui les génèrent et les entretiennent.

Le défi de l'intervention préventive est donc de réduire l'accroissement de l'excès de poids dans la population, en s'attaquant aux facteurs modifiables sans pour autant exacerber « la peur du gros ». Les messages et les actions devront être circonscrits avec beaucoup de perspicacité et de délicatesse si l'on veut prévenir l'autre épidémie : l'obsession du poids⁷⁹.

On ne peut plus attendre

Peu importe comment nous examinons la question, nous faisons face à une urgence.

Ne nous leurrions pas, attendre encore serait désastreux. Les coûts de l'inaction seront très élevés. À demeurer absents de l'intervention à l'égard du poids, le message que nous envoyons à la population est que les services actuellement offerts en matière d'amaigrissement constituent une solution appropriée à l'épidémie. Croyons-nous que c'est le cas?

Bientôt, nos enfants souffriront de notre inaction. Par exemple, le diabète de type 2, une condition rencontrée chez les adultes, fait lentement son apparition chez nos enfants⁸⁰. Malgré des connaissances encore incomplètes, on comprend suffisamment le problème pour agir. Nous savons que le contrôle de cette épidémie ne relève pas de la responsabilité individuelle, c'est notre environnement qui est en cause.

La population est motivée face au problème. Soutenons-la.

Références

- 1 - Therrien L (1995) Poids corporel. Dans : *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Ministère de la Santé et des Services sociaux: Québec, Chap. 7, pp. 109-123.
- 2 - Ledoux M, Rivard M (2000) Poids corporel. Dans : *Enquête sociale et de santé 1998*. Institut de la statistique du Québec :Québec, Chap. 8, pp. 185-199.
- 3 - Brownell K (2002) The environment and obesity. Dans : *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. Fairburn CG, Brownell KD (Eds), The Guilford Press: New York, Chap. 78, pp. 433-438.
- 4 - Brownell KD, Battle Horgen K (2004) *Food fight. The inside story of the food industry, America's obesity crisis, and what we can do about it*. Contemporary Books: Chicago, 356 p.
- 5 - Critser G (2003) *Fat land. How Americans became the fattest people in the world*. Houghton Mifflin Company: New York, 232 p.
- 6 - Ledoux M, Mongeau L, Rivard M (2002) Poids et image corporelle. Dans : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*. Institut de la statistique du Québec: Québec, Chap. 14, pp. 311-344.
- 7 - Tsai G (2000) Eating disorders in the Far East. *Eating and Weight Disorders* 5(4): 183-97.
- 8 - Santé Québec, Bertrand L (sous la direction de) (1995) *Les Québécois et les Québécoises mangent-ils mieux? Rapport de l'Enquête sur la nutrition, 1990*. Ministère de la Santé et des Services sociaux: Montréal, 317 p.
- 9 - WHO (2003) *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO technical report series No 916. World Health Organization: Geneva, 149 p.
- 10 - Birmingham CL, Muller JL, Palepu A, Spinelli JJ, Anis AH (1999) The costs of obesity in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 160(4): 483-488.
- 11 - Ledoux M, Lambert J, Reeder BA, Després JP (1997) Correlation between cardiovascular disease risk factors and simple anthropometric measures. *Canadian Medical Association Journal* 157 (S1): S46-S53.
- 12 - WHO (2000) *Obesity, preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation*. Technical report series N° 894. World Health Organization: Geneva, 252 p.
- 13 - Fischler C (2001) *L'Homnivore*. Éditions Odile Jacob: Paris, 440 p.
- 14 - ASPQ (Association pour la santé publique du Québec) (2003) *Produits, services et moyens amaigrissants offerts au Québec : des promesses trop souvent irréalistes*. Communiqué de presse, 6 mai 2003. [En ligne] [<http://www.aspq.org/news/index3.htm>] (7 septembre 2003).
- 15 - Green KL, Cameron R, Polivy J, Cooper K, Liu L, Leiter L, Heatherton T (1997) Weight dissatisfaction and weight loss attempts among Canadian adults. Canadian Heart Health Surveys Research Group. *Canadian Medical Association Journal* 157(S1): S17-S25.
- 16 - Anderson JW, Konz EC, Frederich RC, Wood CL (2001) Long-term weight-loss maintenance: A meta-analysis of US studies. *American Journal Clinical Nutrition* 74(5): 579-584.
- 17 - Ayyad C, Anderson T (2000) Long-term efficacy of dietary treatment of obesity: A systematic review of studies published between 1931 and 1999. *Obesity Reviews* 1(2): 113-119.
- 18 - Petersmarck K, Smith P (1989) *Toward safe weight loss recommendations for adult weight loss programs in Michigan*. Michigan Health Council. Michigan department of Public Health: Lansing MI.
- 19 - Rasio E (1970) Répercussions métaboliques du jeûne. *Revue Médicale de Bruxelles* 26(10): 569-579.
- 20 - Berg FM (1999) Health risks associated with weight loss and obesity treatment programs. *Journal of Social Issues* 55(2): 277-297.
- 21 - Gregg EW, Williamson DF (2002) The relationship of intentional weight loss to disease incidence and mortality. Dans : *Handbook of obesity treatment*. Wadden TA, Stunkard AJ (Eds), The Guilford Press: New York, Chap. 7, pp. 125-143.
- 22 - Polivy J, Herman CP (1985) Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychology* 40(2): 193-201.
- 23 - Langlois JA, Mussolino ME, Visser M, Looker AC, Harris T, Madans J (2001) Weight loss from maximum body weight among middle-aged and older white women and the risk of hip fracture: the NHANES I epidemiologic follow-up study. *Osteoporosis International* 12(9): 763-8.
- 24 - Felson DT, Zhang Y, Hannan MT, Anderson JJ (1993) Effects of weight and body mass index on bone mineral density in men and women: The Framingham study. *Journal of Bone and Mineral Research* 8(5): 567-73.
- 25 - Wadden TA, Van Italie TB, Blackburn GL (1990) Responsible and irresponsible use of very-low-calorie diets in the treatment of obesity. *Journal of the American Medical Association* 263(1): 83-85.
- 26 - Mundy A (2001) *Dispensing with the truth: The victims, the drug companies, and the dramatic story behind the battle over fen-phen*. St. Martin's Press: New York, 400 p.
- 27 - Irving LM, Neumark-Sztainer D (2002) Integrating the prevention of eating disorders and obesity: Feasible or futile? *Preventive Medicine* 34(3): 299-309.
- 28 - Field AE, Austin SB, Berkey CS, Rockett HR, Colditz GA (2000) *Frequent dieting predicts the development of obesity among preadolescent and adolescent girls and boys*. Annual Conference NAASO 2000, Long Beach, California.
- 29 - Stice ERP, Cameron RP, Killen JD, Hayward C, Taylor CB (1999) Naturalistic weight-reduction efforts prospectively predict growth in relative weight and onset of obesity among female adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67(6): 967-974.
- 30 - Coakley EH, Rimm EB, Colditz G, Kawachi I, Willett W (1998) Predictors of weight change in men: Results from the Health Professionals Follow-up Study. *International Journal of Obesity* 22(2): 89-96.
- 31 - Korkela M, Rissanen A, Kaprio J, Sorensen TI, Koskenvuo M (1999) Weight-loss attempts and risk of major weight gain : A prospective study in Finnish adults. *American Journal of Clinical Nutrition*. 70(6): 965-975
- 32 - Field AE, Austin SB, Taylor CB, Malspeis S, Rosner B, Rockett HR, Gillman MW, Colditz GA (2003) Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics* 112(4): 900-906.
- 33 - French SA, Jeffery RW (1994) Consequences of dieting to lose weight: Effects on physical and mental health. *Health Psychology* 13(3): 195-212.
- 34 - French SA, Jeffery RW, Folsom AR, Williamson DF, Byers T (1995) Relation of weight variability and intentionality of weight loss to disease history and health-related variables in a population-based sample of women aged 55-69 years. *American Journal Epidemiology* 142(12): 1306-14.
- 35 - Kroke A, Liese AD, Schulz M, Bergmann MM, Klipstein-Grobusch K, Hoffmann K, Boeing H (2002) Recent weight changes and weight cycling as predictors of subsequent two year weight change in a middle-aged cohort. *International Journal of Obesity* 26(3): 403-9.
- 36 - Pasman WJ, Saris WH, Westterterp-Plantenga MS (1999) Predictors of weight maintenance. *Obesity Research* 7(1): 43-50.
- 37 - Keys A, Brozek J, Henschel A, Mickelsen F, Taylor HF (1950) *The biology of human starvation*. University of Minnesota Press, Minneapolis, 1385 p.
- 38 - Leibel RL, Rosenbaum M, Hirsch J (1995) Changes in energy expenditure resulting from altered body weight. *New England Journal of Medicine* 332(10): 621-628.
- 39 - Fondation des maladies du coeur du Québec (2000) *Du fond du Coeur*. Dépliant Mai 2000.
- 40 - James WPT (1995) A public health approach to the problem of obesity. *International Journal of Obesity* 19(Suppl 3): S37-S45.
- 41 - Rose G (1992) *The strategy of preventive medicine*. Oxford University Press: New York, 138 p.

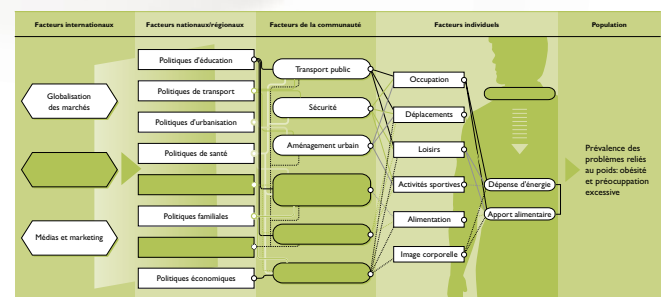
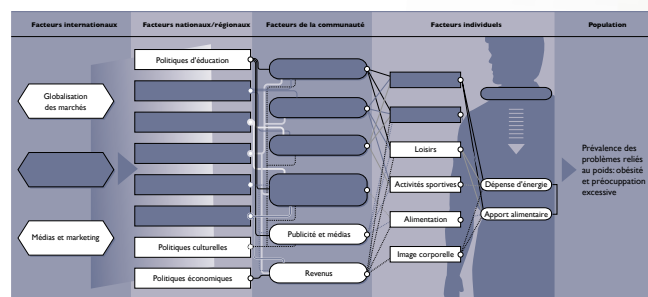
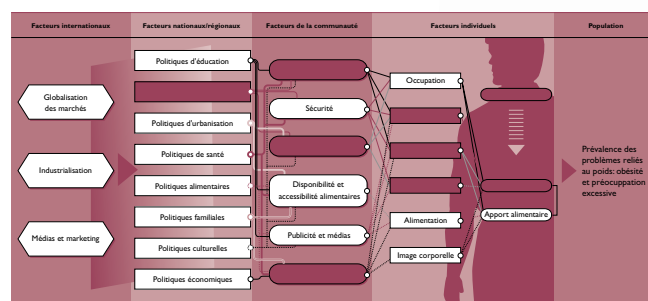
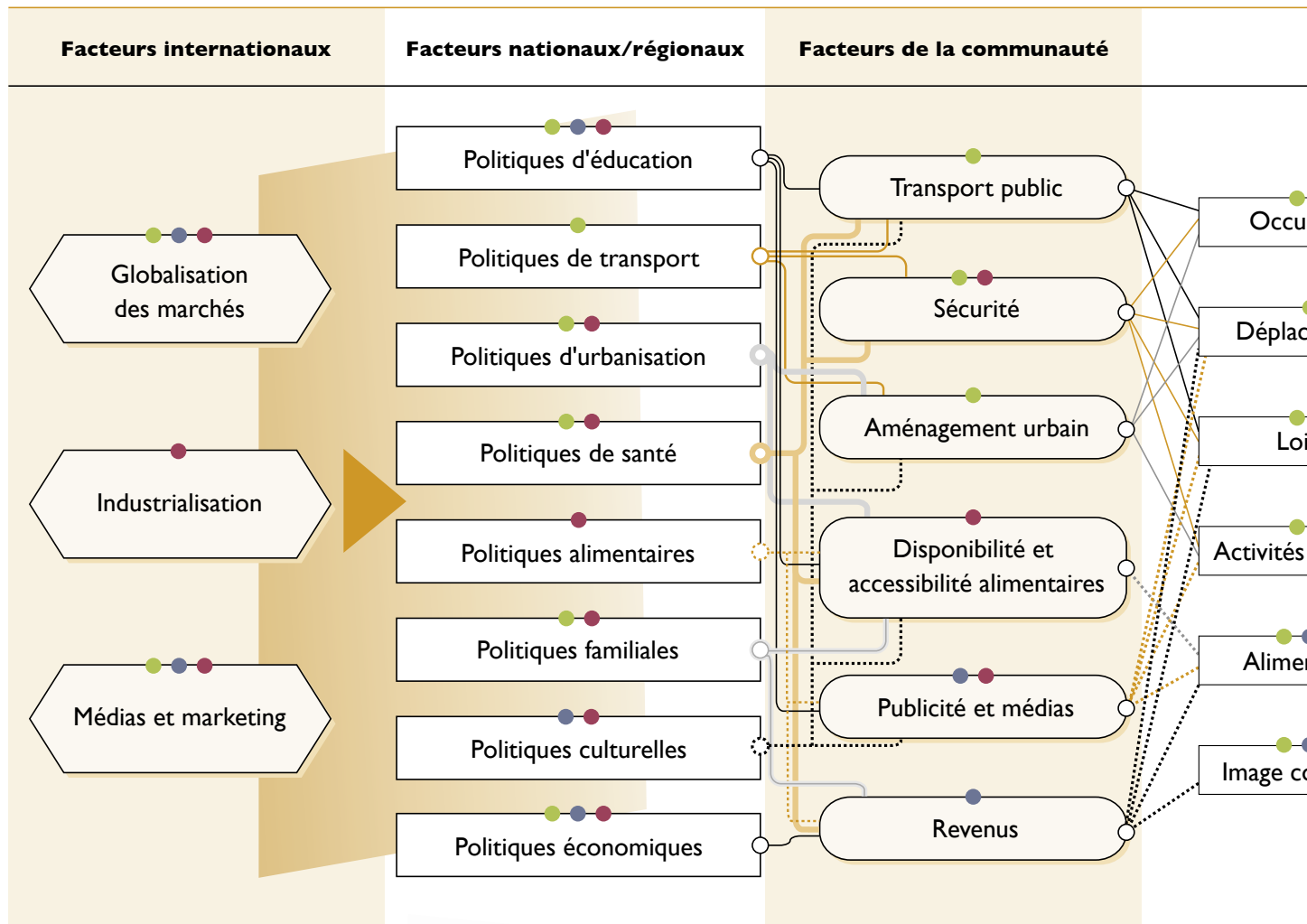
- 42 - Hill JO (2002) An overview of the etiology of obesity. Dans : *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. Fairburn CG, Brownell KD (Eds). 2nd ed. The Guilford Press: New York, Chap. 83. pp. 460-466.
- 43 - Kumariya SK (2001) Minisymposium on obesity: Overview and some strategic considerations. *Annual Review of Public Health* 22: 293-308.
- 44 - Kumariya S, Jeffery RW, Morabia A, Ritenbaugh C, Antipatis VJ. Public Health Approaches to the Prevention of Obesity (PHAPO) Working Group of the International Obesity Task Force (IOTF) (2002) Obesity prevention :The case for action. *International Journal of Obesity* 26(3): 425-436.
- 45 - USDHHS (U.S. Department of Health and Human Services) (2001) *The Surgeon General's call to action to prevent and decrease overweight and obesity*. [Rockville, MD]: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General: Washington. [En ligne] [<http://www.surgeongeneral.gov/topics/obesity/caltoaction/cover.htm#citation>] (13 février 2002).
- 46 - IOTF (International Obesity task Force), EASO (European Association for the Study of Obesity) (2002) *Obesity in Europe. The case for action*. IOTF: London, 22 p. [En ligne] [<http://www.iotf.org/media/euobesity.pdf>] (25 février 2003).
- 47 - Booth SL, Sallis JF, Ritenbaugh C, Hill JO, Birch LL, Frank LD, Glanz K, Himmelgreen DA, Mudd M, Popkin BM, Rickard KA, St Jeor S, Hays NP (2001) Environmental and societal factors affect food choice and physical activity: rationale, influences, and leverage points. *Nutrition Reviews* 59(3 Pt 2): S21-39.
- 48 - Swinburn B, Egger G, Raza F (1999) Dissecting obesogenic environments: The development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine* 29(6 Pt 1): S63-70.
- 49 - Nestle M, Jacobson MF (2000) Halting the obesity epidemic: A public health policy approach. *Public Health Reports* 115(1): 12-24.
- 50 - French SA, Story M, Jeffery RW (2001) Environmental influences on eating and physical activity. *Annual Review of Public Health* 22: 309-335.
- 51 - Wadden TA, Phelan S (2002) Behavioral assessment of the obese patient. Dans : *Handbook of obesity treatment*. Wadden TA, Stunkard AJ (Eds). The Guilford Press: New York, Chap. 10. pp. 186-226.
- 52 - Chevalier R (2003) *Comment faire bouger nos enfants*. Revue Capital Santé, Mars 2003.
- 53 - Mayer M, Roberge D (2002) Perception de l'environnement social : quartier ou voisinage. Dans : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*. Chap. 5. Institut de la statistique du Québec, Gouvernement du Québec, pp. 137-152.
- 54 - James WPT (2003) *The food chain and obesity prevention*. Prevention of obesity – the global approach. Berzelius Symposium 62. 26 au 28 mai 2003, Stockholm, Suède.
- 55 - Nestle M (2002) *Food politics. How the food industry influences nutrition and health*. University of California Press : Berkeley, CA, 457 p.
- 56 - Seidell JC (1999) Prevention of obesity: The role of the food industry. *Nutrition Metabolism and Cardiovascular Diseases* 9(1): 45-50.
- 57 - Statistique Canada (2000) Concurrence dans les services de restauration durant les années 1990. *Le Quotidien*, Le vendredi 14 avril 2000. [En ligne] [<http://www.statcan.ca/daily/Francais/000414/q000414a.htm>] (18 août 2003).
- 58 - Young LR, Nestle M (2002) The contribution of expanding portion sizes to the US obesity epidemic. *American Journal of Public Health* 92(2): 246-9.
- 59 - Orlet Fisher J, Rolls BJ, Birch LL (2003) Children's bite size and intake of an entree are greater with large portions than with age-appropriate or self-selected portions. *American Journal of Clinical Nutrition* 77(5): 1164-70.
- 60 - Jeffery RW, French SA (1998) Epidemic obesity in the United States : Are fast foods and television viewing contributing? *American Journal of Public Health* 88(2): 277-80.
- 61 - Cossette C (2003) *Les envahisseurs publiques*. Le devoir, 17 août 2003.
- 62 - Klein N (2001) *No Logo*. Leméac/Actes sud : Arles. 574p.
- 63 - Stearns PN (1997) *Fat history. Bodies and beauty in the Modern West*. University Press: New York, 294 p.
- 64 - Ritenbaugh C, Kumariya S, Morabia A, Jeffery R, Antipatis V (1999) *The causal web*. [En ligne] [<http://www.iotf.org/graphics/causalweb.tif>] (20 septembre 2000).
- 65 - Donnan S (2001) Ethics in public health. Dans : *Oxford handbook of public health practice*. Pencheon D, Guest C, Melzer D, Muir Gray JA (Eds). Oxford University Press: New York, Chap. 2.8. 118-124.
- 66 - Secrétariat d'État à la santé et aux handicapés (2000) *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France : enjeux et recommandations*. [En ligne] [<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/nutri2000/sommaire.htm>] (15 juin 2002).
- 67 - NHMRC (National Health and Medical Research Council) (1997) *Acting on Australia's weight: A strategic plan for the prevention of overweight and obesity*. Australian Government Publishing Service: Canberra. 229 p.
- 68 - IOTF (International Obesity task Force), EASO (European Association for the Study of Obesity) (2002) *Obesity in Europe. The case for action*. IOTF: London, 22 p. [En ligne] [<http://www.iotf.org/media/euobesity.pdf>] (25 février 2003).
- 69 - Milio N (1981) *Promoting health through public policy*. FA Davis Pub, Philadelphia, 359 p.
- 70 - Rosen G (1993) *A history of public health*. The John Hopkins University Press: Baltimore, 535 p.
- 71 - Cohen DA, Scribner RA, Farley TA (2000) A structural model of health behavior: A pragmatic approach to explain and influence health behaviors at the population level. *Preventive Medicine* 30(2): 146-54.
- 72 - Sallis JF, Owen N (2002) Ecological models of health behavior. Dans : *Health behavior and health education. Theory, Research, and Practice*. Glanz K, Rimer BK, Marcus Lewis F (Eds). Jossey-Bass: San Francisco, Chap. 20. 462-484.
- 73 - Epp J (1986) *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Santé et Bien-être social Canada : Ottawa.
- 74 - MSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux) (1992) *La politique de la santé et du bien-être*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec : Québec, 192 p.
- 75 - MSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux) (2003) *Programme national de santé publique 2003-2012*. Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec : Québec, 126 p.
- 76 - Atwood K, Colditz GA, Kawachi I (1997) From public health science to prevention policy: Placing science in its social and political contexts. *American Journal of Public Health* 87(10): 1603-1606.
- 77 - Friedman JM (2003) A war to obesity, not the obese. *Science* 299(5608): 856-858.
- 78 - Hawks SR, Gast J (1998) Weight loss management; A path lit darkly. *Health Education & Behavior* 25(3): 371-382.
- 79 - Schaefer C, Mongeau L (2000) *L'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids. Éléments d'une problématique et réflexions pour l'action*. Collectif action alternative en obésité : Montréal, 87 p.
- 80 - Eisenmann JC (2003) Secular trends in variables associated with the metabolic syndrome of North American children and adolescents: A review and synthesis. *American Journal Human Biology* 15(6): 786-94.

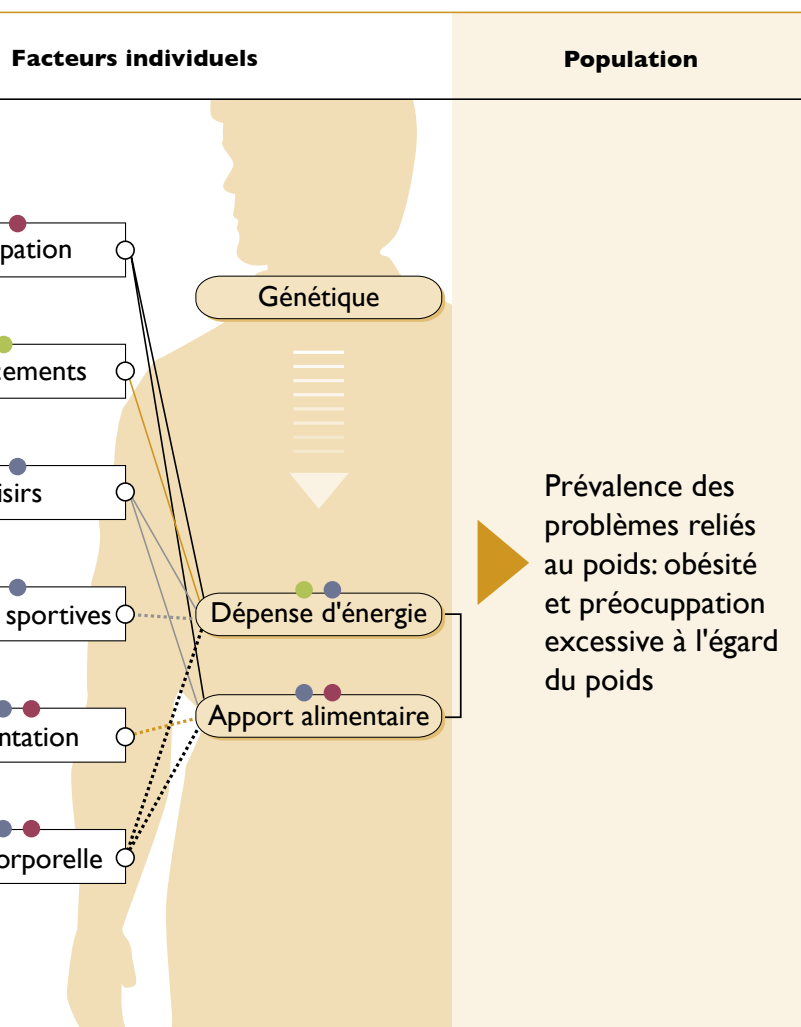
Mobilisons-nous.

Agissons **maintenant.**

www.aspq.org

Portrait des interrelations entre certaines actions environnementales identifiées pour chacun des trois secteurs stratégiques, les cinq axes d'intervention de la Charte d'Ottawa et la toile causale des facteurs influençant la problématique du poids.





Légende

- Facteurs influençant le secteur agroalimentaire*
- Facteurs influençant le secteur socioculturel*
- Facteurs influençant le secteur de l'environnement bâti*

**Facteurs politiques, socioculturels, économiques et personnels qui influencent directement ou indirectement les problèmes reliés au poids (problèmes reliés au poids : obésité et préoccupation excessive à l'égard du poids)*

Secteur agroalimentaire

- Élaborer et mettre en œuvre des politiques en matière de transformation et de distribution des aliments (axe des politiques publiques).
- Élaborer une politique en matière de nutrition (axe des politiques publiques).
- Mettre en œuvre et soutenir des politiques alimentaires en milieu scolaire et en milieu de travail (axe des milieux favorables à la santé).
- Soutenir les installations de restauration collective (cafétérias et restaurants) dans l'application d'un code visant à réduire la grosseur des portions (axe des milieux favorables à la santé).
- Sensibiliser les décideurs de l'industrie agroalimentaire à l'importance de maintenir des formats individuels d'aliments et de boissons appropriés (axe des milieux favorables à la santé).

Voir la liste complète des actions à la page 17

Secteur socioculturel

- Réglementer l'industrie des produits, services et moyens amaigrissants (axe des politiques publiques).
- Renforcer la réglementation sur la publicité faite aux enfants (axe des politiques publiques).
- Mettre en œuvre et soutenir des programmes dans les écoles qui favorisent le respect des jeunes sans égard à leur poids corporel et qui visent à éliminer la discrimination liée au poids en milieu de travail (axe des milieux favorables à la santé).
- Aider les groupes populaires à mener des actions d'influence auprès du milieu de la mode afin que soient offerts des vêtements intéressants et à un coût équivalent dans une plus grande gamme de tailles (axe de l'action communautaire).

Voir la liste complète des actions aux pages 17-18

Secteur de l'environnement bâti

- Favoriser l'adoption d'une réglementation visant à intégrer un plus grand nombre d'heures d'activités physiques dans le programme scolaire (axe des politiques publiques).
- Adopter des mesures fiscales favorisant la déduction d'impôt de divers frais relatifs à la participation à des activités sportives (axe des politiques publiques).
- Mettre en œuvre des plans d'aménagement qui favorisent l'adoption de modes de transport actif, l'aménagement de parcs pour les familles et d'installations sportives pour les adultes (axe des milieux favorables à la santé).
- Rendre les milieux de vie plus sécuritaires afin que l'insécurité ne constitue pas une barrière à la pratique de la marche et du vélo (axe des milieux favorables à la santé).

Voir la liste complète des actions à la page 18

L'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ)

a été fondée en 1943 par des médecins, infirmières et hygiénistes qui travaillaient dans les unités sanitaires du Québec. Elle est un regroupement autonome, multidisciplinaire et sans but lucratif qui contribue à la **promotion**, à **l'amélioration** et au **maintien** de la **santé** et du **bien-être** de la population québécoise. De plus, elle entretient des liens avec les communautés de santé publique canadienne et internationale.

L'ASPQ est avant tout un forum qui rassemble les différents intervenants en santé publique, tant institutionnels, professionnels que communautaires, afin de leur permettre de prendre des positions publiques sur des questions prioritaires de santé publique et de développer des alliances, des coalitions et des collaborations.

L'intérêt de l'ASPQ pour la problématique du poids l'a mené à la mise sur pied du Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (GTPPP).



les membres du GTPPP sont :

Diane Boudreault <i>Kino-Québec, ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir</i>	Marie-Paule Leblanc <i>direction générale de la santé publique, Régie régionale de la Montérégie</i>
Roxane Guindon <i>Fondation des maladies du coeur du Québec</i>	Simone Lemieux <i>Chaire de recherche sur l'obésité Donald B. Brown, Université Laval</i>
Fannie Dagenais <i>ÉquiLibre - Groupe d'action sur le poids</i>	Johanne Laguë Lyne Mongeau Marie-Claude Paquette <i>Institut national de santé publique du Québec</i>
Suzanne Laberge <i>département de kinésiologie, Université de Montréal</i>	
Brigitte Lachance <i>direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux</i>	

Valérie Blain
Chargée de projet de l'ASPQ

Au moment de la première édition en décembre 2003,
Anne Jubinville (Collectif action alternative en obésité) et
Dominique Lesage (DSP, Régie régionale Montréal-Centre)
étaient membres du GTPPP.

ASPQ

GTPPP¹

- 2000 Développement d'une vision commune
de la problématique du poids
- 2001 Participation à l'élaboration du Programme
national de Santé publique du Québec
2003-2012
- 2002 **2 Projets :**
 - Rendre les environnements facilitants^{1,2,3}
 - Éducation aux saines pratiques de contrôle
du poids comme stratégie de promotion d'un
mode de vie sain³
- 2003 Élaboration du document :
Appel à la mobilisation
- 2004 Développement du plan d'action

¹ La Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et
des Services sociaux du Québec contribue financièrement au projet.

² Le Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition contribue
financièrement au projet.

³ Projets financés par Santé Canada dans le cadre du *Programme de
contribution en prévention et promotion de la Stratégie canadienne sur le
diabète*.

La réimpression de ce guide a été rendue possible grâce au soutien financier
de Santé Canada dans le cadre du Programme de contribution en prévention
et promotion de la Stratégie canadienne sur le diabète. Les vues exprimées ici
ne représentent pas nécessairement la position officielle de Santé Canada.

ASPQ

4126, rue St-Denis, bureau 200, Montréal (Qc) H2W 2M5

Téléphone : (514) 528-5811

Télécopieur : (514) 528-5590

info@aspq.org

**Venez visiter notre site Internet à
www.aspq.org**

Données de catalogage avant publication

Document de réflexion
Les problèmes reliés au poids au Québec:
un appel à la mobilisation

1. Poids corporel
2. Obésité
3. Préoccupation excessive à l'égard du poids
4. Santé publique
5. Environnements

ISBN: 2-920202-42-1

Dépôt légal 4^{ème} trimestre 2004
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque et Archives Canada

La reproduction de ce document
est permise à condition d'en
identifier la source.

Octobre 2004

 **ASPQ**
Éditions