

Table des matières

Introduction	2
Section 1 : Que faut-il savoir sur le poids et l'amaigrissement	
Le poids et la santé	3
L'ABC de l'amaigrissement	6
Conséquences des méthodes amaigrissantes	8
Maigrir n'est pas banal	10
Comprendre pour mieux agir	11
<hr/>	
Section 2 : Analyse des méthodes amaigrissantes	
Analyse des méthodes amaigrissantes : critères et résultats	14
Cinq points sur les méthodes amaigrissantes	25
<hr/>	
Section 3 : Les méthodes amaigrissantes en détails	
Description des méthodes amaigrissantes	27
Conclusion	39
<hr/>	
Section 4 : Informations complémentaires	
Coup d'œil sur les méthodes amaigrissantes	40
Ingrédients de produits amaigrissants	43
Coûts des méthodes amaigrissantes et comparaison avec la consultation de professionnels de la santé	48
Méthodologie	51
Ressources	56
Références	57

Introduction

Il est notoire que l'obésité et l'embonpoint sont en augmentation dans notre population et que ces conditions constituent des facteurs de risque pour la santé. De plus, beaucoup de personnes, des femmes principalement, n'ayant pas nécessairement de poids à perdre cherchent à maigrir pour correspondre aux canons de la beauté.

Ces personnes en sont parfois à leur première démarche pour maigrir, mais le plus souvent, elles ont déjà tenté de maigrir par elles-mêmes ou à l'aide de divers moyens. Car il faut le dire, il existe une multitude de produits, services et moyens amaigrissants (PSMA) au Québec. Afin de brosser un portrait de la situation, l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) et ses partenaires ont réalisé en 2003 une importante analyse du marché des PSMA. Aux fins de cette analyse, **les PSMA ont été définis comme les divers produits** (produits naturels, médicaments en vente libre, substituts de repas, etc.), **services** (programmes et centres commerciaux de perte de poids, etc.) **et moyens** (régimes, jeûne, etc.) **qui ont des visées amaigrissantes**. Les interventions médicales et diététiques, qui sont soumises à l'examen d'un ordre professionnel, incluant les médicaments anorexigènes qui sont prescrits par les médecins ainsi que les pratiques personnelles de contrôle du poids (surveiller sa consommation de gras ou de sucre, faire de l'activité physique, etc.), ont été exclues de l'analyse.

Dans le cadre de cette analyse, les PSMA ont été répertoriés, ont fait l'objet d'une description minutieuse et ont été comparés à des critères d'analyse, issus de la littérature scientifique et validés par un comité d'experts québécois. Ces critères définissent différentes dimensions d'une perte de poids saine et sécuritaire. Le constat général de cette analyse est que **la majorité des PSMA ne répond pas à plusieurs des critères retenus**. En conséquence, bien qu'il ne soit pas approprié de recommander leur utilisation à la population de façon générale, quelques-uns d'entre eux pourraient être utilisés comme adjuvant avec certaines personnes dans le cas où un bon encadrement est réalisé par un professionnel compétent.

Afin d'aider les professionnels de la santé à se retrouver dans l'univers des PSMA, l'ASPQ et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) se sont unis pour réaliser ce guide de référence. Il fournit des informations pertinentes, précises et à jour qui permettront aux professionnels d'informer leurs clients afin de les guider dans l'exercice d'un choix éclairé.

Quoique le présent guide ne constitue pas un ouvrage de référence sur le counseling lié au contrôle du poids, **il expose les principes de base à connaître pour guider les personnes dans une démarche responsable et sécuritaire de gestion du poids**. Outre les concepts-clés sur l'amaigrissement et les informations sur les PSMA, il fournit des suggestions de lecture ainsi que d'autres ressources afin de donner un éclairage nouveau et prometteur sur le sujet. ■

Le poids et la santé

Le poids est un déterminant de la santé. Il est considéré comme normal lorsqu'il correspond à un indice de masse corporelle (IMC) se situant entre 18,5 et 24,9 kg/m². Outre le poids, il existe de nombreux déterminants de la santé. À juste titre, *Les lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*¹ soulignent qu'« à l'échelle individuelle, l'IMC et le tour de taille ne sont que deux éléments d'une évaluation globale de la santé ». Le poids est donc un élément parmi plusieurs. En présence d'un IMC supérieur à 25 kg/m² et d'un tour de taille au dessus du seuil de risque², une perte de poids peut être bénéfique pour la santé. **La démarche de perte de poids ne devrait cependant pas s'avérer contre-productive et les moyens utilisés ne devraient pas être nocifs** (voir les sections *L'ABC de l'amaigrissement* et *Les conséquences des PSMA*). Ne serait-il pas paradoxal de nuire à la santé en voulant l'améliorer ?

Puisque l'image corporelle joue un grand rôle dans notre culture, **beaucoup de personnes tendent à accorder une place démesurée au poids et confondent l'importance respective du poids, des habitudes de vie et des autres déterminants de la santé**. La perte de poids n'est pas la seule voie vers une meilleure santé : arrêter de fumer ou mieux contrôler son stress pourrait, le cas échéant, constituer de très bons objectifs de santé. Manger moins gras ou décider de marcher, même en l'absence de perte de poids, sont des changements qui présentent le potentiel d'améliorer la santé.

En outre, certaines études indiquent que l'objectif de perte de poids poursuivi par les clients est de l'ordre de 20 % à 30 %^{3,4} du poids initial, ce qui est peu réaliste tant sur le plan métabolique que comportemental. Mais plus important encore, une perte de poids aussi grande est bien au-delà de ce qui est requis pour obtenir des gains de santé. En effet, les études scientifiques récentes indiquent que **les gains de santé sont associés à une perte de poids modérée et maintenue de l'ordre de 5 % à 10 % du poids initial**⁵. Le fait de poursuivre un objectif irréaliste a été documenté comme étant un motif d'échec et de découragement dans le contrôle du poids⁶, en partie parce que cet objectif chiffré prend parfois l'allure d'une idée fixe. À défaut de convaincre les clients de s'établir un objectif réaliste compatible avec des gains de santé, ceux-ci sont susceptibles d'aller de moyens en moyens, courant le risque d'entrer dans le cycle des diètes.

Évidemment, les gains de santé seront maintenus si le poids perdu n'est pas repris. Ainsi, il y a peu d'intérêt à voir changer le chiffre sur le pèse-personne si un professionnel anticipe qu'un client donné dans un contexte donné ne pourra maintenir le nouveau poids. Le choix des changements à entreprendre devrait prendre en considération le potentiel de pérennité des comportements. **Les professionnels doivent aussi s'assurer que les moyens utilisés se traduiront par une perte de graisse, et non d'eau et de masse musculaire**. Afin d'éviter cette conséquence indésirable, le choix de la méthode est encore ici très important.

Expliquer ces différents points aux clients devrait avoir pour effet de réduire l'attrait d'une perte de poids importante et rapide. **Il est essentiel d'exposer clairement aux personnes qui consultent pour maigrir la relation entre le poids et la santé.** Le schéma suivant (figure 1), facile à expliquer, peut contribuer à remettre les choses en perspective. Les clients seront intéressés d'apprendre que la relation entre le changement des habitudes alimentaires et la pratique d'activité physique, la perte de poids et l'amélioration de la santé n'est pas qu'une simple relation linéaire. Des études scientifiques ont démontré depuis plusieurs années que le poids n'est pas nécessairement la variable ultime de la triade habitudes de vie – poids – santé.



Figure 1 – Liens entre les habitudes de vie, le poids et la santé

Revoir certaines idées reçues

Premièrement, au-delà du poids d'une personne, **la localisation du surplus de poids est un déterminant majeur des risques à la santé**¹. Ainsi, de nombreuses femmes, ayant des rondeurs aux hanches, aux cuisses et aux fesses, souhaitent maigrir pour se conformer aux normes de beauté, mais cet apparent surplus de poids ne présente aucun risque pour la santé.

Deuxièmement, tel qu'illustré à la figure 1, **les habitudes de vie ont un impact direct sur la santé, sans égard au poids**. Des études récentes réalisées auprès d'impressionnantes cohortes d'hommes et de femmes ont démontré que la pratique d'activités physiques a réduit de façon marquée le risque de maladies chroniques attribuables à l'obésité (diabète de type 2, hypertension, maladies cardiovasculaires et certains cancers), et ceci, indépendamment de l'IMC^{7,8}.

Dans un même ordre d'idées, une méta-analyse récente arrivait aux conclusions suivantes : 1) l'activité physique pratiquée de façon régulière atténue de façon marquée les risques pour la santé associés au surplus de poids et à l'obésité; 2) la pratique d'activités physiques chez les gens obèses diminue leur risque à un point tel que les taux de mortalité et de morbidité chez ces derniers sont plus faibles que chez les hommes de poids normal qui sont sédentaires; 3) la sédentarité et la mauvaise condition cardiorespiratoire (*low cardiorespiratory fitness*) sont aussi importantes que le surplus de poids et l'obésité comme facteurs de prédiction de

mortalité⁹. L'hypothèse selon laquelle une saine alimentation pouvait également réduire les risques associés à l'obésité a été vérifiée par moins d'études à grande échelle.

Finalement, la régulation du poids est soumise à de multiples facteurs, mécanismes physiologiques et réactions comportementales compensatoires, modification de la masse musculaire, etc. Les résultats sur le pèse-personne sont parfois trompeurs. Considérer la perte de poids comme le seul indicateur de succès peut mener l'intervention à des effets pervers. Pour les praticiens de la santé, l'absence de résultat en poids perdu diminue la gratification de leur travail et mène à la longue à une perte d'intérêt pour l'intervention de contrôle du poids. Du côté des clients, en l'absence d'une perte de poids significative, les efforts fournis pour changer leur alimentation et leur pratique d'activités physiques peuvent être interprétés comme stériles, voire un échec complet. Interprété selon une lunette comportementale, l'absence de résultat en poids perdu constitue un renforcement négatif. De quoi se décourager pour longtemps.

En mettant l'emphase sur les résultats de santé, sur l'amélioration de la qualité de vie et sur la réussite de la démarche de changement plutôt que de mesurer les résultats uniquement en poids perdu, les professionnels de la santé facilitent la gratification des gens qui investissent dans leur santé. L'attrait des PSMA et leur promesse de résultats s'en trouveront réduits. ■

L'ABC de l'amaigrissement

Le poids reste stable essentiellement lorsque l'équation suivante est en équilibre :

apport alimentaire = dépense d'énergie

La perte de poids s'opère donc par l'imposition d'un déficit énergétique qui peut être obtenu de trois façons :

1. Uniquement en augmentant la dépense en énergie tout en gardant stable la consommation alimentaire
2. Uniquement en diminuant la consommation alimentaire tout en gardant stable la dépense en énergie
3. En jouant sur les deux tableaux, réduire l'apport alimentaire et augmenter la dépense énergétique

Bien que la solution 1 soit la meilleure, elle est peu réaliste pour beaucoup de personnes dans notre contexte. La quantité d'activités physiques requise pour obtenir une perte de poids est très grande et doit être très fréquente. Ceci requiert beaucoup d'effort et la majorité des gens n'arrive pas à y souscrire. **La solution 2 est la plus populaire**, car les efforts consentis pour restreindre l'alimentation semblent perçus comme moins exigeants. **La solution 3 est optimale**, car elle favorise un meilleur maintien de la masse musculaire et requiert une restriction énergétique de moindre importance.

Les promoteurs de PSMA sont peu enclins à proposer les solutions 1 et 3, car la notion d'effort se vend difficilement. Ainsi, ils recourent principalement à la solution 2 ou encore afin de pouvoir garantir des résultats et engendrer une perte de poids chez la plupart des personnes, les PSMA utilisent divers stratagèmes qui imposent une restriction énergétique assez importante non apparente de prime abord. De façon immédiate, peu importe son ampleur, **toute restriction énergétique entraînera presque à coup sûr une perte de poids par l'effet de l'utilisation des réserves de glycogène.** Par la suite, une grande restriction énergétique entraînera une perte de poids importante, mais il n'y aura pas qu'une perte de graisse. Le corps est susceptible de perdre de l'eau et de la masse musculaire¹⁰.

Outre la restriction d'énergie, **l'équilibre dans les macro-nutriments (protéines, glucides et lipides) de l'alimentation lors de la perte de poids est aussi très importante.** Une diète très faible en glucides est susceptible d'engendrer une perte d'eau et de muscles plus importante que d'autres types de PSMA. Ceci s'explique de la façon suivante : certains tissus, notamment le cerveau et les cellules nerveuses, utilisent de façon obligatoire des glucides comme carburant. Lorsqu'ils en sont privés, ils utilisent les glucides mis en réserves. Mais le corps possède peu de réserves glucidiques et une fois celles-ci épuisées, les muscles

sont mis à contribution pour fournir les glucides nécessaires (après une transformation). Malheureusement (!), les réserves de graisse sont un faible pourvoyeur de glucides. **Un professionnel devrait donc toujours s'assurer que la restriction énergétique imposée sera modérée et que l'équilibre des macro-nutriments sera respecté.**

Qu'est-ce qu'une restriction modérée?

Même si la perte de poids peut être bénéfique pour certaines personnes, le corps interprète la restriction comme une menace, une violation de son homéostasie. Plus la restriction énergétique est grande, plus grande est la réaction de défense du corps. Paradoxalement, le corps protège ses réserves de graisse et utilise les muscles comme combustible. La perte de masse musculaire s'accompagne d'une perte d'eau et engendre une réduction du métabolisme de base, puisque la masse musculaire est un tissu à forte combustion d'énergie¹⁰. Une diète de moins de 1000 calories peut entraîner une perte de 20 % de la masse musculaire en quelques semaines¹¹. Or, une perte aussi minime qu'un demi-kilo de muscle ralentit le métabolisme de base¹². Le professionnel de la santé a intérêt à éviter au maximum la perte de masse musculaire chez son client, car moins une personne possède de muscles, plus elle est susceptible de gagner du poids facilement par la suite^{13,14}.

Pour doser convenablement l'ampleur de la restriction énergétique chez un client, il n'y a qu'un seul moyen : il faut connaître le point de départ, c'est-à-dire sa consommation alimentaire habituelle¹⁵. Une telle évaluation est le propre d'une intervention professionnelle, ce qui est généralement le cas de celle faite par les nutritionnistes. Or, aucun PSMA n'a comme point de départ une évaluation de la consommation alimentaire habituelle de la personne, la majorité ayant plutôt une prescription fixe d'énergie. Ainsi, **même les programmes commerciaux de perte de poids jugés acceptables, voire recommandables par de nombreux professionnels peuvent provoquer une restriction d'énergie importante.** Par exemple, un programme standard à 1200 kcal/jour peut sembler tout à fait sécuritaire. Mais chez une personne qui en consomme habituellement 2400, ceci représente une coupure de 50 %, soit une restriction suffisamment importante sur le plan métabolique pour créer une réaction de défense de l'organisme.

De plus, un apport énergétique de 800 kcal/jour à 1200 kcal/jour est inférieur au métabolisme de base pour la majorité des adultes en santé¹⁶, nuisant ainsi au fonctionnement normal. Malheureusement, **l'ampleur des conséquences en fonction de l'envergure de la restriction énergétique imposée n'est pas connue avec précision** et, compte tenu du nombre de paramètres qui entrent en ligne de compte, les études sont insuffisantes pour être bien renseigné. Sous toutes réserves, il peut être judicieux de ne pas dépasser un écart négatif de 500 à 700 kcal par jour¹⁷ entre les dépenses et l'apport énergétique. ■

Conséquences des méthodes amaigrissantes

Diverses conséquences nuisibles sont associées aux PSMA : physiques, comportementales et psychologiques. Sur le plan physique, des conséquences à court terme et à long terme, et de gravité variable, allant de mineures jusqu'à la mort, ont été recensées. **Les conséquences dépendent, entre autres, de la durée, de la nature, de la méthode et de l'ampleur de la restriction imposée**¹⁸.

Les conséquences à court terme, telles que la constipation ou la diarrhée, l'hypotension, les maux de tête, les étourdissements, l'intolérance au froid, les crampes musculaires, la perte de cheveux, etc.^{19,20,21} peuvent être considérées comme mineures si la cure est ponctuelle et de courte durée. Mais lorsque maigrir devient un mode de vie, comme c'est le cas pour certaines personnes, toutes bénignes que soient considérées ces manifestations physiques, elles affectent la productivité²². De l'arythmie cardiaque, des arrêts cardiaques et des déséquilibres électrolytiques ont été associés avec l'utilisation des diètes très basses en calories¹⁸. Depuis plus de 25 ans, même des décès ont été associés avec l'utilisation de ces diètes²⁰. Plus récemment, au début des années 1980, six décès sont survenus avec la diète liquide de Cambridge²⁰.

La perte de poids et la restriction cognitive²³ (*Le fait de remplacer un comportement alimentaire régulé par des critères internes par des comportements alimentaires planifiés et déterminés selon des critères cognitifs, ou des comportements alimentaires modelés sur des régimes définis, ou encore une restriction alimentaire globale*) sont aussi associées à la perte de masse osseuse, laquelle est à son tour un facteur de risque d'ostéoporose^{24,25,26}. La restriction cognitive a aussi été mise en relation avec le développement de désordres du cycle menstruel^{27,28,29}. La formation de calculs biliaires est un risque établi des restrictions alimentaires dans les cas où elles engendrent une perte de poids de plus de 1,5 kg par semaine¹⁸.

Outre les conséquences physiques, **il existe de nombreuses barrières psychologiques liées à la préoccupation à l'égard du poids qui nuisent à l'adoption de saines habitudes de vie**. Entre autres, la peur de gagner du poids constitue un obstacle à l'arrêt de comportements préjudiciables, tels que le tabagisme³⁰. Quelques études ont démontré que la présence d'anxiété reliée à l'appréhension du jugement de son corps constituerait une barrière à la pratique d'activités physiques^{31,32,33,34}. En revanche certains auteurs avancent que la préoccupation à l'égard du poids peut être bénéfique en jouant sur la motivation à contrôler son poids. Quelques études ont en effet démontré que des personnes qui tentaient de perdre du poids présentaient un meilleur profil nutritionnel^{35,36}. En fait, la question est plutôt controversée. Bien que la préoccupation puisse être bénéfique pour certaines personnes, lorsque la détresse associée à l'image corporelle s'accroît, les conséquences sont plutôt négatives³⁷.

La restriction d'énergie exige d'importantes modifications sur le plan

comportemental. En outre, un écart de 500 à 700 kcal par jour suppose déjà des changements de comportements substantiels. Ainsi, plus les restrictions sont importantes, plus grandes sont les privations de nourriture, faisant naître des obsessions et le train de réactions (dépression, irritabilité, anxiété, isolement social, modifications de l'humeur, pauvre image de soi, etc.) qui les accompagnent^{38,39,40,41}. En favorisant le recours aux signaux alimentaires externes du corps, les mangeurs deviennent de plus en plus des mangeurs cognitifs, ce qui déstabilise la relation qu'ils entretiennent avec la nourriture⁴². Le recours fréquent à la restriction alimentaire est un facteur de prédiction des troubles de l'alimentation, surtout de la compulsions alimentaire^{38,39,43,44,45}.

Finalelement, **une des conséquences fréquemment vécues par les utilisateurs de PSMA est qu'ils sont à risque de regagner leur poids et de vivre un échec.** Les échecs à répétition entraînent une perte d'estime de soi, de confiance en soi et un sentiment d'impuissance. Les professionnels de la santé ne devraient pas minimiser le sentiment de honte et de culpabilité ressenti par les personnes ayant échoué dans leurs efforts pour contrôler leur poids^{46,47,48,49}. ■

Maigrir n'est pas banal

Il a clairement été démontré dans les pages précédentes qu'avoir un poids normal et stable est un déterminant important de la santé. Mais il est tout aussi clair que maigrir à tout crin n'est pas recommandable. Pourtant, **le sujet de l'amaigrissement est souvent banalisé**. Il est question de perte de poids un peu partout, avec n'importe qui et comme si de rien n'était. L'immense accessibilité des PSMA et la publicité largement présente aux heures de grande écoute, dans les quotidiens et les revues populaires, les rendent très présents dans la vie des gens, contribuant du coup à cette banalisation. Les allégations de réussite instantanée sans mention des effets indésirables augmentent l'attrait d'y recourir.

De plus, l'absence de mises en garde, de recommandations ou de réglementations de la part des autorités et des professionnels de la santé envoie, de façon indirecte, un message à la population : la solution facile et sans effort pour enrayer l'obésité ou pour avoir un corps parfait est là. Enfin, cette grande disponibilité peut accroître la pression et le sentiment de culpabilité des personnes ayant un surplus de poids, car elles pourraient être blâmées de ne pas utiliser les solutions, soi-disant efficaces, qui s'offrent à elles.

La banalisation de la perte de poids, des produits amaigrissants et de la publicité dont ils font l'objet leur confère le statut de simple produits de consommation, sans grande conséquence autre que pour le portefeuille.

Pourtant, l'amaigrissement intervient dans l'équilibre du corps, il ne s'agit pas d'un simple produit de consommation. Certaines personnes deviennent malades après avoir pris un produit amaigrissant, ce n'est certes pas banal... Et malheureusement, les effets secondaires des PSMA restent souvent inconnus puisqu'en matière d'amaigrissement, beaucoup de personnes sont portées à s'attribuer l'échec et sont mal à l'aise de révéler leurs déboires. Cette absence de plaintes nuit d'ailleurs au contrôle de l'industrie de l'amaigrissement.

Dans ce contexte de banalisation, il arrive parfois que les recommandations des professionnels de la santé concernant l'amaigrissement soient faites sans trop d'égard : conseiller rapidement de joindre un programme commercial ou encore suggérer d'utiliser une diète populaire sans prendre le temps d'exposer ses forces et ses limites. Dans le même sens, devant un client qui propose de recourir à un PSMA, ne pas le dissuader peut être perçu comme un cautionnement. ■

Comprendre pour mieux agir

L'efficacité des méthodes amaigrissantes et leurs effets indésirables potentiels suscitent des questionnements. Dans ce contexte, comment les professionnels peuvent-ils aider leurs clients? D'abord, en abordant la situation avec tout le sérieux qu'elle mérite. Les problèmes reliés au poids constituent une condition très complexe et hétérogène. **Au plan de la population, l'accroissement du poids s'explique principalement par le mode de vie maintenant sédentaire et la piètre qualité de l'alimentation. Sur une base individuelle, bien que ces deux facteurs puissent expliquer l'obésité d'une personne qui consulte, ils couvrent de façon réduite le spectre des causes possibles.** En effet, le clinicien rencontrant une personne obèse ou ayant un excès de poids fera une meilleure analyse de la situation en se servant d'une toile causale appropriée (figure 2).

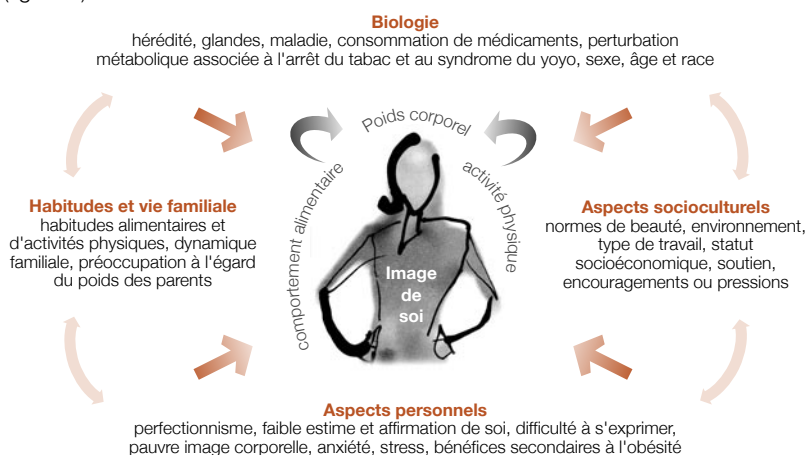


Figure 2- Toile des causes de l'excès de poids et de l'obésité chez les individus
Source : CAAO 2003

À partir de cette toile, le professionnel et son client seront en mesure de faire ensemble une analyse plus globale des causes. Ensuite, **il est utile de départager les facteurs non modifiables de ceux qui se modifient, puis de cerner l'importance des modifications envisagées.** Lorsque c'est possible, il est préférable d'agir sur les causes associées au gain de poids. Par exemple, pour une personne qui aurait gagné beaucoup de poids après un changement de travail, il s'agirait de déterminer quels changements ont spécifiquement engendré son gain de poids, puis il faudrait trouver des aménagements. Cette approche risque d'être plus durable qu'une diète populaire qui ne correspond en rien aux facteurs en cause.

En revanche, il sera difficile d'agir sur les causes d'un gain de poids survenu après l'arrêt du tabagisme, à moins qu'il ne soit clairement associé à une compensation alimentaire. Il est bien évidemment impossible de trouver des causes dans le cas d'une personne ayant un poids normal qui veut maigrir. L'intervention pourrait

comprendre l'explication du lien entre le poids et la santé, les limites biologiques du contrôle du poids et chercher à déterminer si la personne n'aurait pas besoin d'une intervention orientée sur l'image corporelle.

Finalement, dans le cas d'une personne dont la toile causale comporte des facteurs psychosociaux lourds et cristallisés (histoire d'abus, bénéfices secondaires à l'obésité, carences affectives, etc.), l'analyse doit bien jauger les efforts requis en fonction des objectifs. La simple amélioration des habitudes de vie sans poursuivre un but de perte de poids peut être plus réaliste et bénéfique globalement.

Pourquoi un client veut-il maigrir ?

Au Québec en 1998, 88 % des femmes ayant un excès de poids ont indiqué vouloir perdre du poids pour « améliorer leur apparence » contre 82 % qui souhaitaient « être en meilleure santé »⁵⁰. **Les motivations esthétiques dominent l'horizon pour les femmes qui souhaitent maigrir et qui présentent un poids normal ou insuffisant.** Mais outre les raisons esthétiques et de santé, la perte de poids peut être entreprise pour rencontrer d'autres objectifs importants pour les personnes : améliorer sa confiance en soi, son pouvoir de séduction, sa capacité de s'affirmer, qu'une personne croira ne pouvoir atteindre qu'avec la perte de poids⁵. Ces attentes sont nourries par le symbole « minceur = jeunesse, succès et performance » véhiculé dans les médias et la publicité. Or, de façon générale, **une perte de poids à elle seule est peu susceptible de transformer l'individu.** Ce dernier constate alors que ses attentes n'ont pas été comblées. Ne pas avoir obtenu les bénéfices escomptés est une autre raison expliquant l'échec des personnes à maintenir les nouveaux comportements, et ceci, même en ayant atteint l'objectif pondéral⁵.

Il est donc indispensable de questionner le client sur ses motivations réelles. Au-delà du premier commentaire, quels sont les gains réels anticipés par le client en conséquence de sa démarche? Il est judicieux que les changements requis soient ajustés au degré de motivation du client. Un effort jugé très grand pour des gains attendus faibles peut mener tout droit à l'abandon. Ainsi, **il n'y a pas que l'objectif de poids qui doit être réaliste, la nature même des attentes doit l'être aussi.**

Il est clair que **l'intervention de contrôle du poids est complexe et remplie de nuances.** Elle peut amener le praticien à traiter d'un vaste éventail de sujets, beaucoup plus que les seules habitudes alimentaires et d'activités physiques. Par rapport à cela, les PSMA ont une utilité bien réduite, sans compter leur potentiel d'effets indésirables. Néanmoins, aider et soutenir une personne aux prises avec un problème de poids représente un véritable défi pour le professionnel et, lorsque bien menée, l'intervention peut s'avérer très gratifiante.

Quelles sont les conditions qui peuvent favoriser à la fois le succès et la satisfaction chez le client et le professionnel ?

- Fixer un objectif réaliste tant sur le plan du poids à perdre que par rapport aux attentes associées à la perte de poids.
- Exposer le lien entre le poids, les habitudes de vie et la santé.
- Expliquer l'effet de l'amélioration des habitudes de vie même en l'absence de perte de poids.
- Faire comprendre les limites physiologiques de l'amaigrissement, les conséquences des PSMA et celles des restrictions importantes.
- Ajuster les modifications à entreprendre au degré de motivation.
- Faire réfléchir sur l'importance de changer pour longtemps et donc, sur la manière différente de s'y prendre.
- Favoriser le choix de petites actions ayant un fort potentiel de réussite, ce qui encourage la poursuite de la démarche.
- Autant que possible, appliquer une restriction alimentaire très modérée et ajouter la pratique d'activités physiques. ■



Analyse des méthodes amaigrissantes : critères et résultats

L'analyse des PSMA, réalisée en 2003 par l'ASPQ et dont il est question en introduction du guide, s'est déroulée en plusieurs étapes. D'abord, il s'agissait d'identifier le plus grand nombre de PSMA à l'aide de différentes sources d'information. Ainsi, entre novembre 2002 et janvier 2003, environ 350 PSMA ont été sélectionnés à partir des journaux, des magazines, de la télévision, d'Internet, etc. Ensuite, plus de 215 PSMA ont fait l'objet d'une description détaillée et éventuellement de l'analyse.

Pour pouvoir réaliser et baser cette analyse critique, il s'avérait nécessaire de définir des critères d'analyse des pratiques de contrôle du poids. Ces critères, issus de la littérature scientifique et de recommandations émises par des organisations ayant un intérêt pour la problématique du poids, ont été entérinés par un comité d'experts.

CATÉGORIES DE CRITÈRES

- Le rythme de perte de poids
- L'approche en lien avec la démarche (incluant l'encadrement)
- L'intervention alimentaire
- L'activité physique
- L'efficacité de la démarche
- L'innocuité de la démarche
- La promotion et la publicité associées à la démarche
- Les coûts de la démarche

L'analyse critique des différents PSMA sélectionnés aura permis de faire les constats suivants :

- Il y a une offre importante de PSMA, facilement accessibles et fortement publicisés;
- En général, les PSMA ne se conforment pas à l'ensemble des critères de saines pratiques de contrôle de poids;
- Un grand nombre de PSMA n'offre pas de solutions adaptées aux besoins des personnes qui souhaitent entreprendre une réelle démarche de perte de poids;
- L'utilisation des PSMA risque d'entraîner, à plus ou moins long terme, une reprise du poids perdu ou un échec dans la démarche. Cela peut avoir des conséquences sur la santé physique et psychologique;
- Il y a un grand manque d'information pour confirmer ou infirmer l'efficacité, la dangerosité ou l'innocuité de beaucoup des PSMA répertoriés.

Dans les prochaines pages, les critères d'analyse des pratiques de contrôle du poids sont énoncés et suivis par les résultats d'analyse. Quant à la méthodologie utilisée pour l'identification des PSMA et l'élaboration des critères d'analyse, elle est décrite plus longuement à la page 49. ■

Le rythme de perte de poids

Sachant qu'une perte de poids de 5 % à 10 % du poids initial, lorsqu'elle est indiquée, peut améliorer la santé des gens, la démarche devrait favoriser une perte de poids graduelle, c'est-à-dire une moyenne de perte de poids d'au plus 1 à 2 lb (0,5 à 1 kg) par semaine, correspondant généralement à un déficit de l'apport énergétique de 500 à 1000 kcal (2000 à 4000 kJ) par jour, et un apport en énergie n'allant pas en deçà d'un seuil minimal de 1200 kcal (5000 kJ) à 1500 kcal (6500 kJ) par jour, pour les femmes et les hommes respectivement. Idéalement, il y aurait lieu d'utiliser une stratégie mixte, c'est-à-dire qui favorise également une augmentation de la dépense énergétique, afin de réduire l'ampleur de la restriction énergétique.

L'élément central de ce critère consiste en une perte de poids graduelle. Or, seulement 6 % des PSMA analysés respectent le critère en faisant la promotion d'une perte de poids équivalant à 2 lb ou moins par semaine. À l'opposé, 30 % promettent une perte de poids rapide allant jusqu'à prédire « Perdez 25 livres en 30 jours ».

Certains PSMA mettent de l'avant une promotion de type « discours santé », dans lequel il est question de perte de poids graduelle, mais qui promet un rythme de perte de poids de plus de 2 lb par semaine.

Dans l'ensemble, les PSMA n'offrent pas de plan alimentaire permettant d'évaluer leur valeur énergétique totale. Seulement 14 % d'entre eux sont accompagnés de menus définissant le nombre de calories et parmi ceux-ci, environ le tiers propose des régimes en deçà de 1200 kcal par jour. ■



L'approche utilisée (incluant l'encadrement)

L'approche en lien avec une démarche de perte de poids devrait être globale (c'est-à-dire miser sur l'alimentation, l'activité physique et une démarche de modification des comportements), tout en étant individualisée (c'est-à-dire fondée sur une évaluation bio-psycho-sociale de la personne, en tenant compte de son âge).

Dans le cadre d'une démarche de perte de poids misant sur une approche globale, aucun produit, supplément alimentaire ou appareil ne devrait être requis en complément du plan alimentaire et du plan d'activité physique.

L'encadrement offert lors d'une démarche de perte de poids devrait être assuré par un personnel qui compte un ou des professionnels de la santé comme les médecins, les infirmières, les diététistes et les kinésologues, et idéalement par une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé.

Les concepteurs de la méthode devraient être ou inclure des professionnels de la santé, comme les médecins, les infirmières, les diététistes et les kinésologues, qui ont, en plus, une formation reconnue dans l'un des domaines suivants : nutrition, métabolisme, physiologie ou tout autre domaine pertinent. Les concepteurs devraient également faire partie d'une équipe multidisciplinaire.

L'approche

De façon générale, l'approche globale n'est pas un élément proposé par l'industrie des PSMA. Ainsi, moins de 1 % des PSMA analysés pourraient se qualifier comme ayant une telle approche. Dans certains cas, des produits complémentaires sont suggérés en parallèle alors qu'aucun ne devrait être requis dans le cadre d'une démarche de perte de poids misant sur une approche globale. D'ailleurs, certains PSMA interprètent à leur manière le concept « global » en faisant la promotion de produits et/ou de nouvelles technologies, soi-disant complémentaires ou essentiels à la démarche.

Certaines publicités de PSMA apparaissent contradictoires. Bien qu'il y ait une proposition d'approche globale dans le discours officiel, les publicités présentent des témoignages de clients ravis de pouvoir conserver leurs mêmes habitudes alimentaires à condition qu'ils respectent les limites de calories imposées par le PSMA. Il est alors difficile d'inclure ces PSMA parmi ceux pouvant se qualifier pour une approche globale.

Moins de 1 % des PSMA pourraient se qualifier pour une approche dite individualisée, mais en tenant compte de l'exigence d'une évaluation bio-psycho-sociale complète, aucun des PSMA analysés ne répond à ce critère.

Certains prétendent avoir une approche individualisée, en particulier les programmes et centres commerciaux d'amaigrissement. Toutefois, il conviendrait de visiter

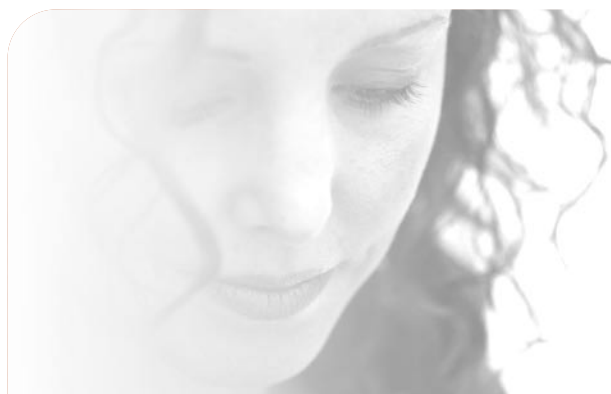
les lieux afin de s'assurer de la conformité de cette affirmation. Dans le cas de franchises, il faudrait vérifier si la mise en application de l'approche individualisée est constante d'un endroit à l'autre. Dans bien des cas, l'approche individualisée consiste, encore une fois, à fournir un ensemble de produits, soi-disant adaptés aux besoins du consommateur, alors qu'aucune évaluation globale de ses véritables besoins n'est faite.

L'encadrement

L'encadrement offert lors d'une démarche de perte de poids est rarement assuré par du personnel qualifié. Ainsi, moins de 5 % des PSMA, essentiellement des programmes et des centres commerciaux d'amaigrissement, prétendent offrir un encadrement qui est assuré par des professionnels de la santé, comme des médecins, des infirmières, des diététistes ou des kinésologues. Au mieux, une diététiste agit à titre de superviseuse d'un programme ou d'une démarche dans son ensemble, mais n'offre pas de service direct et adapté à la clientèle. Par le fait même, il n'y a pas d'expertise multidisciplinaire qui est offerte d'emblée.

À défaut d'offrir un encadrement structuré, les concepteurs et promoteurs de PSMA misent dorénavant sur un encadrement par Internet. Ainsi, un certain nombre d'entre eux mettent à la disposition de leur clientèle un suivi en ligne pouvant inclure un calcul de l'IMC, des recettes et des conseils pratiques, des groupes de discussion, etc. Dans certains cas, des consultations en ligne avec des professionnels de la santé sont offertes, mais il est néanmoins difficile d'en qualifier l'adéquation.

Enfin, moins de 5 % des PSMA seraient mis au point par des professionnels de la santé, notamment des médecins dans le cas de certains régimes populaires. Dans un cas, la démarche et les produits proposés sont associés à une équipe multidisciplinaire qui aurait agi à titre de conseillers. Quant aux produits naturels, certains sont conçus par des laboratoires pharmaceutiques, tandis que d'autres sont élaborés par des naturopathes ou des herboristes indépendants. ■



L'intervention alimentaire

La démarche de perte de poids devrait favoriser une alimentation saine basée sur la consommation d'une variété d'aliments provenant des quatre grands groupes du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*⁵¹, selon les *Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens*⁵¹. Conformément à une approche individualisée, la démarche de perte de poids devrait comporter une intervention alimentaire basée sur une évaluation des habitudes alimentaires de la personne.

Une alimentation saine est sans aucun doute un élément clé pour développer une bonne santé. Cependant, moins de la moitié des PSMA (40 %) font la promotion d'une alimentation saine et équilibrée et 38 % n'y font aucunement référence. Cette notion d'alimentation saine et équilibrée est d'ailleurs exploitée pour dire que l'efficacité de la démarche n'en est qu'améliorée.

Environ 10 % des PSMA vont jusqu'à minimiser l'importance de l'alimentation, en indiquant que la démarche ne requiert aucun effort, aucune restriction, ni aucun changement dans les habitudes alimentaires.

De plus, 12 % des PSMA sont associés à des interventions ne correspondant pas aux principes d'une saine alimentation :

- Parce qu'ils font la promotion d'un apport trop faible en énergie ;
- Parce que la répartition des macro-nutriments est très éloignée de celle proposée dans les *Recommandations sur la nutrition à l'intention des Canadiens*⁵² ;
- En raison d'un manque de variété, un principe de base des *Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens* (ex. : régime non équilibré, à aliment unique, restrictions trop importantes, utilisation de certains produits en remplacement de l'alimentation).

Dans moins de 2 % des PSMA, une intervention alimentaire individualisée est prétendument offerte, mais dans plusieurs cas, la saine alimentation est plutôt proposée en complément des produits.

Enfin, moins de 5 % des PSMA font directement référence au *Guide alimentaire canadien* pour manger sainement, lequel devrait pourtant servir de base à l'intervention alimentaire des programmes. ■

L'activité physique

La démarche de perte de poids devrait favoriser la pratique d'activités physiques sur une base régulière (idéalement un minimum de 30 minutes par jour), et ce, de façon progressive, en tenant compte de l'âge et des habitudes d'activités physiques de la personne.

C'est reconnu : la pratique régulière d'un sport ou d'une activité physique a des effets bénéfiques sur la santé. Selon la littérature scientifique⁵³, l'activité physique est le principal déterminant du maintien de la perte de poids. Or, 58 % des PSMA analysés ne font aucune référence à l'activité physique et certains vont même jusqu'à minimiser l'importance de celle-ci, en indiquant que la démarche ne requiert aucun effort, aucun exercice, ni aucun changement dans les habitudes de vie.

Dans la sélection de PSMA, seulement 34 % font la promotion de l'activité physique. Le plus souvent, il s'agit d'énoncés généraux indiquant que l'activité physique peut être bénéfique pour la santé. Encore une fois, cette notion est mise de l'avant pour dire que l'efficacité de la méthode en est accentuée.

De manière générale, il y a peu d'informations spécifiques relativement à la fréquence et à la durée de l'activité physique. Toutefois, 11 % des PSMA donnent certaines indications, favorisant la pratique d'exercices sur une base régulière, parfois en incluant une liste d'activités.

Enfin, mis à part les centres d'entraînement, offrant habituellement des programmes d'activités physiques semblant être adaptés aux besoins des consommateurs, il n'y a pratiquement aucun plan individualisé, progressif et basé sur une évaluation des besoins qui est offert. ■



L'efficacité de la démarche

La démarche de perte de poids devrait reposer sur des principes scientifiques bien établis, entre autres selon le concept de données probantes, et son efficacité à long terme (au minimum un an) devrait être évaluée.

L'efficacité est interprétée d'une manière très variable d'un PSMA à l'autre et sous-entend, le plus souvent, un effet à court terme. Considérant une définition englobant une perte de poids maintenue sur 1, 3 et 5 ans, très peu de méthodes de perte de poids se qualifient. De plus, sachant que l'efficacité et la sécurité d'une démarche reposent sur différents critères (approche globale et individualisée, perte de poids graduelle, encadrement offert par des professionnels), aucun des PSMA analysés ne peut se qualifier.

Au moment de l'analyse, une des façons de vérifier l'efficacité et l'innocuité d'un produit naturel faisant des allégations relativement à des propriétés thérapeutiques, était de voir s'il avait un DIN (*Drug Identification Number*). Un DIN assure que les données reliées à la sécurité, à l'efficacité et à la qualité du produit ont été examinées par la Direction des produits thérapeutiques (DPT)⁵⁴. À l'avenir, les produits naturels devront avoir un numéro de produit (NPN) sur leur étiquette⁵⁵ pour être mis en marché.

Ainsi, moins de 6 % des PSMA relevant d'une catégorie pouvant nécessiter un DIN au moment de l'analyse en possédait un. Quant aux substituts de repas, ils n'en nécessitent pas, mais doivent se conformer aux règlements spécifiques à leur endroit⁵⁶.

Parmi l'ensemble des PSMA analysés, excluant ceux ayant un DIN :

- **Un peu plus de 1 % présentent des statistiques et moins de 3 % présentent des études qui semblent fiables et rigoureuses et qui permettent de démontrer une certaine efficacité pour la perte de poids.** Dans deux cas, il s'agit d'études rigoureuses sur certains des ingrédients actifs seulement, et non sur l'ensemble du produit;
- **Au moins 3 % ont fait l'objet d'études rigoureuses ayant démontré l'inefficacité pour la perte de poids ou ont été reconnus comme étant inefficaces.** Plus de la moitié font partie de la catégorie des *appareils* et *dispositifs*, alors que les autres sont supposés entraîner une perte de poids substantielle de façon *transdermique*.

Alors que tous les PSMA analysés sont présentés comme étant efficaces pour la perte de poids, plus du tiers d'entre eux contiennent un ou plusieurs ingrédients qui figurent sur une liste d'ingrédients bannis pour la perte de poids par la Food and Drug Administration (FDA)⁵⁷ parce que leur efficacité n'a pas été démontrée. ■

L'innocuité de la démarche

La démarche de perte de poids devrait être sécuritaire, c'est-à-dire qu'il ne devrait pas y avoir de doute quant à son innocuité.

Il y a très peu d'études rigoureuses permettant de démontrer l'innocuité des PSMA. Des **affirmations d'innocuité**, énoncées par des phrases comme « sans effet secondaire » ou « sans danger », se retrouvent dans la documentation ou la publicité qui accompagnent les PSMA.

Il est possible que des ingrédients contenus dans certains produits ne comportent pas de danger en soi, mais des risques pour la santé sont potentiellement présents si la démarche globale impose une importante restriction énergétique (ex. : une formule liquide utilisée de façon exclusive pendant plusieurs jours).

L'analyse révèle qu'au moins 34 % des PSMA comportent des mises en garde, soit sur l'étiquette, dans les documents d'accompagnement ou les publicités. Le plus souvent, il s'agit d'avis généraux visant notamment les enfants, les femmes enceintes et qui allaitent, et/ou encore recommandant de consulter un médecin avant d'entreprendre toute démarche de perte de poids ou l'utilisation du PSMA en particulier (une note que les produits provenant des États-Unis se doivent d'ailleurs d'indiquer dans leurs publicités).

Dans le cas des appareils et dispositifs, il y a également des mises en garde pour les gens portant des stimulateurs cardiaques ou autres dispositifs médicaux (ex. : des pompes à médicaments). Dans certains cas, aucune mise en garde n'est présente sur l'emballage alors que les documents d'accompagnement présentent des contre-indications.

Plusieurs produits contiennent des ingrédients (ex. : *cascara sagrada*, chardon marie, Malva, psyllium, séné, etc.) pour lesquels des effets secondaires sont connus sans qu'aucune mise en garde n'apparaisse sur les étiquettes. Sur 215 PSMA analysés, et dans la mesure où la liste de leurs ingrédients est présente, 49 contiennent des ingrédients reconnus pour être associés à des effets secondaires, des contre-indications ou des interactions possibles avec certains aliments ou médicaments (voir tableau des produits naturels à la page 41). **La majorité de ces produits ne contient aucune mise en garde.** Dans les autres cas, il s'agit souvent de mises en garde générales et non spécifiques à l'ingrédient problème.

Au moins 6 % des PSMA sont présentés comme étant sans danger ou sans effet secondaire, mais par exemple, un d'entre eux contient du fucus dont la teneur élevée en iode augmenterait le risque d'hyperthyroïdisme⁵⁸. Son utilisation est donc contre-indiquée⁵⁷. Enfin, dans certains cas, il n'est pas possible de confirmer l'innocuité des produits parce que la liste des ingrédients (pour la plupart, des produits disponibles par commande postale) n'est pas accessible. ■

La promotion et la publicité associées à la démarche

Les allégations associées à la démarche de perte de poids devraient être conformes aux lois et règlements en place. Elles devraient, entre autres, faire appel à des affirmations réalistes et à une information juste et complète.

L'analyse de la promotion et de la publicité à l'égard des PSMA est très révélatrice des écarts existants entre leurs prétendus bienfaits et les saines pratiques de contrôle du poids. Ainsi, de nombreuses stratégies publicitaires, présentées dans le tableau suivant, sont associées aux différents PSMA.

Principales stratégies publicitaires

(non mutuellement exclusives)

- Naturel
- Prouvé scientifiquement/étude clinique/approuvé par un M.D.
- Discours santé
- Photographies suggestives
- Témoignages
- Garanti
- Perte de poids permanente
- Sans effort (sans restriction alimentaire et/ou sans exercice)
- Photos avant-après

La stratégie publicitaire « discours santé », fréquemment retrouvée, consiste à intégrer dans les messages publicitaires des statistiques récentes sur l'embonpoint et l'obésité et les différents effets de ces conditions sur la santé. Le consommateur est dupé par cette stratégie publicitaire, car il croit avoir affaire à des spécialistes de la problématique du poids. Ainsi mis en confiance, il utilise alors un produit qui lui apparaît inoffensif et vendu comme la solution à son problème de poids.

Pour plusieurs PSMA analysés, un certain nombre d'allégations renvoient à des stratégies publicitaires considérées comme douteuses (perte de poids en dormant, permanente, substantielle en peu de temps et témoignages sensationnels).

Ces stratégies publicitaires ont été dénoncées à l'issue d'une importante étude⁵⁹ publiée par la Federal Trade Commission (FTC) qui portait sur 300 PSMA disponibles aux États-Unis.

Dans l'analyse, 30 % des médicaments vendus sans ordonnance, suppléments alimentaires, crèmes, techniques d'enveloppement, timbres (*patches*), appareils et dispositifs utilisent dans leur promotion un certain nombre d'allégations, qui renvoient à des énoncés reconnus comme étant non plausibles selon un groupe d'experts réunis lors d'une conférence de la FTC⁶⁰.

Énoncés reconnus comme étant non plausibles

- Perte de poids substantielle chez tous les utilisateurs
- Perte de poids permanente
- Perte de poids substantielle tout en continuant de consommer des quantités illimitées d'aliments riches en calories
- Perte de poids substantielle en bloquant l'absorption des gras ou des calories
- Perte de poids substantielle en utilisant un produit transdermique donné
- Perte de poids substantielle sans réduction de l'apport en énergie ou augmentation du niveau d'activité physique
- Perte de poids sécuritaire de plus de 3 lb par semaine pour une période de temps excédant 4 semaines

Plusieurs produits de la sélection de PSMA sont présentés comme étant utiles comme adjuvants au traitement de l'obésité, voire même du diabète. Or, « l'article 3 de la *Loi sur les aliments et drogues* au Canada interdit toute allégation qui [...] pourrait amener un membre du grand public à croire que celle-ci porte sur un traitement, une mesure préventive ou un moyen de guérison d'une maladie répertoriée à l'annexe A⁶¹ ». L'obésité est une des maladies répertoriées à l'annexe A.

Dans le cadre de l'analyse, il n'a pas été possible de vérifier si l'étiquetage et les allégations de tous les produits vendus comme substituts de repas étaient conformes à *Loi sur les aliments et drogues*, en référence aux *aliments à usage diététique spécial*.

À ce propos, la revue québécoise *Protégez-Vous* a réalisé en mars 1998 une étude⁶², portant sur les substituts de repas et visant à relever les fautes d'étiquetage et les prétentions erronées. Cette étude a révélé plusieurs infractions à la réglementation canadienne B.24.202 et B.24.204 de la *Loi sur les aliments et drogues* et au *Guide d'étiquetage et de publicité sur les aliments* et a permis de constater plusieurs manquements aux directives du *Guide d'étiquetage et de publicité sur les aliments*. ■



Les coûts de la démarche

Les produits et les moyens amaigrissants devraient être accompagnés d'une information complète sur le coût total potentiel de la démarche de perte de poids (incluant tous les composants).

Les services en matière d'amaigrissement devraient offrir une information complète sur le coût total potentiel de la démarche de perte de poids (incluant tous les composants, dont le suivi) ainsi que des modalités de paiement en plusieurs versements.

Le recours aux PSMA dans le cadre d'une démarche de perte de poids peut engendrer des coûts assez élevés. Il s'ajoute bien souvent des coûts supplémentaires, en raison des différents produits ou services proposés en complément pour obtenir de soi-disant meilleurs résultats. Le tableau à la page 46 permet d'illustrer concrètement les coûts potentiellement impliqués dans une démarche de perte de poids à l'aide de PSMA et d'en faire la comparaison avec les coûts de consultation de professionnels de la santé.

Malgré le coût élevé des PSMA, le grand nombre de points de vente ou de service rend banal leur achat. Sur 215 PSMA évalués, au moins 60 étaient disponibles en pharmacie, 88 dans un magasin d'aliments naturels et la presque totalité étaient présents sur Internet. Cette accessibilité ira probablement en s'accroissant, en raison du phénomène des pharmacies ou des magasins d'aliments naturels s'installant à l'intérieur des grands marchés d'alimentation ou des magasins à grande surface ainsi que de la médiatisation du problème de l'obésité. ■

Cinq points sur les méthodes amaigrissantes

1. La législation encadrant l'industrie

- Au Québec ou au Canada, il n'y a pas de législation encadrant, spécifiquement et dans son ensemble, l'industrie des PSMA.
- Il y a un manque de ressources qui permettraient l'application rigoureuse des règlements en place touchant certaines composantes des PSMA, notamment la publicité frauduleuse, les contrats régis par la *Loi sur la protection du consommateur* ou encore la *Loi sur les aliments et drogues*.
- Dans plusieurs cas, les instances gouvernementales n'interviennent qu'à partir de plaintes. Malheureusement, les personnes regagnant du poids se plaignent peu, considérant qu'elles s'estiment bien souvent responsables de leur échec.

2. L'efficacité

- Peu d'études rigoureuses soutiennent les affirmations de sécurité et d'efficacité à long terme des PSMA.
- Les échecs à répétition, dus au peu d'efficacité à moyen ou à long terme des PSMA, peuvent retarder une réelle et saine prise en charge du contrôle de poids.

3. L'innocuité

Un PSMA peut être dangereux :

- Parce qu'il fait perdre du poids trop rapidement, ce qui entraîne une perte de masse musculaire puis une diminution du métabolisme de base ;
- Parce qu'il nie ou néglige l'importance de la modification des habitudes de vie et que c'est le maintien d'un poids moindre qui compte vraiment pour la santé ;
- Parce qu'il peut causer des effets indésirables mineurs (fatigue, constipation, nausée et diarrhées) qui nuisent au fonctionnement général et à la productivité des personnes ;
- Parce qu'il peut causer des effets indésirables majeurs (arythmie cardiaque, déséquilibres électrolytiques, développement de désordres alimentaires, formation de calculs biliaires, perte de masse osseuse et décès).

4. L'encadrement

- Les promotions d'offre d'encadrement répondant aux besoins spécifiques d'un individu est largement répandu.
- L'encadrement offert par les programmes et les centres commerciaux d'amaigrissement ne semble généralement pas assuré par des professionnels de la santé, malgré les promotions de spécialité et les appellations confuses de certains promoteurs.

5. Naturel n'est pas synonyme d'inoffensif

- La croyance qu'un produit naturel ne peut être que bénéfique et dénué

d'effets indésirables est largement répandue et expliquerait en partie l'intérêt pour ces produits et la tendance à l'automédication.

- Les individus omettent, volontairement ou non, de déclarer la consommation de produits naturels aux professionnels de la santé.
- Plusieurs effets indésirables sont attribuables à de grandes variations dans la qualité et la quantité des ingrédients contenus dans les produits naturels.
- La liste complète des ingrédients de même que les effets secondaires connus et le dosage de certains ingrédients ne sont pas toujours mentionnés sur l'étiquette.

Les PSMA font davantage partie du problème que de la solution, car ils peuvent faire obstacle et entraîner un délai majeur à l'atteinte d'une solution santé à un problème de poids ou d'image corporelle. ■



Centres commerciaux de perte de poids

(ex. : Centre de santé minceur, Centre de la diète, Infralim centre minceur, etc.)

Affirmations des fabricants

- Personnalisé
- Perte de poids rapide, importante et permanente

Mécanisme d'action prétendue

- Technologies variées
- Consultations
- Diètes basées sur une restriction alimentaire, des combinaisons alimentaires, des produits et des substituts de repas, etc.

Mises en garde/contre-indications faites par les fabricants

- Règle générale, il n'y en a aucune

Résultats d'analyse

- Malgré les affirmations de spécialité et les désignations de titre des promoteurs, l'encadrement n'est pas forcément assuré par des professionnels de la santé.
- Les pertes de poids suggérées sont rapides et élevées.
- La démarche proposée par les centres ne comprend pas toujours de plan alimentaire ou de programme d'exercices.
- Peu d'études rigoureuses viennent appuyer l'efficacité et l'innocuité des produits ou technologies recommandés par les centres.
- Les statistiques sur l'efficacité de la démarche proposées par les centres sont rarement connues.
- Les affirmations de perte de poids permanente, largement répandues dans les centres, ne sont pas appuyées par la littérature scientifique.
- Les centres proposent souvent une approche axée sur la santé, mais leurs pratiques semblent davantage axées sur l'esthétique (ex. : modelage, sculpture corporelle, etc.).
- Les traitements sont souvent offerts sur une base unitaire et ne s'inscrivent pas nécessairement dans une démarche globale.

Argumentaire

Les centres commerciaux de perte de poids proposent l'utilisation de technologies ou de produits dont l'efficacité n'est pas nécessairement démontrée par des études rigoureuses. Ils misent plutôt sur des témoignages sensationnels de «clients satisfaits» pour appuyer leurs dires.

L'aspect économique est un élément important à considérer. Ces centres sont des franchises de compagnies cherchant à faire des profits. Si la première tentative de perte de poids ne fonctionne pas, un autre produit ou l'essai d'une technologie plus «performante» sera proposé pour parvenir à éliminer les kilos superflus.

Enfin, en dépit du mot «santé» dans plusieurs noms de compagnies, l'encadrement proposé dans les centres n'est pas forcément offert par un ou des professionnels de la santé. ■

Programmes de perte de poids

(ex. : *Weight Watchers, Minçavi, Herbalife etc.*)

Affirmations des concepteurs

- Perte de poids garantie
- Suivi personnalisé
- Programme équilibré

Mode de fonctionnement

- Régimes hypocaloriques avec ou sans exercices et/ou produits
- Rencontres de groupe hebdomadaires

Mises en garde/contre-indications faites par les concepteurs

- Règle générale, il n'y en a aucune

Résultats d'analyse

- En moyenne, l'apport énergétique suggéré varie entre 1000 et 1500 calories.
- Il y a contradiction entre le discours officiel, la publicité et/ou la pratique : par exemple, les recommandations scientifiques proposent un objectif de perte de poids de 5 %, mais les pertes de poids proposées sont plus élevées ; prétend suivre le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, mais ne respecte pas la répartition des macro-nutriments ; prétend conseiller un programme alimentaire sain et équilibré, mais dans les faits, s'avère être un système de pointage des calories.
- L'encadrement ne semble pas forcément assuré par des professionnels de la santé et n'est pas nécessairement basé sur les besoins de l'individu.
- La démarche de perte de poids n'est pas nécessairement basée sur une évaluation individuelle, même si une auto-évaluation est parfois conseillée en début de programme.
- La démarche de perte de poids requiert parfois des suppléments alimentaires et suggère la consommation d'aliments préparés et commercialisés par les programmes.

Constatations provenant de la littérature scientifique

- Peu d'études évaluatives sur le maintien de la perte de poids et l'efficacité des programmes sont disponibles⁶³.
- Malgré qu'elles n'aient pas de poids à perdre, des personnes s'engagent tout de même dans une démarche de perte de poids⁶⁴.

Dans les programmes de perte de poids, il est possible qu'il manque l'évaluation initiale des besoins des individus, d'encadrement qualifié et de formation professionnelle. Les programmes ne tiennent pas toujours compte de l'environnement, des antécédents et de la condition psychosociale des individus.

De plus, il peut y régner une ambiance de compétition, malgré la visée du souci d'entraide, et le succès ou l'échec du programme repose essentiellement sur l'individu. Il arrive parfois que certaines personnes se privent de nourriture avant la pesée, mais mangent tout de suite après, souvent de manière impulsive. Elles mangent alors en fonction d'un contrôle externe plutôt que selon leurs réels besoins alimentaires.

Enfin, ce n'est pas en comptant des calories ou des points qu'une personne fera des apprentissages durables en alimentation. ■



Substituts de repas

(ex. : *Slim Fast*, *Nutribar*, *Scan Diet*, etc.)

Affirmations des fabricants

- Réduit le poids de 1 à 2 livres par semaine
- Permet le maintien de la perte de poids à long terme
- Modifie les habitudes alimentaires à court ou long terme
- Réduit les facteurs de risques favorisant la maladie
- Contient tous les éléments nutritifs d'un repas équilibré

Indications d'utilisation

- Remplacer un ou deux repas par jour avec suggestion de menu hebdomadaire à suivre pendant 8 à 12 semaines
- Pour maintenir la perte de poids, poursuivre la substitution d'un repas par jour
- Remplacer tous les repas par jour (selon un des produits répertoriés)

Valeurs nutritives

Ex : barre

- De 230 à 260 calories
- 56 % de glucides
- 23 % de lipides
- 21 % de protéines

Régime suggéré à 1 200 calories par jour, tel que prescrit dans la réglementation

Mises en garde/contre-indications faites par les fabricants

- Aucun effet indésirable répertorié.
- Pour les moins de 18 ans, les femmes enceintes ou qui allaitent, les personnes ayant des problèmes de santé, le fabricant recommande de consulter un médecin avant d'entreprendre tout régime amaigrissant.

Résultats d'analyse

- L'approche n'est pas individualisée et ne conduit pas à une démarche de modification des comportements, basée sur une évaluation préalable des habitudes de vie et de l'état de santé des individus.
- En suggérant de substituer tous les repas par des substituts de repas, certains fabricants ne se conforment pas à la réglementation⁶⁵ en place.
- L'utilisation de substituts de repas ne favorise pas la consommation d'une variété d'aliments, tel que recommandé par le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*.
- Les substituts de repas ne sont pas particulièrement agréables au goût⁶² et ne suscitent pas d'éblouissement papillaire⁶⁶.
- Le régime qui accompagne les substituts de repas est monotone.

Constatations provenant de la littérature scientifique

- En remplaçant tous les repas par des substituts de repas, tel que recommandé par un fabricant, il existe un risque de carences nutritionnelles¹⁶.
- La consommation de substituts de repas n'encourage pas l'apprentissage et l'adoption de saines habitudes alimentaires à long terme¹⁶.
- Une personne qui déciderait de ne consommer que des substituts de repas ou dont le repas complémentaire ne serait pas suffisant en termes d'apport nutritionnel tendrait vers une diète à très basses calories, ce qui peut s'avérer dangereux sans supervision médicale¹⁶.
- La recherche répertoriée sur l'efficacité des substituts de repas pour la perte ou le maintien du poids est financée, en tout ou en partie, par les fabricants. Une telle situation suggère un potentiel biais de recherche.

Argumentaire

Les substituts de repas entraînent un rapport dénaturé avec l'alimentation et ne permettent pas l'acquisition de bases durables favorisant le maintien de la perte de poids. D'ailleurs, pour maintenir son poids, il est suggéré de continuer à intégrer le produit dans sa planification quotidienne de repas. Est-ce possible de prendre des substituts de repas à vie ?

L'utilisation de substituts de repas entraîne une consommation moindre d'aliments pourtant recommandés par le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*. Leur consommation encourage également le goût du sucré. De ce fait, les personnes se privent de d'autres goûts ou encore d'aliments sucrés de meilleur goût !

En général, les gens ne disposent pas de toute l'information nécessaire pour pouvoir comparer la valeur énergétique d'un repas avec celle d'un substitut de repas. Par exemple, un sandwich (environ 300 calories) correspond presque à la valeur énergétique d'un substitut de repas, mais le remplace avantageusement parce qu'il contient souvent une portion de chaque groupe alimentaire.

Enfin, le degré de restriction alimentaire, entraînée par un régime à 1200 calories par jour, ne convient certainement pas à tous les individus. ■

Régimes

- Hypocalorique (ex. : Scarsdale)
- Hyperprotéiné (ex. : Atkins)
- Basé sur l'indice glycémique (ex. : Montignac)
- Dissociation et exclusion d'aliments (ex. : Fit for Life, Montignac)
- Selon le type ayurvédique (ex. : régime arc-en-ciel)
- Selon les groupes sanguins (ex. : D'Adamo), etc.

Certains régimes ont une durée déterminée, tandis que d'autres impliquent la modification des habitudes de vie à long terme.

Affirmations des concepteurs

- Perte de poids garantie et permanente
- Équilibré
- Sans privation
- Évite les problèmes cardiovasculaires et l'obésité

Valeurs nutritives

- Exclusion de certains macro-nutriments (ex. : glucides, lipides)
- En moyenne, de 800 à 1 800 calories par jour

Mises en garde/contre-indications faites par les concepteurs

- Règle générale, il n'y en a aucune.
- Parfois, une limite de temps est suggérée pour les régimes à très basse teneur en énergie.
- Parfois, le régime est déconseillé aux femmes enceintes ou aux enfants.

Résultats d'analyse

- Plusieurs régimes contiennent moins de 1 200 calories par jour et proposent un rythme de perte de poids d'un kilo (environ 2 lb) par semaine.
- Les régimes ne proposent pas tous une approche globale misant aussi sur la pratique d'activités physiques.
- Aucun encadrement individualisé n'est offert.
- La variété alimentaire est souvent limitée.
- L'utilisation de suppléments ou de produits alimentaires est fréquemment suggérée.

Constatations provenant de la littérature scientifique

- Les régimes adoptent le même principe de base : la perte de poids varie selon la restriction alimentaire. Les régimes hypocaloriques font en sorte qu'il y a perte de poids à court terme, mais dans 90 % à 95 % des cas, le poids est repris à l'intérieur des 5 années suivant l'arrêt du régime⁶⁷.
- Divers symptômes physiques sont associés aux régimes hypocaloriques : fatigue, constipation, nausée, diarrhée¹⁹. Selon la sévérité des restrictions caloriques, les effets secondaires sont : arythmie cardiaque, déséquilibre électrolytique²¹, perte de masse osseuse^{23,26}, carences en fer⁶⁸.

- Certains régimes entraînent des carences nutritionnelles, notamment en vitamines A et E, magnésium, zinc, fibre, potassium et calcium⁶⁹.
- Des effets psychosociaux, notamment perte d'estime de soi et de confiance en soi et satisfaction corporelle, ont été constatés à la suite d'une utilisation fréquente de régimes⁴⁶.
- Un lien positif a été démontré entre l'utilisation fréquente de diètes et l'apparition de désordres alimentaires⁴⁵.

Argumentaire

Les régimes populaires ne peuvent pas être efficaces et sécuritaires à long terme parce qu'ils ne reposent pas sur une approche globale et individualisée. Un régime populaire ne peut pas être adapté pour tous : LE régime pour tous n'existe pas.

Certains régimes recommandent d'éliminer ou de diminuer la consommation d'aliments pourtant recommandés par le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*. Ceci peut causer d'importantes carences nutritionnelles et divers symptômes physiques ou psychologiques.

Enfin, un régime peut devenir tellement compliqué et contraignant à suivre qu'il dissuade tout simplement de s'alimenter. Alors, il y a forcément une diminution de l'apport en énergie provoquant ainsi une perte de poids. ■



Produits naturels/en vente libre/ homéopathiques

(ex. : *Chitosol, Crave free, Triolax, Xenadrine, etc.*)

Affirmations des fabricants

- Perte de poids rapide, sans effort, localisée, permanente, parfois sensationnelle
- Adjuvant des traitements de l'obésité
- Diminue la production du cholestérol LDL et des triglycérides
- Aide les troubles métaboliques reliés à l'obésité à se résorber d'eux-mêmes
- Brûle ou absorbe les graisses et les sucres
- Bloque l'absorption des glucides et des lipides
- Coupe-faim ou régulateur d'appétit
- Augmente le métabolisme de base
- Permet de maintenir un poids équilibré

Mises en garde/contre-indications faites par les fabricants

- Souvent, il n'y en a aucune.
- Règle générale, le produit est présenté comme sûr et efficace, sans effet secondaire et non-toxique.
- Règle générale, le produit n'est pas recommandé pour les femmes enceintes ou qui allaitent. Il peut y avoir une mise en garde d'ordre générale émise par des organismes, tels que la FDA ou Santé Canada. Par exemple, il peut être écrit que le produit n'est pas destiné pour diagnostiquer, traiter, guérir ou prévenir aucune maladie.

Liste d'ingrédients fréquemment retrouvés (liste non exhaustive)

- | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|---------------------|
| • Algues | • Enzymes de fruits | • Millepertuis |
| • Caféine | • <i>Ephedra</i> ou <i>Ma Huang</i> | • Séné ou cassia |
| • <i>Cascara sagrada</i> | • <i>Garcinia cambogia</i> | • Thé vert |
| • Chitosane | • Guarana | • Vinaigre de cidre |
| • Chromium | • Gomme de guar | • Yerba maté |

Résultats d'analyse

- Dans la plupart des cas, il n'y a pas de numéro d'identification de produit thérapeutique (DIN). À l'avenir les produits naturels devront comporter un numéro d'identification (NPN).
- Les ingrédients ont souvent plusieurs dénominations et leur quantité dans le produit n'est pas toujours indiquée.
- Dans plusieurs cas, les effets secondaires potentiels de certains ingrédients sont souvent ignorés et assez importants.
- L'information juste et complète, notamment sur le contenu réel du produit, n'est pas toujours accessible.
- Très peu d'études confirment l'efficacité et/ou l'innocuité des produits.
- Plusieurs ingrédients sont des laxatifs et/ou diurétiques puissants.
- L'alimentation et l'activité physique sont traitées de manière générale ou sont absentes de l'information accompagnant le produit.
- Aucun encadrement ni suivi ne sont offerts.
- Le caractère ancestral et/ou la provenance (ex. : Orient) de certaines herbes supposent qu'elles sont efficaces et/ou sans danger.

Constatations provenant de la littérature scientifique

- Certains produits naturels sont susceptibles de causer des effets indésirables qui seraient attribuables à la substitution d'ingrédients, une dose insuffisante ou excessive, la qualité médiocre des herbes médicinales ou des suppléments, des espèces végétales mal identifiées, la variabilité des éléments constitutants, la contamination par des métaux lourds, l'adultération par des médicaments prescrits, la fortification et l'enrichissement⁷⁰, les interactions avec des médicaments d'ordonnance⁷¹ et les réactions allergiques⁷². Certains produits peuvent également contenir des ingrédients provenant d'herbes naturellement toxiques⁷³.
- Plusieurs ingrédients, retrouvés dans certains produits naturels amaigrissants, ont déjà fait l'objet de mises en garde de la part de Santé Canada et de la FDA aux États-Unis dont l'Ephedra⁷⁴, l'aristoloche⁷⁵ et le millepertuis⁷⁶.
- D'autres composés, tels que le chromium⁷⁷, le chitosane⁷⁸, le fucus⁵⁷, le psyllium ainsi que la gomme de guar⁷⁹ ont également fait l'objet d'études démontrant leur manque d'efficacité pour la perte de poids et leurs effets secondaires potentiels.
- D'autres ingrédients régulièrement retrouvés dans les produits naturels amaigrissants, comme le cassia ou le séné et le cascara sagrada, ont des effets laxatifs et/ou diurétiques. Ces produits peuvent provoquer de sérieux déséquilibres électrolytiques, des dommages aux reins, des complications gastro-intestinales, de l'arythmie cardiaque⁸⁰.
- Les produits de santé naturels ont la cote car plus de 50 % des Canadiens en utilisent⁸¹.
- En général, les gens semblent croire que ces produits sont sans danger parce qu'ils proviennent de plantes naturelles⁷³.
- Lors d'une étude prospective⁸², la moitié des patients questionnés sur leur utilisation de supplément diététique ne le déclarait pas à leur médecin. Considérant les interactions possibles entre les médicaments et les produits naturels, il y aurait lieu de s'inquiéter des risques encourus par les consommateurs.

Argumentaire

En présentant une liste impressionnante d'ingrédients soi-disant efficaces pour la perte de poids, les produits naturels perpétuent l'idée que le surplus de gras disparaîtra miraculeusement et fondra comme neige au soleil.

Mais plus important encore, l'utilisation de ces produits dans un but de perte de poids n'est pas sans risque, certains d'entre eux ayant même engendré des problèmes graves pouvant aller jusqu'à la mort. Il est alors de mise d'appliquer en tout temps le principe de précaution et de ne pas utiliser de produits naturels dont l'efficacité pour la perte de poids et l'innocuité n'ont pas été clairement démontrées. ■

Produits transdermiques : crèmes, timbres, enveloppements, vaporisateurs et gels

(ex. : Patch Minceur, Cellimine Zones rebelles, Élancyl Chrono-actif, etc.)

Affirmations des fabricants

- Perte de poids
- Traitement de la cellulite
- Raffermit et tonifie
- Contrôle l'appétit
- Limite l'absorption des graisses et des sucres
- Fait fondre les excès adipeux cutanés
- Basé sur les principes de l'algothérapie

Principaux ingrédients répertoriés

- Algues
- Caféine
- Enzymes de fruits
- Garcinia cambogia
- Thé vert

Mises en garde/contre-indications faites par les fabricants

- Règle générale, il n'y en a aucune.
- Parfois, le produit est contre-indiqué pour les femmes enceintes et/ou pour les personnes ayant des problèmes de santé.

Résultats d'analyse

- Aucun plan alimentaire ni programme d'activités physiques ne sont offerts.
- Aucune étude rigoureuse ne supporte les affirmations d'efficacité pour la perte de poids.
- L'allégation selon laquelle les consommateurs peuvent perdre du poids substantiellement en utilisant un produit transdermique est reconnue comme non plausible selon l'état actuel des connaissances scientifiques par un groupe d'experts réunis par la FTC⁶⁰.

Argumentaire

Ces produits sont présentés comme pouvant faire des miracles, mais est-il possible de perdre du poids ou de faire «fondre les graisses» en s'enveloppant de pellicule plastique? Sérieusement, il n'y a aucun produit transdermique **disponible en vente libre** qui a été reconnu efficace pour la perte de poids. ■

Appareils/dispositifs/techniques

(ex. : Press Point, Bracelet minceur, Gaine Lanaforme, Pantashort amincissant, etc.)

Affirmations des fabricants

- Perte de poids, maintien du poids perdu
- Stimule et raffermi les muscles sans effort
- Affine les cuisses, ventre plat
- Réduit les surcharges graisseuses sous-cutanées
- Limite l'appétit, coupe le goût des fringales

Mécanisme d'action prétendue

- Acupression
- Électro-stimulation
- Électro-acupuncture
- Aimant/champ magnétique

Mises en garde/contre-indications faites par les fabricants

- Règle générale, il n'y en a aucune.
- Sans effet secondaire.
- Non recommandé pour les femmes enceintes ou les porteurs de stimulateur cardiaque.

Résultats d'analyse

- Des pertes de poids au-delà de 1 à 2 livres par semaine sont souvent suggérées.
- Le rôle de l'alimentation et de l'activité physique est souvent minimisé.
- L'approche n'est ni individualisée ni globale.
- Les affirmations de perte de poids ne sont appuyées par aucun résultat de recherche probant.
- L'allégation selon laquelle les consommateurs peuvent perdre du poids substantiellement en utilisant un produit porté sur le corps est reconnu comme non plausible selon l'état actuel des connaissances scientifiques par un groupe d'experts réunis par la FTC⁶⁰.

Argumentaire

Les résultats promis paraissent merveilleux, mais est-ce possible de contrôler son appétit avec un bracelet (programmable!) ou de contrer la cellulite inesthétique en portant tout simplement un short? En soi, aucun appareil, dispositif ou technique n'a été reconnu efficace pour la perte de poids. Et si certains appareils causent une perte de poids qui paraît bien sur le pèse-personne, c'est qu'ils entraînent dans les faits une perte d'eau et non de gras. ■



Conclusion

L'obésité et l'excès de poids sont en hausse. Du coup, les risques à la santé associés au surpoids au sein de la population s'accroissent. Parallèlement, avoir un corps mince et jeune constitue un désir pour beaucoup de personnes. En conséquence, tenter de perdre du poids est une mesure très populaire tant pour les personnes avec un surplus de poids préjudiciable que pour celles qui ont des visées esthétiques.

En réponse à cette demande, il existe une multitude de produits, services et moyens amaigrissants (PSMA). Ce marché grandit sans cesse et évolue dans un contexte malheureusement peu réglementé. Pour compliquer encore davantage la question, plusieurs mythes et fausses conceptions entourent les PSMA : il est possible de maigrir sans effort ou sans modifier ses habitudes de vie à long terme, il est nécessaire d'atteindre un poids santé pour en tirer des bienfaits et il faut se défoncer à l'exercice pour en tirer des bénéfices. Enfin, la perte de poids est souvent considérée comme étant l'ultime objectif à atteindre, plutôt qu'une amélioration de la santé, et celle-ci représenterait la solution à tous les problèmes.

Parallèlement, dans un contexte de rareté de ressources, le réseau formel de santé répond difficilement aux personnes nécessitant une gestion saine et sécuritaire de leur poids. Ainsi, si les besoins sont grands, les ressources compétentes et financièrement accessibles manquent cruellement.

Maintenant que les regards sont tournés sur l'obésité, les professionnels de la santé seront de plus en plus sollicités pour accompagner des personnes dans la gestion de leur poids, interpellés pour répondre à des questions sur l'amaigrissement ou encore positionnés pour éviter que des personnes nuisent à leur santé en expérimentant n'importe quelle proposition amincissante.

Ce guide de référence ne prétend pas couvrir dans son ensemble le vaste sujet des problèmes reliés au poids, mais il vise à fournir aux professionnels de la santé les éléments importants dont ils ont besoin pour mieux intervenir : les principes de base en saine gestion du poids et les principales connaissances à posséder sur les PSMA, leurs limites et les risques associés à leur utilisation.

Mais surtout, ce guide veut abattre le mythe qu'il existe une solution unique pour tous, un prêt-à-porter du maigrir... En cette matière comme dans bien d'autres, l'approche personnalisée a bien meilleur goût! ■

Coup d'œil

sur les méthodes amaigrissantes

	Types de PSMA	Caractéristiques	Risques	Argumentaire
Régimes	Hypocalorique (ex. : Scarsdale)	Menus rigides et monotones.	Carence en calcium et en certains acides gras. Fatigue, constipation, nausée.	Régime très limitatif et reprise rapide du poids perdu.
	Hyperprotéiné (ex. : Atkins)	Consommation de féculents, légumineuses, fruits et sucre interdite. Consommation illimitée d'aliments riches en lipides et en protéines.	Carence en vitamines, fibres et sels minéraux. Fatigue, constipation, hypercholestérolémie.	Graves conséquences sur la santé, particulièrement sur le plan cardiovasculaire.
	Hypoglycémique (ex. : Montignac)	Exclusion d'aliments à index glycémique élevé (farine blanche, pomme de terre, carottes cuites, etc.). Ne pas mélanger les lipides et les glucides.	Carence nutritionnelle due à une consommation insuffisante de certaines catégories d'aliments.	Privation d'aliments recommandés par le GACMS ⁸³ . Régime compliqué à comprendre. L'hypothèse selon laquelle les aliments à faible indice glycémique favorisent la perte de poids n'est pas démontrée.
	Dissocié ou à aliment unique (ex. : Fit for life, Montignac)	Consommation d'une seule catégorie d'aliments à la fois.	Carence en calcium, vitamines et minéraux, possiblement aussi en protéines.	Règle alimentaire complexe, privation d'aliments recommandés par le GACMS.
	Basé sur les groupes sanguins (ex. : D'Adamo)	Certains aliments seraient incompatibles avec notre groupe sanguin.	Ne favorise pas la consommation d'une variété d'aliments tel que recommandé par le GACMS.	Régime entraînant une privation d'aliments recommandés par le GACMS. Fondements du régime non validés scientifiquement

Coup d'œil

sur les méthodes amaigrissantes

Types de PSMA	Caractéristiques	Risques	Argumentaire
Programmes commerciaux de perte de poids (ex. : Weight Watchers, Minçavi, etc.)	Diète restrictive. Rencontres généralement de groupe visant soutien et motivation.	Reprise fréquente du poids perdu dès l'arrêt du programme. L'approche n'est pas nécessairement individualisée.	Manque possible d'évaluation préalable des besoins des individus, d'encadrement qualifié et de formation professionnelle.
Centres commerciaux de perte de poids (ex. : Centre de santé minceur, Centre de la diète, Infraslim centre minceur, etc.)	Utilisation de technique minceur, produits naturels et cures de nettoyage. Combinaisons alimentaires.	Carence nutritionnelle. Rythme de perte de poids proposé trop élevé. Risques inhérents à la prise de nombreux produits naturels.	Encadrement pas nécessairement assuré par des professionnels de la santé. Les affirmations d'efficacité des produits et des techniques ne sont pas soutenues par des études rigoureuses.
Substituts de repas (ex. : Slim Fast, Nutri-bar, Scan Diet, etc.)	Diète hypocalorique. Remplacement d'un ou deux repas par des substituts.	Manque de variété alimentaire. Une mauvaise utilisation peut causer des déficits énergétiques et nutritionnels. Peut entraîner une perte de poids trop rapide.	Rapport avec la nourriture dénaturé. Consommation moindre d'aliments recommandés par le GACMS.

Coup d'œil

sur les méthodes amaigrissantes

Types de PSMA	Caractéristiques	Risques	Argumentaire
Produits naturels (ex. : Chitosol, Crave free, Triolax, Xenadrine, etc.)	Souvent composés de plantes laxatives et diurétiques. Ingrédients prétenus «miracles».	Efficacité et/ou innocuité des produits naturels mal ou non évaluée.	Aucun effet reconnu sur la perte de poids. Effets secondaires graves, intoxication et décès répertoriés.
Produits transdermiques: crèmes, timbres, etc. (ex. : Patch Minceur, Cellimine Zones rebelles, etc.)	Perte de poids, contrôle de l'appétit, dissolution des gras par diffusion à travers l'épiderme d'ingrédients «actifs»	Efficacité et/ou innocuité des produits transdermiques non démontrée.	Aucun produit transdermique disponible en vente libre n'a été reconnu efficace pour la perte de poids.
Appareils/dispositifs/ techniques (ex. : Bracelet Minceur, Pantashort amincissant, etc.)	Perte de poids par acupression, électro-stimulation, électro-acupuncture, aimant/champ magnétique.	Efficacité et/ou innocuité des appareils/dispositifs/ techniques non démontrée.	Aucun appareil/dispositif/technique n'a été reconnu efficace pour la perte de poids.

Ingrédients de produits amaigrissants

(liste non exhaustive)

Ingrédients	Efficacité pour la perte de poids	Innocuité/ Effets indésirables	Interactions possibles avec des médicaments et contre-indications
Acide citrique Enzymes de fruits Ex. : broméline (tige d'ananas), papaine	Un des 111 ingrédients bannis des produits de perte de poids sans ordonnance par la FDA américaine pour son efficacité non démontrée ⁵⁷ .	Non documenté.	Broméline : interactions avec les anticoagulants et anti-plaquettaires de synthèse ⁸⁴ . Papaine : interactions avec le Warfarin, un médicament utilisé pour prévenir les caillots sanguins ⁸⁴
Acide usnique	Produit commercial (Lipokinétix) contenant de l'acide usnique, retiré du marché par la FDA en 2001 à cause des effets secondaires.	Toxicité sévère au foie, hépatite, insuffisance hépatique aiguë ayant conduit à une transplantation ⁸⁵ .	Non documenté.
Algues marines <i>Ascophyllum</i> <i>Fucus vesiculosus</i> (bladderwrack)	Manque de preuves d'efficacité ⁵⁷ .	Certaines espèces d'algues sont toxiques et peuvent emmagasiner des métaux lourds et d'autres substances toxiques ⁶² . La teneur élevée en iode du <i>Fucus vesiculosus</i> augmenterait le risque d'hyperthyroïdisme. Donc, il n'est pas recommandé d'en faire l'utilisation ⁵⁷ .	L'ingestion prolongée de <i>Fucus vesiculosus</i> peut diminuer l'absorption du fer, du sodium et du potassium. Peuvent interférer avec le traitement des affections de la thyroïde et les personnes qui souffrent d'acné devraient les éviter. Certaines personnes peuvent être sensibles à une surdose d'iode ⁶² .

Ingrédients de produits amaigrissants

(liste non exhaustive)

Ingrédients	Efficacité pour la perte de poids	Innocuité/ Effets indésirables	Interactions possibles avec des médicaments et contre-indications
Aristolochie	Non documenté pour la perte de poids. Substitution dans un produit amaigrissant de <i>S. tetandra</i> (<i>han fang ji</i>) par <i>Aristolochia westlandii</i> (<i>guan fang ji</i>).	100 cas documentés de néphropathie, dont 30 ont entraîné des insuffisances rénales terminales nécessitant des greffes de rein ^{75,86}	Non documenté.
Cascara sagrada Laxatif puissant	Perte de poids due à l'effet laxatif.	Peut causer une diarrhée récurrente ⁶² . L'utilisation de laxatifs sur de longues périodes peut entraîner une dépendance ^{87,88}	Les pertes importantes de liquides peuvent résulter en de faibles niveaux de potassium. Cette déficience peut causer, éventuellement, des problèmes cardiaques ^{84,87} .
Chitine Substance extraite de la carapace de crustacés	Efficacité non prouvée : aucun effet sur la perte de poids démontré chez l'humain ⁶² .	Des gras empêcheraient l'absorption des vitamines liposolubles ; risque de carence à plus ou moins long terme ⁶² .	Dangereux pour les personnes allergiques aux fruits de mer ⁶² .
Chitosane Polymère de glucosamine produit à partir de la chitine ⁵⁷	Données scientifiques contestant l'efficacité pour la perte de poids chez l'humain ⁸⁹ .	Symptômes gastro-intestinaux ⁸⁹ .	

Ingrédients de produits amaigrissants

(liste non exhaustive)

Ingrédients	Efficacité pour la perte de poids	Innocuité/ Effets indésirables	Interactions possibles avec des médicaments et contre-indications
Chromium (Cr) Picolinate de chrome	La FTC a conclu qu'il n'y a pas suffisamment de preuves scientifiques pour appuyer les allégations publicitaires de produits à base de Chromium ⁵⁷ .	Des rapports d'études récentes indiquent que de fortes doses peuvent être dangereuses. ⁵⁷ Rapports de blessures musculaires sévères (rhabdomyolys) et de dommage aux reins ⁹⁰ .	Non documenté.
Ephedra Éphédrine <i>Ma-Huang</i> <i>Herbal ecstasy</i> <i>Mahuang</i> <i>Mahuanggen</i> <i>Ma huang root</i> Souvent en combinaison avec la caféine ou le guarana	Modeste perte de poids à court terme ⁸⁹ .	Palpitations, effets psychiatriques, gastro-intestinaux, tremblements, insomnie, 16 000 rapports d'effets indésirables dont 17 décès, 15 infarctus du myocarde et 24 accidents cardiaques, cérébro-vasculaires et neurologiques, 11 attaques et 16 symptômes psychiatriques ⁷⁴⁻⁹¹ .	Personnes souffrant de thrombose coronarienne, diabète, glaucome, hypertension, problèmes thyroïdiens, cardiaques ou de la prostate ^{74,88} .

Ingrédients de produits amaigrissants

(liste non exhaustive)

Ingrédients	Efficacité pour la perte de poids	Innocuité/ Effets indésirables	Interactions possibles avec des médicaments et contre-indications
Garcinia cambogia HCA (<i>hydroxycitric acid</i>)	Efficacité non prouvée ^{62,89} . Les études les plus rigoureuses à ce jour n'appuient pas l'utilisation du HCA comme agent anti-obésité ⁵⁷ .	Peu de données sur l'innocuité lorsque consommé sur une base régulière ⁶² . Migraine, problèmes respiratoires et gastro-intestinaux ⁸⁹ .	Non documenté
Germandrée Teucrium chamaedrys	Bannie en France, donc non recommandée ⁵⁷ .	Hépatite, hépato-toxicité, jaunisse ^{92,93} .	Non documenté.
Gomme de guar	Ne serait pas efficace pour la perte de poids ⁸⁹ .	Diarrhée et problèmes gastro-intestinaux ⁸⁹ .	Pourrait décroître l'absorption de contraceptifs oraux et la potentialisation de l'insuline ⁷⁹ .
Gymnema sylvestre	Non documenté.	Non documenté.	Possibilité d'interactions avec certains médicaments pour le diabète ou l'hypertriglycéridémie ⁷⁶ .
Millepertuis (St-John's Wort)	Pas de preuves d'efficacité pour la perte de poids ⁵⁷ .	Irritations gastro-intestinales mineures, réactions allergiques, fatigue, agitation ⁸⁸ .	Interaction avec des médicaments ⁷⁶ . Diminue l'activité de médicaments comme les anti-histaminiques, les contraceptifs oraux, certains anti-rétrovirus, les antiépileptiques, les cyclosporines, etc. ⁸⁴

Ingrédients de produits amaigrissants

(liste non exhaustive)

Ingrédients	Efficacité pour la perte de poids	Innocuité/ Effets indésirables	Interactions possibles avec des médicaments et contre-indications
Plantain ou Psyllium (<i>Plantago</i>)	Pourrait réduire l'apport alimentaire à court terme, mais le seul essai randomisé n'a révélé aucun effet sur le poids corporel ^{57,89} .	En grande quantité, peut causer des problèmes gastro-intestinaux ^{57,88} .	Pourrait potentiellement affecter ou retarder l'absorption et le mécanisme d'action de certains médicaments pris en même temps, particulièrement les dérivées du coumarin et les glycosides cardiaques, les vitamines et les minéraux (calcium, fer et zinc) ^{57,84,88}
Séné ou cassia	Dépend de la quantité dans le produit ; plusieurs produits contiennent des quantités insuffisantes de substances laxatives pour procurer l'effet escompté ⁶² .	L'utilisation de laxatifs sur de longues périodes peut entraîner une dépendance et causer une diarrhée récurrente ^{62,88} .	Les pertes importantes de liquides peuvent résulter en de faibles niveaux de potassium. Cette déficience en potassium peut causer, éventuellement, des problèmes cardiaques ⁶² . L'augmentation du transit intestinal peut réduire l'absorption de certains médicaments oraux ^{84,88} .

Coûts des méthodes amaigrissantes

et comparaison avec la consultation de professionnels de la santé (2004)

Durée/ Type de PSMA	Coûts/Tarifs généraux/ Frais initiaux	3 mois	6 mois	1 an
Weight Watchers	Inscription : 22 \$ Frais hebdomadaires : 14 \$ Frais 1ère rencontre : 36 \$ Semaines suivantes : 14 \$ Super-épargne de 5 ou 12 semaines : 69 \$ ou 154 \$ Carte semi-annuelle ou annuelle : 299 \$ ou 529 \$	210 \$ (coûts incluant frais d'inscription, de la première rencontre et Super-épargne de 12 semaines)	360 \$ (coûts incluant frais d'inscription, de la première rencontre et carte semi-annuelle)	590 \$ (coûts incluant frais d'inscription, de la première rencontre et carte annuelle)
Minçavi	Inscription : 30 \$ Réinscription (avec ou sans carnet de pesée): 16 \$ ou 23 \$ Nouveau programme alimentaire: 5 \$ Pesée Adulte : 8 \$ Étudiant : 5 \$ Aux 2 semaines : 14 \$ Consultation en ligne : 40 \$ et +	170 \$ (incluant inscription, nouveau programme alimentaire, 1 consultation virtuelle et 1 pesée/semaine pour 12 semaines)	310 \$ (incluant inscription, nouveau programme alimentaire, 2 consultations virtuelles et 1 pesée/semaine pour 24 semaines)	610 \$ (incluant inscription, nouveau programme alimentaire, 4 consultations virtuelles et 1 pesée/semaine pour 52 semaines)
Slim Fast	Barre : 11 \$/6 Poudre : 12 \$/530 g Soupe : 12 \$/6 Sachets : 2 \$/sachet	330 \$ (consommation de 60 produits/mois pour 3 mois)	500 \$ (consommation de 180 produits les 3 premiers mois puis 30 produits/mois les 3 mois suivants)	830 \$ (consommation de 60 produits/mois les 3 premiers mois puis 30 produits/mois les 9 mois suivants)

Coûts des méthodes amaigrissantes

et comparaison avec la consultation de professionnels de la santé (2004)

Durée/ Type de PSMA	Coûts/Tarifs généraux/ Frais initiaux	3 mois	6 mois	1 an
Lypozic (Produits Naturels Leblanc)	60 \$/4 produits (Slim Gel, Diu Slim, Taille Mince, Coupe Fringale) 30 jours	180 \$ (utilisation des 4 produits pris ensemble tel que recommandé)	360 \$ (utilisation des 4 produits pris ensemble tel que recommandé)	720 \$ (utilisation des 4 produits pris ensemble tel que recommandé)
Greens + (Produits naturels)	Abs+ 35 \$/90 capsules Perte de poids : 6 capsules/jour Maintien du poids : 3 capsules/jour Lean+ 30 \$/60 capsules 55 \$/120 capsules 2 à 4 capsules/jour Shape+ 33 \$/120 capsules 4 capsules/jour	475 \$ (utilisation des 3 produits pris ensemble tel que recommandé dans un dépliant publicitaire)	950 \$ (utilisation des 3 produits pris ensemble tel que recommandé dans un dépliant publicitaire)	1895 \$ (utilisation des 3 produits pris ensemble tel que recommandé dans un dépliant publicitaire)
Kilo Cardio (programme d'Énergie Cardio)	Programme de 8 semaines, 3x/semaine 23 \$/séance Ouverture de dossier : 60 \$	610 \$ (incluant ouverture de dossier et 24 séances)		1010 \$ (coûts d'un abonnement annuel et du programme)

Coûts des méthodes amaigrissantes

et comparaison avec la consultation de professionnels de la santé (2004)

Durée/ Type de PSMA	Coûts/Tarifs généraux/ Frais initiaux	3 mois	6 mois	1 an
Diététiste	Honoraires suggérés par l'OPDQ ⁹⁴ : 75 \$/heure Honoraires suggérés par regroupement de diététistes en pratique privée et selon le nombre de rencontres : 29 \$ à 43 \$	De 215 \$ à 375 \$ (coûts moyens pour environ 5 rencontres)	De 495 \$ à 855 \$ (coûts moyens pour environ 15 rencontres)	De 870 \$ à 1500 \$ (coûts moyens pour environ 30 rencontres)
Kinésologue	Entre 50 \$ et 60 \$/heure (honoraires variables selon le professionnel/pas d'honoraires suggérés par la FKQ ⁹⁵) Programme supervisé et adapté : de 20 \$ à 35 \$/heure	De 200 \$ à 300 \$ (coûts moyens pour environ 4 rencontres)	De 300 \$ à 360 \$ (coûts moyens pour environ 6 rencontres)	De 600 \$ à 720 \$ (coûts moyens pour environ 12 rencontres)

Note : Aucun des coûts mentionnés ci-dessus ne comprend les taxes.

Méthodologie

Le projet de l'ASPQ **Éducation aux saines pratiques de contrôle du poids comme stratégie de promotion d'un mode de vie sain** avait pour but de diminuer le recours aux pratiques malsaines de contrôle du poids afin de favoriser l'adoption d'un mode de vie sain comme stratégie pour prévenir l'obésité et le diabète ainsi que le développement de complications qui y sont reliées. Ce projet était financé par Santé Canada dans le cadre du *Programme de contribution en prévention et promotion* de la *Stratégie canadienne sur le diabète*.

La première partie de ce projet consistait en une analyse critique des pratiques de contrôle du poids offertes par l'industrie privée. Elle visait à identifier et à documenter les différents produits, services et moyens amaigrissants (PSMA) disponibles au Québec en vue d'analyser les écarts entre ces PSMA et les critères de saines pratiques de contrôle du poids, issus de la littérature scientifique et entérinés par un comité d'experts.

La seconde partie du projet consistait en la production de guides éducatifs, un destiné aux adolescentes intitulé «**Ça va, Sabine ?**» et un autre destiné aux femmes adultes intitulé «**Maigrir... ou être comme je suis ?**». Ces deux guides ont été distribués dans des magazines féminins en février 2004. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux a assuré en mai 2004 une seconde distribution du guide destiné aux adolescentes dans le réseau des CLSC et dans les Directions de santé publique du Québec. Les deux guides sont maintenant disponibles à l'ASPQ par bon de commande (www.aspq.org).

1. Identification des PSMA disponibles au Québec

La première étape consistait à trouver les différentes sources d'information permettant d'identifier le plus grand nombre de PSMA disponibles au Québec. Les sources d'information retenues, devant couvrir un large éventail de PSMA et être relativement disponibles au Québec, sont listées dans l'encadré qui suit.

Sources d'information pour l'identification des PSMA	% de PSMA présents (non mutuellement exclusifs)
Journaux quotidiens et hebdomadaires régionaux	16 %
Magazines et revues	19 %
Télévision	7 %
Pharmacies	29 %
Magasins d'aliments naturels	42 %
Matériel publicitaire (dépliant, circulaire, etc.)	40 %
Livres	7 %
Internet	82 %

Il était initialement question de faire un inventaire exhaustif des PSMA disponibles au Québec. Cependant, compte tenu de leur quantité et de leur aspect changeant, il fut décidé de faire une sélection de PSMA dans une fenêtre temporelle donnée, soit de novembre 2002 à janvier 2003 inclusivement. Les pratiques personnelles de contrôle du poids (surveiller la consommation de gras ou de sucre, faire de l'activité physique, etc.) n'ont pas fait l'objet de l'étude. Les produits vendus sous ordonnance, les traitements médicaux ainsi que les cliniques médicales d'amaigrissement et les cliniques de diététistes furent également exclus, notamment parce qu'il s'agit de champs de pratique régis par un ordre professionnel.

Ainsi, **une sélection de plus de 350 PSMA a été réalisée à partir des différentes sources consultées**. En raison de cette grande variété et dans le but de faciliter l'analyse, les PSMA ont été classifiés en 8 catégories. Certains PSMA répertoriés ont été mis de côté pour la description et exclus de l'analyse :

- Parce qu'il manquait trop d'information sur un PSMA donné pour être en mesure d'en faire une analyse adéquate;
- Parce qu'il s'agissait de produits très similaires, comme dans le cas des crèmes amincissantes retrouvées en très grand nombre et davantage associées au traitement de la cellulite qu'à la perte de poids proprement dite;
- Parce qu'il s'avérait qu'un même produit était commercialisé sous des noms différents, par exemple aux États-Unis et au Canada;
- Parce qu'il s'avérait que le PSMA identifié n'était pas facilement ou pas du tout disponible au Québec (ex. : Jenny Craig).

Subséquemment, **215 PSMA ont fait l'objet d'une description basée sur l'information disponible dans la publicité dans différents médias, les sites internet, les dépliants, les points de vente, etc. Ce sont ces PSMA qui ont par la suite été analysés**. Le tableau ci-dessous présente la répartition des différents PSMA sélectionnés, ainsi que ceux documentés et analysés, selon la catégorie. La description des PSMA retenus pour l'analyse se faisait sur une fiche signalétique permettant de documenter divers aspects. Les observations furent compilées dans une banque de données, ce qui a permis le croisement des informations.

CATÉGORIES DE PSMA	PSMA sélectionné		PSMA analysé	
	n	%	n	%
Médicaments sans ordonnance et produits naturels (ex. : inhibiteurs d'appétit, brûleurs de graisses, laxatifs, diurétiques)	203	57,8	152	70,7
Substituts de repas et produits alimentaires	23	6,6	13	6,0
Programmes de perte de poids	11	3,1	8	3,7
Centres commerciaux de perte de poids	20	5,7	9	4,2
Régimes	35	10,0	18	8,4
Timbres, crèmes, vaporisateurs, enveloppements	31	8,8	7	3,3
Appareils et dispositifs (ex. : électro-stimulation, acupression, pressothérapie, etc.)	21	6,0	7	3,3
Méthodes alternatives (ex. : hypnose, aromathérapie, acupuncture, jeûne)	7	2,0	1	0,5
Total	351	100	215	100

2. Élaboration des critères d'analyse des pratiques du contrôle du poids

Pour pouvoir réaliser et baser l'analyse critique des différents PSMA répertoriés, il s'avérait nécessaire de définir des critères d'analyse des pratiques de contrôle du poids. Ces critères, issus de la littérature scientifique et de recommandations émises par des organisations ayant un intérêt pour la problématique du poids, ont été entérinés par un comité d'experts. Ce comité était constitué de 8 membres ayant différentes expertises en lien avec la problématique du poids (nutrition, obésité, santé publique, kinésiologie, pharmacologie et toxicologie, sociologie de la santé et droits des consommateurs) :

Martin Brochu, professeur adjoint à l'Unité administrative de kinésiologie de l'Université de Montréal;

Dr Véronique Déry, médecin spécialiste en santé publique et directrice scientifique à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé;

Lise Dubois, nutritionniste, sociologue de la santé et professeure au Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval;

Dr Dominique Garrel, endocrinologue et directeur du Département de nutrition de l'Université de Montréal;

Simone Lemieux, nutritionniste, professeure au Département des sciences des aliments et de nutrition de l'Université Laval et membre de la Chaire de recherche sur l'obésité;

Lyne Mongeau, nutritionniste, conseillère scientifique à l'Institut national de santé publique du Québec, à la Direction *Développement des individus et des communautés*, Unité *Habitudes de vie*, et membre du Bureau de la direction de l'Association pour la santé publique du Québec;

Gilles Morissette, agent principal du droit de la concurrence, au Bureau de la concurrence canadien;

Dr Albert Nantel, médecin spécialisé en pharmacologie et en toxicologie et conseiller scientifique à l'Institut national de santé publique du Québec, à la direction *Risques biologiques, environnementaux et occupationnels*, Unité *Santé et environnement*.

Recension des principales lignes directrices existantes en matière de saines pratiques de contrôle du poids

- Santé Canada
- Organisations non gouvernementales canadiennes
- National Heart, Lung, and Blood Institute (National Institutes of Health)
- Partnership for Healthy Weight Management
- Michigan Task Force to Establish Weight Loss Guidelines
- American Heart Association
- NHS - National Health Services
- Organisation mondiale de la santé

À la lumière des commentaires et des suggestions formulés par les membres du comité, les critères ont été révisés et des indicateurs ou éléments de mesure ont été dégagés. Cette distinction s'avérait nécessaire. En effet, compte tenu de la diversité des PSMA et des limites de la réglementation actuelle, il était difficile d'élaborer des critères pouvant s'appliquer directement à l'analyse des PSMA.

La question des critères relatifs à l'efficacité et à l'innocuité des PSMA est un exemple éloquent. S'il est vrai que le contexte actuel et la réglementation font en sorte que, pour la plupart des PSMA, il n'y a pas d'exigence quant à des preuves d'efficacité ou d'innocuité, il demeure que les consommateurs devraient pouvoir disposer de ce type d'information pour faire un choix éclairé en matière d'amaigrissement.

Un nouvel ensemble de critères a été proposé aux membres du comité. Les commentaires de ces derniers ont ensuite été intégrés dans une série de propositions finales qui ont fait l'objet d'un consensus par tous les membres du comité. Les critères font désormais référence à une démarche de perte de poids au sens large et renvoient à huit catégories :

CATÉGORIES DE CRITÈRES

- Le rythme de perte de poids
- L'approche en lien avec la démarche (incluant l'encadrement)
- L'intervention alimentaire
- L'activité physique
- L'efficacité de la démarche
- L'innocuité de la démarche
- La promotion et la publicité associées à la démarche
- Les coûts de la démarche

Ressources

Les professionnels de la santé souhaitant approfondir leurs connaissances sur les différents sujets traités dans ce guide de référence trouveront ici une liste de ressources pertinentes.

Livres

- Apfeldorfer G (1997). *Maigrir, c'est dans la tête*, Paris, Éditions Odile Jacob, 348 p.
- Apfeldorfer G (2000). *Maigrir, c'est fou!*, Paris, Éditions Odile Jacob, 304 p.
- Berg FM (2001). *Children and Teens Afraid to Eat*. Helping Youth in Today's Weight-Obsessed World, Hettinger, Healthy Weight Network, 339 p.
- Berg FM (2000). *Women Afraid to Eat. Breaking Free in Today's Weight-Obsessed World*, Hettinger, Healthy Weight Network, 384 p.
- Cash TF (1997). *The Body Image Workbook: An 8-step program for learning to like your looks*, Oakland, New Harbinger Publications, 221 p.
- Fairburn CG, Brownell KD (2002). *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*, 2e éd., New York, The Guilford Press, 633 p.
- Fischler C (2001). *L'Homnivore*, Paris, Éditions Odile Jacob, 440 p.
- Foster GD, Nonas CA (2004). *Managing Obesity: A Clinical Guide*, Chicago, American Dietetic Association, 247 p.
- Kirby J (pour The American Dietetic Association) (1999). *Maigrir pour les nuls*, Alameda, Sybex, 374 p.
- Kratina K, King NL, Hayes D (1996). *Moving Away from Diets*, Lake Dallas, Helm Seminars Pub, 174 p.
- OPDQ (2000). *Manuel de nutrition clinique*, Montréal, Ordre professionnel des diététistes du Québec.
- Wadden TA, Stunkard AJ (2002). *Handbook of Obesity Treatment*, New York, The Guilford Press, 624 p.
- Waterhouse D (1994). *Mince alors... Finis les régimes!*, Montréal, Éditions de l'Homme, 258 p.
- Wilson TG (1996). *Acceptance and change in the treatment of eating disorders and obesity*. Behavior Therapy, 27:417-439.
- Zermati JP (2002). *Maigrir sans régime*, Paris, Éditions Odile Jacob, 416 p.

Sites Internet

- Québec-Ossq. Le groupe de soutien en chirurgie bariatrique, [En ligne], 9 mai 2004. <http://ossq.ca> (21 mai 2004).
- FTC (Federal Trade Commission). Weight Loss Advertising: An Analysis of Current Trends. A Federal Trade Commission Staff Report, [En ligne], septembre 2002. [<http://www3.ftc.gov/bcp/reports/weightloss.pdf>] (1er août 2003).
- NHLBI (National Heart, Lung, and Blood Institute). Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults, [Résumé], [En ligne], 1998. [<http://www.nhlbi.nih.gov/nhlbi/>] (18 septembre 2000).
- Santé Canada. L'approche Vitalité. Guide des animateurs, Ottawa, Ministère des travaux publics et des Services gouvernementaux. Service des publications de Santé Canada, No cat. H39-525/2000F, [En ligne], 2000. [http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/vitality_approach_f.pdf] (7 septembre 2003).

Formations

Le Collectif action alternative en obésité (CAAO). Séminaires de formation en petits groupes. Téléphone : (514) 270-3779, adresse courriel : caao@cam.org
Site Internet : www.caaq.qc.ca

Références

- 1 Santé Canada (2003). *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*. Ottawa, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition. Service des publications de Santé Canada, No cat. H49-179/2003F, p. 9.
- 2 Consulter la référence précédente pour des indications complètes sur les seuils de risque.
- 3 Foster GD, Wadden TA, Vogt RA, Brewer G (1997). What is a reasonable weight loss? *Patient's expectations and evaluations of obesity treatment outcomes. Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 65:79-85.
- 4 Jeffery RW, Wing RR, Mayer RR (1998). Are smaller weight losses or more achievable weight loss goals better in the long-term for obese? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66:641-645.
- 5 NHLBI (National Heart, Lung, and Blood Institute) (1998). *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults*, [Résumé], [En ligne], [<http://www.nhlbi.nih.gov/nhlbi/>] (18 septembre 2000).
- 6 Cooper Z, Fairburn CG (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*. 39:499-511.
- 7 Lee CD, Blair SN, Jackson AS (1999). Cardio respiratory fitness, body composition, and all-cause and cardiovascular disease mortality in men. *American Journal of Clinical Nutrition*. 69:373-380.
- 8 Farrell SW, Braun L, Barlow CE, Cheng YJ, Blair SN (2002). The relation of body mass index, cardio respiratory fitness, and all-cause mortality in women. *Obesity Research*. 10:417-423.
- 9 Blair SN, Brodney S (1999). Effects of physical inactivity and obesity on morbidity and mortality: current evidence and research issues. *Medicine and Science in Sports Exercise*. 31:S646-S662.
- 10 Ravussin E (2002). Energy expenditure and body weight. In *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Fairburn CG, Brownell KD (éd.), 2e éd., New York, The Guilford Press, Chap. 10, pp. 55-61.
- 11 Pavlou KN, Steffee WP, Lerman RH, Burrows V (1985). Effects of dieting and exercise on lean body mass, oxygen uptake, and strength. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 17:466-471.
- 12 Cunningham JJ (1982). Body composition and resting metabolic rate; the myth of feminine metabolism. *American Journal of Clinical Nutrition*. 36:721.
- 13 Astrup A, Gotzsche PC, Van de Werken K, Ranneries C, Toubro S, Raben A, Buemann B (1999). Meta-analysis of resting metabolic rate in formerly obese subjects. *American Journal of Clinical Nutrition*. 69:1117-22.
- 14 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.
- 15 Wadden TA, Berkowitz RI (2002). Very-Low-Calorie Diets. In *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Fairburn CG, Brownell KD (éd.), 2e éd., New York, The Guilford Press, Chap. 96, pp. 534-538.
- 16 Melanson K, Dwyer J (2002). Popular diets for treatment of overweight and obesity. In *Handbook of Obesity Treatment*. Wadden TA, Stunkard AJ (éd.), New York, The Guilford Press, Chap. 12, pp. 249-282.
- 17 Calloway W (1988). Biologic adaptations to starvation and semi-starvation. In *Obesity and Weight Control*. Frankle RT and Yang MI, New York, Aspen Publication, pp.97-108.
- 18 Gregg EW, Williamson DF (2002). The relationship of intentional weight loss to disease incidence and mortality. In *Handbook of Obesity Treatment*. Wadden TA, Stunkard AJ (éd.), New York, The Guilford Press, Chap. 7, pp. 125-143.
- 19 Valdez R, Gregg EW, Williamson DF (2002). Effects of weight loss on morbidity and mortality. In *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Brownell KD, CG Fairburn (éd.), New York, The Guilford Press, Chap. 88, pp. 490-494.
- 20 Berg FM (1999). Health risks associated with weight loss and obesity treatment programs. *Journal of Social Issues*. 55(2): 277-297.
- 21 Rasio E (1970). Répercussions métaboliques du jeûne. *Revue Médicale de Bruxelles*. 26(10):569-579.
- 22 Petersmark and Smith (1989). *Toward safe weight loss recommendations for adult weight loss programs in Michigan*. Michigan Health Council, Lansing MI, Michigan department of Public Health.
- 23 Apfeldorfer G, Zermati J-P (2001). La restriction cognitive face à l'obésité, histoire des idées, description clinique. *La Presse médicale*. 30 (32) : 1575-1580.
- 24 Van Loan MD, Keim NL (2000). Influence of cognitive eating restraint on total-body measurements of bone mineral density and bone mineral content in pre menopausal women aged 18-45 y: a cross-sectional study. *American Journal of Clinical Nutrition*. 72(3):837-43.
- 25 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.
- 26 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.
- 27 Schweiger U, Tuschl RJ, Platte P, Broocks A, Laessle RG, Pirke KM (1992). Everyday ea-

- ting behavior and menstrual function in young women. *Fertility and Sterility*. 57(4):771-5.
- 28** Barr SI, Prior JC, Vigna YM (1994). Restrained eating and ovulatory disturbances: possible implications for bone health. *American Journal of Clinical Nutrition*. 59(1):92-7.
- 29** Selzer R, Caust J, Hibbert M, Bowes G, Patton G (1996). The association between secondary amenorrhoea and common eating disordered weight control practices in an adolescent population. *Journal of Adolescent Health*. 19(1):56-61.
- 30** King TK, Matacin M, Marcus BH, Bock BC, Tripolone J (2000). Body image evaluations in women smokers. *Addictive Behaviors*. 25(4):613-8.
- 31** Hart EA, Leary MR, Rejeski WJ (1989). The measurement of social anxiety. *Journal of Sports and Exercise Psychology*. 11:94-104.
- 32** Ransdell LB, Wells CL, Manore MM, Swan PD, Corbin CB (1998). Social physique anxiety in post menopausal women. *Journal of Women Ageing*. 10:19-39.
- 33** Frederick CM, Morrison CS (1996). Social physique anxiety: personality constructs, motivations, exercise attitudes, and behaviors. *Perceptual and Motor Skills*. 82(3, 1re Partie):963-72.
- 34** McAuley E, Bane SM, Rudolph DL, Lox CL (1995). Physique anxiety and exercise in middle-aged adults. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 50(5):P229-35.
- 35** Lowry R, Galuska DA, Fulton JE, Wechsler H, Kann L, Collins JL (2000). Physical activity, food choice, and weight management goals and practices among US college students. *American Journal of Preventive Medicine*. 18(1):18-27.
- 36** Wardle J, Griffith J, Johnson F, Rapoport L (2000). Intentional weight control and food choice habits in a national representative sample of adults in the UK. *International Journal of Obesity*. 24:534-540.
- 37** Schwartz, M.B., & Brownell, K.D. (2004). Obesity and Body Image. *Body Image*. 1, 43-56.
- 38** Keys A, Brozek J, Henschel A, Mickelsen F, Taylor HF (1950). *The Biology of Human Starvation*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 1385 p.
- 39** McFarlane T, Polivy J, McCabe RE (1999). Help, not harm: psychological foundation for a non-dieting approach toward health. *Journal of Social Issues*. 55:261-276.
- 40** Parham H (1996). Is there a new weight paradigm? *Nutrition Today*. 31(4):155-161.
- 41** Garner DM, Wooley SC (1991). Confronting the failure of behavioural and dietary treatments for obesity. *Clinical Psychology Review*. 11:729-780.
- 42** Apfeldorfer G, Zermati J-P (2001). La restriction cognitive face à l'obésité, histoire des idées, description clinique. *La Presse Médicale*. 30(32):1575-1580.
- 43** Robison JI (1997). Weight Management: shifting the paradigm. *Journal of Health Education*. 28(1):28-34.
- 44** Hawks SR, Richins P (1994). Toward a new paradigm for the management of obesity. *Journal of Health Education*. 25:147-53.
- 45** Polivy J, Herman CP (1985). Dieting and Binging: a causal analysis. *American Psychology*. 40:193-201.
- 46** Wadden TA, Womble LG, Stunkard AJ, Anderson DA (2002). Psychosocial consequences of obesity and weight loss. In *Handbook of Obesity Treatment*. Wadden TA, Stunkard AJ (éd.), New York, The Guilford Press, Chap. 8, pp. 144-172.
- 47** WHO (2000). *Obesity, Preventing and Managing the Global Epidemic*. Report of a WHO Consultation, Technical Report Series No 894, Genève, Organisation mondiale de la santé, 252 p.
- 48** Polivy J, Herman CP (1999). Distress and eating: why do dieters overeat? *International Journal of Eating Disorders*. 26(2):153-154.
- 49** Foreyt JP, Goodrick GK (1993). Evidence for success of behaviour modification in weight loss and control. *Annual International Medicine*. 119:698-701.
- 50** Le total dépasse 100 % car les femmes pouvaient choisir plusieurs réponses. LeDoux M, Rivard M (2000). Poids corporel. In *Enquête sociale et de santé 1998*. Institut de la statistique du Québec, Gouvernement du Québec, Chap. 8, pp. 185-199.
- 51** Santé et Bien-être social Canada (1992). *Pour mieux se servir du guide alimentaire*. Ottawa, Ministre des Approvisionnement et Services Canada.
- 52** Santé et Bien-être social Canada (1990). *Recommandations sur la nutrition à l'intention des Canadiens*. Rapport du Comité de révision scientifique. Ottawa, Ministre des Approvisionnement et Services Canada.
- 53** Pronk NP, Wing RR (1994). Physical activity and long-term maintenance of weight loss. *Obesity Research*. 2:587-599; Klem ML, Wing RR, McGuire MT, Seagle HM, Hill JO (1997). A descriptive study of individuals successful at long-term maintenance of substantial weight loss. *American Journal of Clinical Nutrition*. 6:239-246.
- 54** Santé Canada, révision août (2001). *Comment les médicaments sont examinés au Canada*, Ottawa, Direction des produits thérapeutiques.
- 55** Santé Canada (2003). Règlement sur les produits de santé naturels. *Gazette du Canada*, Partie II, volume 137 No 13, article 8. SOR/DORS 2003-196.
- 56** Santé Canada (2002). *Loi sur les aliments et drogues*, Ottawa, Direction générale des produits de santé et des aliments, Article B.24.200.
- 57** Allison DB, Fontaine KR, Heshka S, Mentore JL, Heymsfield SB (2001). Alternative treatments for weight loss: a critical review.

Critical Reviews in Food Science and Nutrition. 41(1):1-28.

58 PDR for Herbal Medicines (1998). 1re éd., *Medical Economics*, 1244 p.

59 Federal Trade Commission (2002). Weight-loss advertising: an analysis of current trends. *Federal Trade Commission Staff Report*.

60 Federal Trade Commission (2003). Deception in weight-loss advertising workshop: seizing opportunities and building partnerships to stop weight-loss fraud. *Federal Trade Commission Staff Report*.

61 Santé Canada (2003). *Loi sur les aliments et drogues*, Ottawa, Direction générale des produits de santé et des aliments, Annexe A, article 3, document d'orientation.

62 Dionne I (1999). Grosses Promesses, petits résultats... *Protégez-vous*, Mai:3-9.

63 Van Gaal LF (1998). Dietary treatment of obesity. In *Handbook of Obesity*. Bray GA, Bouchard C, James WPT (éd.), New York, Marcel Dekker Inc, Chap. 43, pp. 875-890.

64 Santé et Bien-être social Canada (1991). *Rapport du groupe de travail sur le traitement de l'obésité*, Ottawa, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Approvisionnement et Services Canada.

65 Santé Canada (2002). *Loi sur les aliments et drogues*, Ottawa, Direction générale des produits de santé et des aliments, Article B.24.200.

66 Apfeldorfer G (1994). *Traité de l'alimentation du corps*, Paris, Flammarion, p. 695.

67 Wooley SC, Garner DM (1994). Dietary treatments for obesity are ineffective. *British Medical Journal*. 309:655-656.

68 Pinhas-Hamiel O, Newfield RS, Koren I, Agmon A, Lilos P, Philip M (2003). Greater prevalence of iron deficiency in overweight and obese children and adolescents. *International Journal of Obesity*. 27:417-418.

69 Freedman MR, King J, Kennedy E (2001). Popular diets: a scientific review. *Obesity Research*, Vol. 9 Suppl. 1, pp. 1S-40S.

70 McCutcheon AR (2002). Exploration des questions d'actualités liées à la qualité des plantes et des produits botaniques : document de travail. *Perspectives sur les produits de santé naturels*, Ottawa, Santé Canada, pp. 55-95.

71 Boon H, Jurgens T, (2001). Interactions entre les médicaments et les produits de santé naturels : document de travail. *Perspectives sur les produits de santé naturels*, Ottawa, Santé Canada, pp. 1-27.

72 Bielory L (2002). Adverse reactions to complementary and alternative medicine: radweed's cousin, the coneflower (Echinacea), is a problem more than a sneeze. *Annual of Allergy, Asthma and Immunology*. 88:7-9.

73 Barnes J, Anderson LA, Philipson JD (2002). *Herbal Medicines*, 2e éd., Londres, Pharmaceutical Press, 530 p.

74 Food and Drug Administration (FDA) (2004). FDA issues regulation prohibiting sale

of dietary supplements containing ephedrine alkaloids and reiterates its advice that consumers stop using these products. *FDA News PO4-17. U.S. Food and Drug Administration; FDA* (2003). FDA announces plans to prohibit sales of dietary supplements containing Ephedra. U.S. Department of Health and Human Services; Santé Canada (2001). Avis: Mise en garde relative aux produits contenant de l'ephedra ou de l'éphédrine. No 2001-67; Santé Canada (2003). Avis : Santé Canada rappelle aux Canadiens les risques associés aux produits contenant de l'ephedra ou de l'éphédrine.

75 FDA (2001). FDA warns consumers to discontinue use of botanical products that contains aristolochic acid. Consumers Advisory, Center for Food Safety and Applied Nutrition. U.S. Food and Drug Administration; Santé Canada (2001) Avis : Santé Canada recommande de ne pas utiliser les produits contenant de l'aristoloche. No 2001-91.

76 Santé Canada (2000). Avis: Interaction médicamenteuse potentiellement dangereuse entre le millepertuis et des médicaments d'ordonnance. No 2000-36.

77 Pittler MH, Stevinson C, Ernst E (2003). Chromium picolinate for reducing body weight: meta-analysis of randomized trials. *International Journal of Obesity*. 27:522-529.

78 Pittler MH, Abbot NC, Harkness EF, Ernst E (1999). Randomized, double-blind trial of chitosan for body weight reduction. *European Journal of Clinical Nutrition*. 53:379-381.

79 Pittler MH, Ernst E (2001). Guar gum for body weight reduction: meta-analysis of randomized trials. *American Journal of Medicine*. 110(9):724-730.

80 Berg FM (1999). Health risks associated with weight loss and obesity treatment programs. *Journal of Social Issues*. 55(2):277-297.

81 Santé Canada (2002). *Bulletin canadien des effets indésirables*.

82 Hensrud DD, Engle DD, Scheitel SM (1999). Underreporting the use of dietary supplements and non prescription medications among patients undergoing a periodic health examination. *Mayo Clinic Proceedings* 74(5):443-447 [voir commentaires pp. 531-532].

83 Santé Canada (2002). *Guide alimentaire pour manger sainement*.

84 Blumenthal M (2000). Interactions between herbs and conventional drugs: Introductory considerations. *Herbal Gram*. 49:52-63.

85 Favreau JT, Ryu LR, Braunstein G, Orchansky G, Park SS, Coody GL, Love LA, Fong TL (2002). Severe hepatotoxicity associated with the dietary supplement LipoKinetix. *Annals of Internal Medicine*. 136(8):590-595.

86 Chen J (2000). Nephrotoxicity associated with the use of Aristolochic. *Herbal Gram*. 48:48-49.

87 Mayo Foundation for Medical Education and Research (2002). *Herbal diet pills*, site In-

ternet : www.mayoclinic.com

88 WHO (1999). WHO monographs on selected medicinal plants. World Health Organization. Volume 1.

89 Pittler MH, Ernst E (2004). Dietary supplements for body-weight reduction: a systematic review. *American Journal of Clinical Nursing*. 79:529-536.

90 Pittler MH, Stevinson C, Ernst E (2003). Chromium picolinate for reducing body weight: meta-analysis of randomized trials. *International Journal of Obesity*. 27:522-529.

91 Shekelle PG, Hardy ML, Morton SC, Maglione M, Mojica WA, Suttrop MJ, Rhodes SL, Jungvig L, Gagné J (2003). Efficacy and safety of Ephedra and Ephedrine for weight loss and athletic performance. *Journal of American Medical Association*. 289(12):1537-1545.

92 De Berardinis V, Moulis C, Maurice M, Beaune P, Pessatré D, Pompon D, Loeper J (2000). Human Microsomal Epoxide Hydrolase is the target of germander-induced auto antibodies on the surface of human hepatocytes. *Molecular Pharmacology*. 58:542-551.

93 Laliberté L, Villeneuve J-P (1996). Hepatitis after the use of Germander, a herbal remedy. *Canadian Medical Association Journal*. 154:1689-1692.

94 Ordre professionnel des diététistes du Québec

95 Fédération des kinésiologues du Québec