

616.398  
T398  
1979

2

**Cahiers  
de l'ACFAS**

**Thérapeutique  
de l'obèse  
adulte**



Bibliothèque Nationale du Québec

THERAPEUTIQUE DE L'OBESÉ ADULTE

Actes du colloque tenu  
les 10 et 11 mai 1979 à  
l'Université de Montréal  
dans le cadre du 47e Congrès  
de l'Association canadienne-  
française pour l'avancement  
des sciences

Association canadienne-française  
pour l'avancement des sciences  
C.P. 6060  
Montréal, Québec  
H3C 3A7  
Tél.: (514) 342-1411

Prix: \$5.00

RC  
628  
T44

Dépôt légal:

Bibliothèque nationale du Canada, 1er trimestre 1980

Bibliothèque nationale du Québec, 1er trimestre 1980

08103332

## SOMMAIRE

### Séance d'ouverture

Allocution d'ouverture, par  
*Estelle Mongeau...* 3

L'obésité et sa thérapeutique dans  
la société, par *Lucien Laforest...* 9

### Principes fondamentaux de la thérapeutique de l'obèse adulte

L'obèse et son traitement: considérations  
psychologiques, par *Andre Busson...* 27

Le traitement médical de l'obésité,  
par *Eugenio Rasio...* 41

L'approche nutritionnelle de l'obèse  
adulte, par *Suzanne Cacan...* 45

### La thérapeutique de l'obèse au Québec: différentes approches

Résumés de communications libres... 57

Synthèse des ateliers de travail,  
par *Lise Bertrand...* 71

Conclusion, par *Jean-Guy Boileau...* 87



ALLOCUTION D'OUVERTURE

Estelle Mongeau, département de nutrition  
Université de Montréal

Ce colloque se veut une suite du colloque "Nutrition '73" organisé il y a six ans, également sous les auspices de l'ACFAS. Ceux parmi vous qui étaient présents à ces assises se rappelleront peut-être que les conclusions formulées par le docteur Jean-Guy Boileau, alors coordonnateur du colloque, se terminaient par cette courte phrase pleine de promesses: "Nous recommencerons". Ceux qui connaissent le docteur Boileau savent que ce n'était pas là des paroles en l'air. Grâce à l'initiative et au zèle infatigable du docteur Boileau et au dynamisme et dévouement de l'impressionnante équipe qui l'a entouré, un nouveau colloque voit le jour.

En 1973, on avait fait le point sur l'état nutritionnel des Québécois, inventorié nos problèmes, esquissé des approches en vue de les solutionner. Depuis, on a beaucoup parlé de nutrition et je crois qu'on peut affirmer sans fausse modestie qu'il y a eu un bon nombre de réalisations intéressantes: sensibilisation de la population, des professionnels, des gouvernements, de l'industrie, programmes d'envergure plus ou moins grande, recherches...: c'est peut-être

un petit pas, mais qui témoigne au moins de la volonté d'un grand nombre de personnes d'apporter une contribution à l'amélioration de l'état nutritionnel des Québécois.

Aujourd'hui nous voulons faire un pas de plus et faire le point sur un sujet dont tous reconnaissent l'importance du point de vue de la santé comme du point de vue social et économique, mais qui continue d'être une épine dans l'épiderme des thérapeutes de toutes formations qui s'y sont attaqués. Je veux évidemment parler de l'obésité.

Pourquoi avoir choisi ce thème? J'y vois plusieurs raisons. L'obésité constitue vraisemblablement le symptôme le plus répandu des "maladies du savoir-vivre", maladies que la société industrielle n'a peut-être pas enfantées mais qui, à cause des transformations sociologiques apportées par cette même société industrielle, ont pris des proportions endémiques. "Quoi faire pour prévenir, voire guérir des maladies liées au comportement?", se demandait Trémolières (Pour une médecine du savoir-vivre. Critère, vol. 15, automne 1976, pp. 85-86). "Diététique? Drogues? Morale? Psychiatrie? Vie spirituelle?" poursuivait-il. "Une société qui devient pathogène pour l'homme est bien obligée un jour de se poser toutes ces questions." Dans la mesure de ses modestes moyens, la micro-société que nous sommes va se poser quelques questions durant ces deux jours.

Une autre raison qui m'apparaît motiver le choix de l'obésité comme thème de nos réflexions est l'inef-

ficacité reconnue des thérapies, quelles qu'elles soient. A long terme, on parle généralement de 5%, 10% et rarement de plus de 20% de succès. Comme professionnels, perdons-nous notre temps? Notre société a-t-elle les moyens de payer des services dont le coût par rapport au bénéfice est si élevé? Les obèses sont-ils en droit d'exiger de meilleurs services? L'obstacle majeur à l'efficacité du traitement de l'obèse est-il un manque de connaissances, une mauvaise utilisation des connaissances existantes parce que l'approche est trop individualiste par opposition à une approche multidisciplinaire? Ou encore, le mal a-t-il des racines sociales si profondes que seules des modifications importantes dans les attitudes, les valeurs et les comportements de notre société pourraient y apporter un remède valable? Ce sont ces questions et bien d'autres que nous aurons l'occasion de nous poser au cours de ces deux jours.

Le premier objectif du présent colloque est de mettre en commun nos connaissances, et particulièrement un certain nombre de connaissances vécues sur le sujet du traitement de l'obèse. A ce propos, j'aimerais encore une fois vous citer Trémolières qui, comme on le sait, avait longuement réfléchi sur le problème de l'obésité. Lors d'un colloque organisé par la revue Critère en 1976, Trémolières rappelait (ibid, p. 92): "Ce n'est pas en définissant correctement la santé, en lançant des programmes de recherches encore plus spécialisés, encore plus incertains de leur signification pratique, en évaluant informatiquement des

données non objectivables qu'on s'en tirera, mais en essayant, avec les intéressés, de concrétiser leurs idées et leurs désirs et en observant les résultats à une échelle limitée où l'on puisse toucher le réel". Le premier objectif du présent colloque me semble donc tout à fait dans la ligne de pensée de ce grand médecin-nutritionniste.

Le deuxième objectif, qui découle du premier, est de tenter de nous mettre d'accord sur un certain nombre de principes dans le traitement de l'obèse adulte. Une telle prise de position permettrait de faire front commun dans la lutte contre l'obésité après avoir examiné avec réalisme et honnêteté les approches susceptibles d'être les plus efficaces. Cette ligne de conduite devrait ensuite recevoir la plus large diffusion possible dans le public où la confusion est grande sur le sujet, et où, à cause des opinions souvent contradictoires qu'ils expriment, la crédibilité des scientifiques et des professionnels est faible.

Enfin, un troisième objectif qui concerne peut-être particulièrement les universités et les chercheurs mais qui ne peut se réaliser sans l'apport de tous les professionnels, est d'orienter les recherches futures, et par là j'entends les recherches telles que vient de nous les définir Trémolières, soit celles qui résultent d'une observation attentive, patiente et méthodique des faits vécus. On a souvent reproché aux universitaires de faire de la recherche en "tour d'ivoire". On ne peut nier qu'il y ait là une bonne part de vérité. Il reste que la recherche appliquée est difficile à réaliser, le professionnel-chercheur se retrouvant souvent en

conflit entre ses objectifs de recherche et ses objectifs de service, entre son désir de connaître et sa volonté de soulager ou du moins, de ne pas nuire. Seule une collaboration étroite entre professionnels et chercheurs peut donc permettre la réalisation de travaux de recherche appliquée. Et il me semble que le congrès de l'ACFAS, association vouée à l'avancement et à la diffusion des connaissances, est particulièrement approprié pour amorcer une telle collaboration.

---



L'OBÈSE ET SA THÉRAPEUTIQUE  
DANS LA SOCIÉTÉ

Lucien Laforest, département des sciences de  
la santé communautaire, Université de Sherbrooke

*Préambule*

Je venais tout juste de commencer à rédiger cette communication quand j'entendis parler de cette enquête menée auprès de divers organismes offrant une thérapeutique de l'obésité ainsi qu'auprès d'un échantillon représentatif de clients. Cette enquête, dont les résultats ont fait l'objet de deux articles dans les numéros de mars et d'avril de la revue "Protégez-vous" (1,2) serait au centre d'une controverse, m'a-t-on dit.

Ayant pris connaissance des textes de ces articles, il me semble que le problème de la thérapeutique de l'obésité y est posé en termes fort honnêtes et je serais mal avisé d'y ajouter une note dissonante. Je n'ai donc pas l'intention de me mêler de ce débat qui semble fort bien amorcé et qui ne devrait pas manquer de faire couler beaucoup d'encre dans les semaines qui suivent.

Il me semble plus opportun d'examiner ici l'autre volet du problème de l'obésité, celui de la prévention. Je justifie cette décision en m'appuyant sur le fait que la complexité de la situation qui favorise l'obésité

explique fort bien la piètre performance des services thérapeutiques de l'obésité. Je veux bien reconnaître avec vous que l'affluence de charlatans dans le domaine n'aide pas à améliorer la situation.

Que cette enquête ait fait un constat d'échec se situant autour de 80 à 97% à l'heure actuelle me rappelle la piètre performance des cliniques d'alcoolisme il y a une quinzaine d'années. Il faut dire qu'à l'époque, les cas d'alcoolisme qui aboutissaient dans les cliniques étaient généralement plus sérieux qu'aujourd'hui. C'est probablement l'expérience que traversent les cliniques d'obésité actuellement. Face à un tel bilan, je pense qu'il y a lieu de nous poser de sérieuses questions sur le recours à la thérapeutique comme moyen de réduire la fréquence de l'obésité au Québec.

Si je ne me trompe, Nutrition-Canada a relevé plus de 40% de cas d'obésité et d'embonpoint chez nos Québécois. Ce problème ne se réduit pas à une simple question d'alimentation bien qu'elle y joue un rôle important. Certes, on pourrait me démontrer avec beaucoup de logique que chez les personnes victimes des processus sociaux qui favorisent l'embonpoint, voire l'obésité, il est un peu tard pour pratiquer la prévention. C'est cette même logique qui veut qu'il soit trop tard pour prévenir le feu quand l'incendie consume la maison. Je veux bien me rendre à cette évidence. Mais je me hâte de souligner que tous les millions consacrés au traitement des maladies de civilisation (on dit qu'elles représentent

80% des maladies traitées) ne contribuent en rien à la prévention et qu'au contraire, les sources de fabrication des maladies tendent à se multiplier avec la technologie. On parle même de plus en plus des maladies iatrogènes, c'est-à-dire des maladies ou handicaps permanents issus de la pratique médicale.

Comment peut-on continuer de prôner des thérapeutiques tout aussi élaborées les unes que les autres si une proportion inquiétante du produit national brut ne suffit même pas à atténuer la fréquence de la maladie? Est-il plus acceptable de laisser les cliniques d'obésité proliférer parce que ce sont les citoyens qui en font directement les frais? N'oublions pas que cette source de frais diminue au même titre que les autres le pouvoir d'achat moyen des citoyens du Québec et qu'elle est tout aussi indésirable si elle n'est pas efficace. Une prise de conscience par les cliniciens de l'obésité est nécessaire et ça presse. Nous sommes présentement devant un cas flagrant d'absence d'auto-discipline. Le secteur de la thérapeutique de l'obésité ressemble davantage à une foire commerciale... Et vous savez comme moi que dans le commerce l'éthique n'est pas une obsession.

### *Prévenir plutôt que guérir*

Venons-en maintenant à la prévention de l'obésité. On a pu se convaincre assez facilement que la problématique de la prévention s'adresse avant tout à la collectivité. Pourtant, je n'aurais guère de difficulté à vous convaincre qu'avec une éducation à petite dose sur

une période de vingt ans, nous pourrions prévenir la grande majorité des problèmes de santé dont nous faisons présentement les frais. Ces vingt ans, ce sont les vingt ans que dure l'influence de la famille sur chacun des citoyens en formation. Cela équivaut à la période de croissance et de maturation physique et mentale.

Le constat d'échec de la thérapeutique de l'obésité constitue en même temps un constat d'échec de l'éducation familiale et sociale en matière de santé. Dans ce domaine, le Québec est très en retard. Peut-être pas très en retard sur le reste du Canada ou des pays occidentaux, mais sûrement très en retard sur l'évolution globale de la technologie.

La technologie des biens matériels est très en avance sur la technologie de la conscience, à tel point que nous ressemblons à un monde aliéné par la civilisation matérielle moderne. L'invention de nouveaux gadgets accroît de jour en jour le fossé dans lequel s'engouffre notre société. Les nouvelles thérapeutiques de l'obésité font partie de cette gadgeterie un peu comme les nouvelles lignes que l'on donne aux automobiles d'année en année afin de maintenir le rythme de désuétude à un seuil assez élevé pour assurer la rentabilité des manufactures concernées.

### *Change r pour quoi?*

Nous vivons dans une société qui ne sait plus pourquoi elle change. Elle est à l'image de l'allumeur de réverbère du "Petit Prince" de St-Exupéry. On change

parce qu'il faut changer. Ainsi, le citoyen rendu malheureux par son obésité ou son embonpoint se met à la chasse aux nouveautés. S'il en trouve une à laquelle la publicité confère gratuitement les vertus les plus extravagantes, il donne tête baissée dans l'attrape. Aussi longtemps qu'un secteur de service laisse la voie toute grande ouverte à de pareils abus, il y a un manque flagrant d'auto-discipline et les responsables s'attirent à tort ou à raison les critiques les plus acerbes.

Je disais donc que nous vivons dans un monde dont l'évolution est rapide mais non contrôlée, car les grands leviers de commande sont largement hors de notre portée. Il nous faut donc apprendre à mieux utiliser les pouvoirs démocratiques que détiennent nos gouvernements, spécialement ceux du Québec de même que ceux que nous confère l'exercice de la démocratie au niveau local. Nous avons tendance à revendiquer tout sans nous préoccuper d'assumer nos responsabilités propres. Il est évident que si nous comptons seulement sur les gouvernements pour agir, rien de ce que nous voudrions ne se fera, du moins pas de la façon dont nous le voudrions.

La prévention constitue une responsabilité qui se partage entre tous les niveaux de l'échelle politique à partir du simple citoyen. Mais les mots d'ordre devraient normalement venir d'en haut puisque les moyens de contrôle les plus puissants se situent à ce niveau. Le citoyen doit sentir qu'une orientation désirable est supportée par la collectivité.

*L'origine sociale du problème*

Parlant d'obésité, il est évident qu'on ne naît pas obèse. Que l'obésité fait suite à l'embonpoint. Que l'embonpoint fait suite à des habitudes d'ordre alimentaire ou autre qui favorisent cet état. Que l'effet cumulatif d'habitudes malsaines s'ajoute aux ans et aux problèmes de la croissance, de l'éducation familiale, de l'adaptation scolaire et sociale pour aboutir à une expérience dont le bilan pèse de tout son poids sur toute décision représentant un changement dans son mode d'être et de vivre.

L'expérience familiale de l'individu peut en partie seulement être mis en cause dans les résultats individuels. L'interaction de l'individu avec les rouages de la société, contribue à façonner ses réflexes dans une direction donnée. Je faisais allusion un peu plus haut au processus d'aliénation. On sait que ce processus n'épargne personne, surtout pas les moins favorisés chez qui d'ailleurs le problème de l'obésité prend une envergure encore plus inquiétante. Il ne faut donc pas compter sur l'expérience de vie pour inculquer un nouveau mode de vie chez le citoyen moyen. Elle est déjà le reflet de bonnes habitudes ou elle est tout le contraire. Les rationalisations de toute nature contribuent habituellement à renforcer les habitudes acquises qui, elles, procurent très souvent des gratifications importantes adaptées aux moyens dont l'individu dispose.

Ces habitudes dans lesquelles s'enracine l'histoire de l'obésité s'imbriquent fortement dans des

modèles de comportement répandus dans le milieu de vie. Si les Québécois sont réputés pour leur bonne fourchette, il faut dire que la hausse du niveau de vie et la disponibilité d'aliments très diversifiés et abondants n'ont fait que renforcer les habitudes familiales transmises de génération en génération. Ajoutons à cela l'impact des nouvelles présentations d'aliments qui n'ont rien à voir avec la valeur nutritive et qu'on publicise en vue d'une croissance des rendements de l'industrie alimentaire. L'industrie de transformation alimentaire nous a fait entrer dans l'ère du "junk food" où toute la valeur est mise sur l'apparence parfois au détriment de l'hygiène et certainement au détriment de la valeur nutritive. Ce processus a commencé assez tôt. Dès 1860, la farine raffinée faisait son apparition. Cette farine, que l'on retrouve encore sur le marché, hélas possède cette grande qualité mise en valeur par les commerçants de pain et de pâtisseries, à savoir l'élimination quasi complète des fibres résiduelles. Aujourd'hui, nous savons que ce type de farine est la cause de plusieurs maladies intestinales courantes. Burkitt (3) en énumère une liste qui a de quoi surprendre. Que l'obésité résulte au moins en partie de certains troubles issus de l'usage de la farine raffinée ne me surprendrait pas du tout. Mais nous ne touchons là qu'un des éléments entrant dans la fabrication des aliments et dont les effets nocifs commencent à être connus. De nombreux additifs ajoutés aux aliments industriels pour toute espèce de prétexte, à l'exception de la

santé individuelle, font l'objet d'études de plus en plus approfondies. Pour l'instant, on essaie de déceler les propriétés mutagènes de ces additifs. Bientôt, grâce à des études comparatives (et elles sont difficiles à réaliser tellement les additifs sont répandus), il sera possible d'associer leur présence à certaines maladies précises.

On comprendra que de telles études ne soient pas tellement encouragées, car elles risquent de déranger les intérêts des multinationales de l'industrie alimentaire. Le gouvernement fédéral se trouve actuellement coincé entre le désir de protéger le principe de la libre entreprise et celui de protéger la santé publique. Résultat: il cherche un compromis dans l'élaboration de la réglementation de l'industrie alimentaire. Ce compromis va parfois fort loin. N'est-il pas permis d'utiliser jusqu'à 50% de matière grasse dans les saucisses de Francfort? N'est-il pas permis d'utiliser comme ingrédient économique de remplissage un fort pourcentage de sucre dans la préparation de nombre d'aliments? Le remplissage est le procédé le plus astucieux que les capitalistes de l'alimentation ont découvert pour diminuer leur coût de matière première. On en est rendu à estimer à près de 80% la proportion de la quantité moyenne de sucre per capita consommée à travers les aliments commercialisés tels le ketchup, les marinades, etc. Nous n'avons donc de contrôle direct que sur 20% des quantités de sucre consommées. Et pourtant, les quantités de sucre ingérées sont nettement trop élevées.

C'est là une évidence du degré d'aliénation auquel nous sommes parvenus face à un système économique qui nous asservit de plus en plus.

Certes, il y aurait encore long à dire sur les produits alimentaires. Mais parlons de nos habitudes alimentaires ou autres.

### *Les habitudes de vie et les strates sociales*

La population québécoise comme celle de toute société moderne se catégorise en groupes socio-économiques qui se distinguent tant par leur niveau de revenu que par leur niveau d'ouverture à l'information, au changement ou à la critique.

Les défavorisés de notre société ne le sont pas seulement à cause de leur faible pouvoir d'achat, mais aussi à cause de leur incapacité bien souvent à juger de la meilleure ligne de conduite à tenir face à l'invitation à se comporter selon des modèles de comportement établis par les producteurs et principalement par leurs fidèles et ingénieux serviteurs que sont les agents de publicité. Nous savons donc clairement où se trouve l'allégeance des agents de publicité: toujours du côté du capital.

Les défavorisés sont donc les plus aliénés de la société; les victimes les plus faciles à exploiter; les moins informés parce que les moins informables. Il ne faut pas oublier que l'information est devenue un produit au même titre que les cigarettes et que le choix de l'information à retenir dépend toujours de l'aptitude à distinguer entre la vérité et le mensonge.

Nous avons vu que la dépendance à l'égard des grands établissements commerciaux pour l'approvisionnement alimentaire exige un sens critique aigu si on veut tirer le meilleur parti possible d'une sélection devenue terriblement difficile en raison de la variété extrême et surtout des présentations tout aussi trompeuses qu'alléchantes. Les personnes démunies de critères adéquats pour juger de ce qui est mieux pour elles ne peuvent compter que sur leur propre discernement face aux étalages scientifiquement étudiés. L'alimentation, devenue objet de convoitise, force le jugement du consommateur de façon à lui faire acheter des produits dont il n'a pas besoin, comme si son estomac pouvait désormais lui apporter des gratifications psychologiques nouvelles et contribuer ainsi à son bonheur. En conséquence, la famille défavorisée procèdera à une réévaluation de ses priorités économiques en fonction des gratifications les plus appréciables. C'est ainsi que l'on sera amené à constater malgré la faiblesse de leur pouvoir d'achat une prospérité toute faite d'embonpoint ou d'obésité.

Cette dernière constatation vaut également pour la classe moyenne qui, elle aussi, obéit à la fascination qu'exercent sur elle les nouvelles techniques de mise en marché. Et même si la classe moyenne est plus sensible à l'information relative à la protection du consommateur, il reste le contexte économique et le vieil engouement du Québécois pour les plaisirs de la table.

Ce qui complique la situation pour l'ensemble des Québécois tient à l'évolution rapide de notre société

vers le sédentarisme. En même temps que l'alimentation devenait une activité de plus abandonnée au secteur industriel, le régime de vie se mit à évoluer de façon telle que l'on a maintenant de la difficulté à trouver des occasions de dépenser les calories et surtout le surplus de calories que l'on accumule de jour en jour. Le travail se fait assis ou s'il nécessite des déplacements, c'est la mécanique qui prend la relève de l'effort physique de l'homme. Et en parlant de déplacement, l'automobile est devenue la parfaite esclave de la maison que l'on mobilise au moindre déplacement. Ce phénomène est devenu aussi vrai pour le cultivateur que pour le citadin. Et au train où vont les choses, c'est dans les grandes villes telles Montréal que l'on trouvera le plus de marcheurs involontaires.

Une prise de conscience des effets nocifs de la sédentarité commence à se manifester dans la classe moyenne et supérieure. Elle se traduit par le développement d'un intérêt pour les sports de plein air. Il est vrai que les équipements dont nous disposions il y a dix ans n'incitaient guère les gens à faire un effort personnel.

Ces remarques nous amènent naturellement à un aspect fondamental de la problématique de la prévention aussi bien que de la thérapeutique de l'obésité. Il s'agit des attitudes collectives de notre société envers le corps et la santé.

*La valorisation du corps et de la santé*

Encore aujourd'hui nous constatons une ignorance généralisée des citoyens à l'égard du fonctionnement interne de leur corps. La moindre douleur les jette dans des inquiétudes qui parfois leur rappellent la mort, preuve que la douleur est un langage dont ils ignorent la signification. Si nous savions mieux décoder la douleur et tirer partie de ce qu'elle nous transmet comme avertissement, peut-être serions-nous plus aptes à ajuster notre conduite de vie en fonction des réactions du corps. En l'absence de connaissances sur le fonctionnement du corps et sur la douleur, comment peut-on espérer que la santé devienne une valeur sociale à protéger, sinon à développer comme élément essentiel à la qualité de la vie?

Que beaucoup d'obèses ou de personnes faisant de l'embonpoint restent quasi indifférentes à l'égard de leur apparence ou de la fatigue qu'entraîne quotidiennement le déplacement d'un "surpoids" inutile, voilà la meilleure indication d'une sous-valorisation du corps et de la santé. Seul un état de piètre santé mentale dans notre collectivité peut expliquer une telle indifférence. Je suis convaincu que la meilleure façon de réussir en thérapeutique de l'obésité, c'est de corriger d'abord l'état de délabrement mental dans lequel nous nous trouvons tous à divers degrés. Le Québec n'a pas vécu les affres d'une grande guerre. Mais peut-être qu'une telle épreuve aurait pu secouer notre indécrottable habitude à la nonchalance et à la paresse mentale.

Pour déplacer le fardeau du changement qui s'impose en matière de santé, il faut de l'énergie. Or, le type d'énergie dont nous avons besoin n'est nul autre que de l'énergie mentale... non des dollars ou des ressources professionnelles en quantité. De belles machines puissantes ne servent à rien si elles manquent de carburant.

Notre société fait les choses à l'envers en ce qui a trait au problème de l'obésité et cela nous vaut de payer pour le gaspillage de ressources pourtant précieuses. Il me semblerait fondamental avant de nous lancer de façon anarchique dans la multiplication de ressources affectées à la prévention aussi bien qu'à la thérapie de l'obésité que nous nous fixions des objectifs, que nous planifiions le développement des moyens qu'ils requièrent et surtout que nous développions des instruments adéquats d'évaluation afin de mettre fin à des expériences thérapeutiques aussi dangereuses qu'inutiles et coûteuses.

#### *L'évaluation des interventions*

L'étude réalisée auprès des cliniques d'obésité et de la sous-population des clients montre l'absence de procédures d'évaluation et, pire encore, l'absence de suivi valable qui aurait pu donner quelques indications sur l'efficacité globale des thérapeutiques utilisées.

A la lumière de nombreuses expériences tentées dans d'autres sous-secteurs de la santé, il apparaît fondamental d'incorporer dans tout programme de modification de comportement une méthode d'évaluation basée

sur un suivi suffisamment étendu. Best et Flay de l'Université de Waterloo (4) estiment qu'il faut étendre le suivi sur une période de deux ans avant de pouvoir parler de succès dans le traitement de l'obésité. Cette exigence normative repose sur une analyse des influences énormes exercées par le contexte socio-économique en matière d'alimentation.

Cette recommandation vaut également pour toute intervention éducative axée sur la prévention des problèmes de santé. A cet égard, la prévention de l'embonpoint et de l'obésité ne constituent que des objectifs intermédiaires par rapport à l'objectif de prévention des maladies de civilisation.

Ce long détour a peut-être contribué à démontrer que le problème de la thérapeutique de l'obésité ne saurait se définir convenablement sans s'insérer au préalable dans l'ensemble des problèmes sociaux qui nous permettent de comprendre le pourquoi de l'obésité.

Un retour historique sur le mode de vie traditionnel des Québécois apporte ici un éclairage particulier sur ce problème.

#### *Rétrospective*

Au cours des cinquante dernières années, plusieurs générations se sont succédées et ont imposé leur façon d'envisager l'avenir à la collectivité québécoise. D'une technologie primitive nécessitant une forte contribution de l'homme tant en terme d'énergie physique qu'en terme d'habileté et d'ingéniosité, nous sommes passés à une technologie avancée où la machine a pris

la relève. A partir de la Deuxième grande guerre, période où les frontières de la campagne et de la grande ville se sont ouvertes, permettant ainsi une circulation des influences pluralistes et un écroulement du monolithisme religieux, la modernisation pénétra dans les foyers ruraux par le truchement de biens de consommation nouveaux. Avant cela, l'absence de commodité forçait les ruraux à conserver un mode de vie simple: la division des tâches se faisait selon les catégories d'âge et de sexe; les droits accompagnaient les responsabilités dans le travail; la robustesse physique était un atout certain; la conformité aux croyances servait de caution pour la préservation des traditions et le maintien des valeurs sociales de la famille; l'alimentation reposait principalement sur la culture de légumineuses et sur l'élevage de bestiaux en vue de la satisfaction du besoin en viandes; les bébés étaient allaités par la mère durant des mois; par contre les soins en cas de maladies reposaient souvent sur l'utilisation de remèdes folkloriques.

Ces différents traits du mode de vie de nos pères se sont effacés avec l'envahissement des marchés ruraux par la production industrielle et les nouveaux services à la communauté qui rendaient désuète la pratique de l'auto-suffisance à partir du patrimoine familial. En trente et quelques années tout ce qui subsistait d'autonomie au niveau économique est disparu totalement avec la complicité de ceux mêmes qui durent peiner toute leur vie pour survivre, pensant que leurs fils et petits-fils devaient éviter à tout prix cette misère noire comme ils

l'appelaient.

Pourtant s'il était des hommes et des femmes qui étaient adaptés à leur mode de vie, c'était eux. Ils y étaient adaptés parce qu'ils le maîtrisaient beaucoup mieux que nous le faisons pour le nôtre. Leur système fonctionnait à une allure qu'ils contrôlaient. Aujourd'hui, la masse des citoyens, quasi tous urbanisés à divers degrés, dépendent de systèmes gérés par des spécialistes dont le souci est d'assurer l'efficacité du système. Certes, l'usure humaine est plus rapide et les soins à apporter devraient être plus poussés. Quelle réponse a-t-on trouvé? Un gros système de réparations fort coûteux prêt à servir en cas de cassure de la machine humaine. Je veux parler du système des soins en cas de maladie. Il aurait été préférable d'apporter plus de compétence dans l'évaluation de l'alimentation afin de la mieux adapter aux tâches à faire. Mais cette préoccupation ne s'est pas manifestée à temps.

### *Conclusion*

Aujourd'hui, on dénonce les effets du stress partout où la machine humaine flanche, parce qu'on a exigé d'elle un trop fort rendement. On ne fait que commencer à réfléchir sur les moyens d'améliorer le fonctionnement de la machine humaine spécialement en répondant mieux aux besoins spécifiques de l'organisme humain de chaque travailleur. On ne fait que commencer à s'interroger sur les effets bénéfiques qu'aurait sur l'enfant d'âge scolaire une alimentation adaptée au processus d'appren-

tissage intellectuel. Enfin, on commence à poser des questions d'ordre technologique à des problèmes humains qui sont vieux comme le monde. Comme il ne s'agit pas de revenir en arrière, mais de faire face à l'avenir, la réponse au défi que pose la santé humaine dans le contexte moderne se trouve dans un meilleur contrôle des facteurs de l'environnement que se fabrique l'homme. Le degré de pouvoir auquel est parvenu l'homme sur son environnement physique est impressionnant, mais il s'effectue de façon anarchique en laissant de larges zones non touchées. Il faudra bien accepter un jour le principe d'une coordination des leviers de commande qui régissent l'évolution de l'environnement. L'homme ne pourra plus se payer le luxe de jouer au cordonnier mal chaussé. Sa santé constitue avec la liberté la première des valeurs à développer. Et elle doit passer bien avant l'argent et le pouvoir. Aussi longtemps qu'on croira le contraire, il n'y aura pas de possibilité de résoudre le problème de l'obésité, ni au niveau individuel, ni au niveau de la collectivité québécoise.

#### *Références*

- (1) Ledoux, Geneviève B., "Le traitement de l'obésité: entre le régime et la clinique", revue Protégez-vous, vol. 7, no. 3, mars 1979, p. 19
- (2) Ledoux, Geneviève B., "L'obésité: un problème de taille", revue Protégez-vous, vol. 7, no. 4, avril 1979.

- (3) Burkitt, Denis, "Some diseases characteristic of modern Western civilization", Health and the Human Conditions (Logan, M.H. et Hunt, E.F., eds.), North Scituate (Mass.), Duxbury Press, 1978, p. 137.
  - (4) Best, J.A. et Flay, B.R., "The development and evaluation of behaviour modification programs for health lifestyle intervention", Seminar on Evaluation of Health Education and Behaviour Modification Programs, Canadian Health Education Society and Canadian Council on Health Education, December 1978, p. 132.
-

L'OBÈSE ET SON TRAITEMENT:  
CONSIDÉRATIONS PSYCHOLOGIQUES

André Busson, Hôtel-Dieu de Montréal

Même si l'obésité est un phénomène somatique particulièrement évident, personne ne semble avoir nié que des facteurs d'ordre psychologique puissent y être associés. Autant les adeptes d'une approche plus humaine du problème que ceux d'une intervention plus objective ont reconnu à l'unanimité que des perturbations émotives pouvaient découler, du fait même d'être obèse, d'une entreprise d'amaigrissement ou d'une phase de maintien, du retour au poids normal.

Il y a eu plus de controverses toutefois quant au type et quant à l'importance des composantes psychiques qui entrent en jeu et quant aux composantes qui plus particulièrement joueraient un rôle dans le développement même de l'obésité et dans son contrôle.

Ainsi, pendant plusieurs années, la psychologie fut mise à contribution pour expliquer l'association de l'obésité avec la dépression, l'anxiété et les états phobiques et pour définir une conception du surplus de poids en termes d'un symptôme de troubles psychiques complexes et centraux.

Historiquement, c'est dans des formes d'obésité dite réactionnelle observées en psychiatrie et où

l'augmentation de poids semblait être la conséquence d'une expérience traumatisante que l'on reconnut pour la première fois l'importance des facteurs émotifs sur un plan étiologique.

Par la suite, ce fut également dans le contexte d'études de cas que furent formulées différentes hypothèses sur le pourquoi de l'obésité, sur la signification inconsciente de la nourriture et sur la symbolique rattachée aux activités d'ingestion et de digestion. Dans le même mouvement, on devait aussi consacrer beaucoup d'efforts à décrire des organisations de personnalité, des configurations psychodynamiques, des pulsions inconscientes qui étaient censées motiver l'obésité et la maintenir de façon caractéristique.

Ayant passé en revue la littérature sur le sujet, c'est finalement en 1957 que Kaplan et Kaplan concluaient à la non-spécificité de la structure psychique chez les individus atteints d'obésité bien que ceux-ci leur semblaient être néanmoins des sujets ayant souvent des modes de vie conflictuels et anxiogènes, se servant de leur hyperphagie pour réduire leur anxiété et résistant aux interventions thérapeutiques à cause des effets anxiolytiques de la suralimentation.

Que les facteurs émotifs soient les principaux déclencheurs du comportement alimentaire des obèses et que le fait de manger entraîne une réduction de l'anxiété sont deux postulats qui semblèrent valider l'expérience clinique mais soumis à l'expérimentation, ils ne furent pas confirmés pleinement, sinon avec des sujets universitaires, de sexe masculin, dont l'obésité était juvénile et dont le niveau socio-économique était plutôt moyen ou

favorisé.

Il est donc permis de se demander si l'étude des problèmes psychologiques de l'obésité n'a pas souffert de tendances aux généralisations abusives à partir d'échantillons biaisés et en se basant surtout sur des individus qui sans doute se situaient au pôle extrême d'un continuum allant de la stabilité émotionnelle aux troubles graves de la personnalité, nonobstant la présence de l'obésité.

Dans la gamme des degrés de perturbation émotionnelle, on retrouverait ainsi selon Mendelson des patients obèses qui seraient stables sur le plan émotif, d'autres chez qui il y aurait des tensions de différentes sortes et qui essayeraient de les diminuer en mangeant, bien que leur obésité ne poserait pas de gros problèmes, d'autres encore plus perturbés pour qui l'obésité serait un problème central et pour qui la nourriture et son ingestion seraient des préoccupations majeures, des obèses qui par ailleurs se suralimenteraient presque constamment et qui seraient pour la plupart déprimés et enfin au bout de l'échelle, des patients véritables "toxicomanes hyperphagiques" avec des traits psychopathologiques très marqués.

A vrai dire, on n'a jamais possédé d'études statistiques précises faisant ressortir le pourcentage des obèses qui seraient des cas "névrotiques", qui se révéleraient totalement réfractaires à toute mise au régime et chez qui le retour à un poids plus ou moins normal dépendrait de la disparition de problèmes sous-jacents, mais le nombre des obèses déroutant praticiens et cliniciens fut toujours suffisamment élevé pour qu'on

comprene que certains d'entre eux envisagent l'analyse psychologique pénétrante de la vie mentale de leurs clients comme la solution de choix. Toutefois, l'ensemble des résultats de ce type d'analyse dans le traitement des troubles de la nutrition fut désespérément peu concluant et des thérapeutes expérimentés en arrivèrent même à déclarer que des méthodes d'interprétation faisaient peut-être revivre aux obèses l'expérience douloureuse d'une explication toute faite de leurs pensées et de leurs sentiments.

En réévaluant les besoins de leur clientèle, certains intervenants ont découvert dans l'hyperphagie, surtout un trouble profond de la vie relationnelle qui nécessiterait un changement de rôle de l'aidant pour que les obèses se sentent le plus possible partie prenante du processus thérapeutique, pour qu'ils développent leur capacité d'autonomie, leur esprit d'initiative et leur prise en charge d'eux-mêmes.

Dans le contexte d'une telle relation d'aide il faut amener l'obèse à corriger la nature défectueuse des outils et des concepts qu'il utilise pour s'organiser avec ses besoins et pour les exprimer et l'amener à régler de façon plus compétente ses problèmes existentiels. En parallèle avec une psychothérapie individuelle, on recommande aussi d'essayer de changer certains patrons d'interactions de longue date au sein de la famille pour désarmer toutes les forces adverses de l'effort thérapeutique principal.

Même les auteurs d'orientation psychodynamique concèdent toutefois qu'il est dangereux de ne pas

corriger le problème de poids et de laisser le patient dans sa situation marginale en croyant que la question alimentaire va se régler lorsque seront réglés les conflits sous-jacents.

Qu'on puisse donc aider par une certaine psychothérapie un individu qui est engagé dans une entreprise d'amaigrissement, en établissant avec lui une bonne relation, en renforçant son espoir d'être aidé, en lui faisant acquérir une meilleure compréhension de lui-même, en le conduisant à adopter de meilleurs schémas de conduite, en lui faisant des suggestions efficaces, en l'amenant à de nombreuses confrontations avec la réalité et en lui apportant un soutien émotionnel ne semble pas avoir fait de doute mais certains auteurs ont regretté que des interventions thérapeutiques plus spécifiques vis-à-vis le problème de l'obésité et du comportement alimentaire de l'obèse ne fissent pas leur apparition plus rapidement.

Dans cet ordre d'idées, c'est au cours des années 60 que le traitement de l'obésité par des méthodes de modification du comportement parut offrir d'intéressantes perspectives.

Voulant déborder le cadre clinique, cette nouvelle approche dite behaviorale affirmait surtout s'inspirer de la psychologie de l'environnement. Pour les tenants de cette école de pensée, c'est en contrôlant le milieu qu'on devait contrôler le comportement de l'obèse et c'est le programme spécifique du contrôle basé sur les lois de l'apprentissage et du conditionnement qui devait devenir la variable indépendante essentielle du traitement.

Stuart en 1967 fut le premier à appliquer ces principes à un groupe de femmes obèses qui perdirent de 29 à 47 lbs sur une période de 12 mois, à raison de 16 à 41 sessions, et, en 1970, il devait définir un programme tridimensionnel du traitement de l'obésité, comprenant un contrôle de la suralimentation, une planification de la nutrition et une méthode d'incitation à une plus grande dépense physique, le but ultime du programme étant d'entraîner l'obèse à contrôler lui-même son propre environnement.

Depuis, il y a eu une efflorescence inouïe de travaux de recherche sur les techniques behaviorales.

D'après les résultats obtenus surtout avec des populations d'obèses suivis en consultation externe, on peut retenir que les techniques qui visent à augmenter les comportements alimentaires appropriés sont plus efficaces que celles qui tentent de faire disparaître les mauvaises habitudes et qu'en ce qui concerne ces dernières, c'est en s'efforçant de reprogrammer l'environnement immédiat pour les rendre plus ardues et plus difficiles à maintenir qu'on obtient le plus de succès. Par ailleurs, les méthodes qui entraînent non seulement l'obèse mais aussi les personnes clés de son entourage à développer des modèles de comportements différents à long terme sont les plus susceptibles d'amener des pertes de poids durables ou plus durables en tout cas que celles qui sont produites par des méthodes trop extrêmes et trop astreignantes que pour être poursuivies longtemps ou trop dépendantes du thérapeute que pour être continuées sans contact thérapeutique.

Sensiblement à partir des mêmes constatations, Mahoney et Mahoney, en 1976, ont défini un programme behavioral type censé avoir un maximum d'efficacité. Selon les auteurs, tout programme digne de ce nom devrait comprendre en premier lieu une sorte de système-moniteur permettant à l'obèse de s'analyser, de s'observer et de surveiller moins son poids que ses comportements alimentaires et ses activités physiques actuels. Le programme devrait aussi comprendre une information de base sur la nutrition, l'accent étant mis sur l'acquisition d'habitudes alimentaires à longue échéance et sur un régime équilibré même s'il permet de contrôler le poids.

Devraient aussi figurer dans le plan d'intervention certains exercices ou au moins une politique de vie plus active quotidiennement sans qu'il soit nécessaire que l'obèse devienne un athlète accompli. En quatrième lieu, devrait être prévu un entraînement au contrôle des stimulations qui modulent l'ingestion de nourriture dans le but de restreindre le nombre et la fréquence des indices qui sont discriminatoires de l'acte de manger.

Par ailleurs, l'obèse a aussi besoin de support et celui-ci devrait lui être fourni soit par un thérapeute soit par un groupe. L'ampleur et la fréquence de ce support devraient toutefois diminuer au fur et à mesure des progrès de l'individu. L'entraînement du conjoint du patient ou de d'autres membres de sa famille est aussi souhaité, entraînement à des stratégies de renforcement social afin de maintenir les changements

induits par la phase intensive du traitement.

Sur un plan plus cognitif, il faut également prévoir certaines techniques permettant de modifier les schémas de pensée défaitistes de l'obèse et ses tendances à se fixer des objectifs qui manquent de réalisme.

Le programme est complet pour les auteurs lorsqu'on envisage enfin d'enseigner au client certaines méthodes de résolution de problèmes spécifiques et lorsqu'on lui apprend à développer davantage ses capacités d'affirmation de soi et ses capacités de relaxation.

Les deux derniers points du programme illustrent en fait une application directe, au problème de l'obésité, de certains développements théoriques récents au sein de l'école behavioriste.

Pour des auteurs comme Rodin, Moura et Mahoney on doit tenir compte en effet dans tout apprentissage des processus mentaux qui s'intercalent entre les stimulations du milieu et la réponse des individus et si on considère que le patient obèse est à la fois un organisme qui répond socialement et un organisme qui s'évalue, il est essentiel alors de l'amener à modifier le contexte perçu au sein duquel il fait son évaluation. L'intervention thérapeutique doit donc porter aussi sur les pensées, sur les idées et sur toutes les affirmations que l'individu se fait sur lui-même concernant sa perte de poids, son état physiologique, ses capacités ou l'importance de la nourriture dans sa vie.

Les auteurs proposent finalement que l'obèse quitte son traitement avec des capacités de contrôle interne accrues et qu'après une sorte d'écologie intérieure, il en arrive à avoir davantage de maîtrise de soi et ainsi à contrôler son comportement alimentaire plutôt que d'être contrôlé par lui. De tels objectifs semblent donc traduire des visées nettement plus humanistes dans l'approche du patient obèse.

Pour Jeffrey et Coates, le recours à des thérapies qui s'adressent au style cognitif des individus pourrait être la voie dans laquelle il faut s'engager si on veut remédier au piétinement actuel des techniques behaviorales classiques. Il leur apparaît que les théoriciens de l'obésité se sont limités à un nombre restreint de concepts pour essayer d'expliquer toutes les facettes d'une anomalie multicausale. Les livres sont remplis de controverses captivantes tandis que le clinicien continue de chercher les réponses à ses questions. Un certain nombre de déterminants de l'obésité semblent en fait ne pas avoir été touchés de façon efficace, ainsi la conception de soi et l'image du corps, les sentiments que le client entretient quant à son pouvoir sur ses habitudes alimentaires, les styles de vie et les milieux obésigènes, les phénomènes de bénéfice inconscient procuré par l'obésité, l'acceptation de soi, les capacités des individus à surmonter le stress, leur habileté à résoudre leurs conflits dans leurs relations avec autrui, autant de facteurs qui constituent le contexte global d'une façon particulière de régler les dépenses d'énergie et la mise en réserve des recettes, qui conditionnent les différentes sortes

de compromis que l'obèse établit entre ses besoins et ses désirs et qui nous indiquent que dans une perspective à long terme des changements devraient être préconisés chez le client tant au niveau du comportement qu'au niveau de la sensation, de la perception et de la pensée.

### Bibliographie

- Aragona, J., Cassady, J., and Drabman, R.S. Treating overweight children through parental training and contingency contracting. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1975, 8, 269-278.
- Ashby, W.A., and Wilson, G.T. Behavior therapy for obesity: Booster sessions and long-term maintenance of weight loss. *Behaviour Research and Therapy*, 1977, 15, 451-464.
- Bellack, A.S. Behavior therapy for weight reduction. *Addictive Behaviors*, 1975, 1, 73-82.
- Bellack, A.S. A comparison of self-reinforcement and self-monitoring in a weight reduction program. *Behavior Therapy*, 1976, 7, 68-75.
- Bellack, A.S., Rozensky, R.H., and Schwartz, J. A comparison of two forms of self-monitoring in a behavioral weight reduction program. *Behavior Therapy*, 1974, 5, 523-530.
- Brownell, K.D. The effect of spouse training and partner cooperativeness in the behavioral treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, in press.
- Bruch, H. Conceptual confusion in eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1961, 133, 46-54.
- Bruch, H. The psychosomatic aspects of obesity. *American Practitioner and Digest of Treatment*, 1954, 5, 48-49.
- Bruch, H. *Eating disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person within*. Basic Books, N.Y., 1973.

Chlouverakis, C. Dietary and medical treatments of obesity: An evaluative review. *Addictive Behaviors*, 1975, 1, 3-22.

Christensen, A. Measuring and maintaining weight losses. *Behavior Therapy*, 1976, 7, 709-711.

Coates, T.J. Theory, research, and practice in treating obesity: Are they really all the same? *Addictive Behaviors*, 1977, 2, 95-104.

Deri, S.K. A problem in obesity. In A. Burton and R.E. Harris (Eds), *Clinical Studies in personality*, New York: Harper, 1955, p. 574.

Diament, C., and Wilson, G.T. An experimental investigation of the effects of covert sensitization in an analogue eating situation. *Behavior Therapy*, 1975, 6, 499-509.

Epstein, L.H., Parker, L., McCoy, J.F., and McGee, G. Descriptive analysis of eating regulation in obese and nonobese children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1976, 9, 407-415.

Feinstein, A.R. The measurement of success in weight reduction: An analysis of methods and a new index. *Journal of Chronic Diseases*, 1959, 10, 439-456.

Ferster, C.B., Nurnberger, J.L., and Levitt, E.B. The control of eating. *Journal of Mathematics*, 1962, 1, 87-109.

Gaul, D.J., Craighead, W.E., and Mahoney, M.J. Relationship between eating rates and obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975, 43, 123-125.

Green, L. The temporal and stimulus dimensions of self-monitoring in the behavioral treatment of obesity. *Behavior Therapy*, in press.

Hagen, R.L. Group therapy versus bibliotherapy in weight reduction. *Behavior Therapy*, 1974, 5, 222-234.

Hagen, R.L., Foreyt, J.P., and Durham, T.W. The dropout problem: Reducing attrition in obesity research. *Behavior Therapy*, 1976, 7, 463-471.

Hamburger, W.W. Emotional aspects of obesity. *Medical Clinics of North America*, 1951, 35, 483-499.

- Hall, S.M., and Hall, R.G. Outcome and methodological considerations in behavioral treatment of obesity. *Behavior Therapy*, 1974, 5, 352-364.
- Hall, S.M., Hall, R.G., Hanson, R.W., and Borden, B.L. Permanence of two self-managed treatments of overweight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974, 42, 781-786.
- Hanson, R.W., Borden, B.L., Hall, S.M., and Hall, R.G. Use of programmed instruction in teaching self-management skills to overweight adults, *Behavior Therapy*, 1976, 7, 366-373.
- Hoon, P., and Lindsley, O.R. A comparison of behavior and traditional therapy publication activity. *American Psychologist*, 1974, 29, 694-697.
- Jeffrey, R.W., Wing, R.R., and Stunkard, A.J. Behavioral treatment of obesity: The state of the art. *Behavior Therapy*, 1978, 9, 189-199.
- Jeffrey, D.B. A comparison of the effects of external control and self-control on the modification and maintenance of weight. *Journal of Abnormal Psychology*, 1974, 83, 404-410.
- Kingsley, R.G., and Wilson, G.T. Behavior therapy for obesity: A comparative investigation of long-term efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977, 45, 288-298.
- LeBow, M. Can lighter become thinner? *Addictive Behaviors*, 1977, 2, 87-94.
- Leon, G.R. Current directions in the treatment of obesity. *Psychological Bulletin*, 1976, 83, 557-578.
- Leon, C.R., and Roth, L. Obesity: Psychological causes, correlations and speculations. *Psychological Bulletin*, 1977, 84, 117-139.
- Levitz, L.S., and Stunkard, A.J. A therapeutic coalition for obesity: Behavior modification and patient self-help. *American Journal of Psychiatry*, 1974, 131, 423-427.
- Mahoney, M.J. Self-reward and self-monitoring techniques for weight control. *Behavior Therapy*, 1974, 5, 48-57.

- Mahoney, M.J., Moura, N.G.M., and Wade, T.C. Relative efficacy of self-reward, self-punishment, and self-monitoring techniques for weight loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1973, 40, 404-407.
- Mahoney, M.J., and Mahoney, K. Treatment of obesity: A clinical exploration. In G.J. Williams, S. Martin, and J. Foreyt (Eds), *Obesity: Behavioral approaches to dietary management*. New York: Brunner/Mazel, 1976.
- Mahoney, B.K., Rogers, T., Straw, M.K., and Mahoney, M.J. *Human obesity: Assessment and treatment*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, in press.
- Mann, R.A. The behavior-therapeutic use of contingency contracting to control and adult behavior problem: Weight control. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1972, 5, 99-109.
- McFall, R.M., and Marston, A.R. An experimental investigation of behavior rehearsal in assertive training. *Journal of Abnormal Psychology*, 1970, 76, 295-303.
- McReynolds, W.T., and Paulsen, B.K. Stimulus control as the behavioral basis of weight loss procedures. In G.J. Williams, S. Martin, and J. Foreyt (Eds.), *Obesity: Behavioral approaches to dietary management*. New York: Brunner/Mazel, 1976.
- Mendelson, M. Psychological aspects of obesity. *International Journal of Psychiatry*, 1966, 2, 599-610.
- Musante, G.J. The dietary rehabilitation clinic: Evaluative report of a behavioral and dietary treatment of obesity. *Behavior Therapy*, 1976, 7, 198-204.
- Ost, L. and Götestam, K. Behavioral and pharmacological treatments for obesity: An experimental comparison. *Addictive Behavior*, 1976, 1, 331-338.
- Penick, S.B., Fillion, R., Fox, S., and Stunkard, A.J. Behavior modification in the treatment of obesity. *Psychosomatic Medicine*, 1971, 33, 49-55.
- Romanczyk, R.G., Tracey, D.A., Wilson, G.T., and Thorpe, G.L. Behavioral techniques in the treatment of obesity: A comparative analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 1973, 11, 629-640.
- Schachter, S., Goldman, R., and Gordon, A. Effects of fear, food deprivation, and obesity on eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1968, 10, 91-97.

- Stuart, R.B. Behavioral control of overeating. *Behaviour Research and Therapy*, 1967, 5, 357-365.
- Stuart, R.B. A three-dimensional program for the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 1971, 9, 177-186.
- Stunkard, A.J. *The pain of obesity*. Palo Alto, Calif.: Bull, 1976.
- Stunkard, A.J., and Mahoney, M.J. Behavioral treatment of the eating disorders. In H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of behavior modification and behavior therapy*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1976.
- Stunkard, A.J. and McLaren-Hume, M. The results of treatment for obesity. *Archives of Internal Medicine*, 1959, 103, 79-85.
- Stunkard, A.J., and Rush, J. Dieting and depression re-examined: A critical review of reports of untoward responses during weight reduction for obesity. *Annals of Internal Medicine*, 1974, 81, 526-533.
- United States Department of Health, Education, and Welfare. *Obesity and health: A source-book of current information for professional health personnel*. Arlington, Va.: U.S. Public Health Service, 1967.
- Wilson, G.T. Behavioral treatment of obesity: Maintenance strategies and long-term efficacy. In S. Bates, W. Docken, K.G. Götestam, L. Melin, and P.O. Sjöden (Eds.), *Trends in behavior therapy*. New York: Academic Press, in press.
- Wilson, G.T., and Evans, I.M. Adult behavior therapy and the therapist-client relationship. In C.M. Franks & G.T. Wilson (Eds.), *Annual review of behavior therapy: Theory and practice* (Vol. 4). New York: Brunner/Mazel, 1976.
- Wollersheim, J.P. Effectiveness of group therapy based upon learning principles in the treatment of overweight women. *Journal of Abnormal Psychology*, 1970, 76, 462-474.

LE TRAITEMENT MEDICAL DE L'OBESITE

E. Rasio, Hôpital Notre-Dame de Montréal

Faut-il soigner l'obésité? L'obèse répond souvent par la négative: il préfère les désagréments de la maladie aux contraintes de la diète. Le médecin, par contre, a des raisons d'avoir l'attitude inverse.

Il a été clairement établi que l'excès pondéral est associé à un taux de morbidité et de mortalité accru par rapport à celui d'une population témoin, de poids idéal. Au-delà d'une valeur critique qui se situe à environ 30% d'excès pondéral, le taux de mortalité s'élève selon une courbe rapidement ascendante: l'individu qui pèse deux fois son poids idéal a un risque de mortalité qui est  $2\frac{1}{2}$  à 3 fois plus élevé que celui d'un individu de poids idéal. L'excès de mortalité est d'autant plus marqué que l'individu est jeune. Bien que les études qui ont permis de chiffrer la survie en fonction du poids aient été critiquées (échantillonnage non représentatif, imprécision des mesures de la taille et du poids, etc.), il n'en reste pas moins vrai que la mortalité s'accroît avec le poids et que, vice versa, l'obèse augmente sa longévité à mesure qu'il maigrit.

La mortalité et la morbidité associées à l'obésité sont dues à une pathologie cardio-vasculaire et

à un ensemble d'autres affections dont l'importance relative est vraisemblablement sous-estimée.

La mortalité cardio-vasculaire a été surtout étudiée chez des personnes d'âge moyen ou avancé (le risque est cependant plus important chez le sujet jeune). Elle est indissolublement liée à l'hypercholestérolémie, l'hypertension, le diabète et l'hypertriglycéridémie. On ne parle pas ici de l'utilisation excessive du tabac, qui est un facteur de risque très important mais qui n'est pas propre à l'obésité.

Dans une large population d'obèses non sélectionnés, la fréquence de l'hypercholestérolémie est d'environ 15%, celle de l'hypertension de 60%, celle du diabète de 20%, celle de l'hypertriglycéridémie de 25%. Il existe une corrélation significative entre l'excès pondéral et la présence de chacun de ces facteurs de risque. En moyenne, par 10 kilos de poids excédentaire, le cholestérol plasmatique s'élève de 11 mg/dl, la glycémie de 2 mg/dl et la pression artérielle systolique de 7 mmHg. Cela ne veut pas dire que tout individu obèse est porteur de facteurs de risque. Au contraire, la majorité des obèses ne sont pas diabétiques, ni hypercholestérolémiques. Lorsqu'un obèse n'a aucun des quatre facteurs de risque, sa mortalité de cause cardio-vasculaire est la même que celle d'un individu de poids idéal (mais sa mortalité par d'autres causes est plus élevée). A l'inverse, l'individu de poids idéal avec un ou plusieurs facteurs de risque a la même mortalité que l'obèse dans les mêmes conditions de risque. L'excès

pondéral en soi n'est donc pas responsable de la mortalité cardio-vasculaire.

Il y a cependant intérêt à traiter une population d'obèses puisque les facteurs de risque lui sont plus fréquemment associés que dans la population témoin.

Dans le second groupe de causes responsables d'une mortalité et d'une morbidité accrues chez l'obèse, il y a d'abord les affections gynécologiques et obstétricales. Le cancer de l'endomètre est deux fois plus fréquent chez la femme obèse que chez la femme de poids idéal. De nouveau, le risque est plus important chez la femme jeune. Malgré la fréquence élevée de troubles menstruels et d'infertilité chez la femme obèse (environ 25%), il n'est pas clairement établi qu'elle soit supérieure à celle d'une population témoin. L'éclampsie gravidique a une fréquence de 7 à 8% chez la femme largement obèse, contre 0.3% chez la femme de poids idéal.

Les affections pulmonaires sont également plus fréquentes chez l'obèse. Le degré d'hypoventilation et d'hypoxie est variable et peut devenir très sérieux dans le syndrome de Pickwick. Une fonction pulmonaire diminuée accroît les risques de l'anesthésie et de la chirurgie (infections pulmonaires post-opératoires).

Ceci nous amène à considérer la morbidité et la mortalité reliées aux interventions chirurgicales. L'obèse a plus de "chances" de devoir être soumis à une intervention chirurgicale qu'un sujet témoin de poids idéal. A cause de sa maladresse, l'obèse est fréquemment victime d'accidents. A cause du turnover très augmenté de cholestérol, l'obèse a souvent

une lithiase vésiculaire (15 à 40%) : le traitement de cette affection, du moins lorsqu'elle est symptomatique, est essentiellement chirurgical. Les risques de l'anesthésie d'une part, et le cortège de complications post-opératoires d'autre part (infections pulmonaires, infections de plaies, état cardio-vasculaire précaire, diabète, etc.) contribuent largement à la morbidité et à la mortalité globales de l'obèse.

Bien qu'il n'y ait pas de données clairement établies en la matière, il n'est pas déraisonnable de penser que la moitié de la morbidité et de la mortalité de l'obèse est due à des causes autres que cardio-vasculaires. Il en résulte que le traitement diététique de l'obésité se justifie même en l'absence de facteurs de risque cardio-vasculaire.

---

L'APPROCHE NUTRITIONNELLE DE L'OBÈSE ADULTE

Suzanne Cacan, Institut de recherches cliniques  
de Montréal

Toutes les disciplines commencées par le traitement de l'obèse devraient tenir compte des circonstances qui ont favorisé le développement de l'obésité. L'excès de poids qui résulte obligatoirement d'un bilan calorique positif peut avoir une base génétique, psychologique ou environnementale. Ainsi, si l'on croit que la cause de l'obésité réside dans les gènes (par exemple en influençant le dépôt des graisses), l'hypothalamus ou d'autres structures anatomiques (en affectant le comportement alimentaire), si l'obésité s'installe tôt au niveau cellulaire, ou, enfin, si l'obésité s'apprend simplement, comme le langage, c'est-à-dire en famille, les programmes et les stratégies thérapeutiques utilisés seront différents.

*Considérations métaboliques et comportement  
alimentaire de l'obèse*

On sait que l'organisme humain détermine normalement ses besoins énergétiques par des mécanismes physiologiques remarquablement bien contrôlés. En effet une espèce de "caloristat" permet d'établir l'équilibre entre l'apport calorique et les dépenses, de sorte qu'on

observe peu de variations du poids moyen de l'adulte au cours des années.

Toutefois il est bien évident que cet équilibre peut être rompu sous l'influence de nombreux facteurs extérieurs et non physiologiques. Ceux qui attirent le plus l'attention en ce moment sont:

1- la composition de l'alimentation: on prétend que plus de calories sont emmagasinées si l'alimentation est riche en graisses (Atkinson et Bray, 1978)

2- la fréquence des repas: ceci a été démontré chez des animaux de laboratoire (Leveille, 1972). En effet, la consommation d'une quantité de nourriture sous forme de trois gros repas a été plus propice au gain de poids que la même quantité de calories ingérée de façon continue. Chez l'humain, on prétend aussi que l'ingestion de nourriture sous forme de quelques gros repas entraîne plus d'obésité que l'ingestion de plusieurs petits. Ce sujet est naturellement très intéressant et très controversé. Mais n'est-il pas connu cliniquement que les obèses prennent typiquement moins de repas que les gens de poids normal? Ceci a aussi été observé par Fabry et ses collaborateurs (1964). Les obèses qui essaient de maigrir mangent souvent un seul repas par jour. Il semble que ce repas stimulerait l'activité des enzymes de la lipogénèse, mais il y aurait quand même perte de poids en raison de l'apport diminué de calories. Mais si l'alimentation régulière est reprise, comme cela se produit souvent, la lipogénèse est stimulée et il y a regain de poids (c'est le syndrome "yo-yo" de la perte de poids).

3- le comportement alimentaire: les renseignements concernant l'aspect quantitatif de l'alimentation de l'obèse sont très contradictoires. Il est en effet difficile d'évaluer de façon certaine leur apport énergétique. Il semble toutefois que l'obésité une fois installée, il faille peu de calories pour la maintenir. Mais le comportement alimentaire des obèses a des particularités évidentes. On croit de plus en plus que le choix alimentaire des obèses est influencé par des stimulus extérieurs. Ces facteurs, comme les émotions, jouent sur l'appétit, la faim, la satiété et n'ont rien en commun avec les aspects nutritionnels et physiologiques de l'aliment et de la prise d'aliments. Alors que le sujet de poids normal est sensible à des stimulus internes, physiologiques qui contrôlent son ingestion alimentaire dans des circonstances de déficit et d'excédent, l'obèse au contraire n'y répond presque pas. Son comportement alimentaire est surtout influencé par ce que Schachter (1971) a appelé des stimulus extérieurs: des facteurs de perception, de sensation ou des influences provenant de l'environnement. En voici quelques exemples:

- la notion du temps: les obèses ressentent la faim et mangent plus que les non obèses s'ils croient que c'est l'heure de manger,
- l'attrait visuel des aliments agit davantage sur l'obèse que sur le sujet de poids normal, mais en revanche l'effort rattaché à la prise d'aliment a un effet négatif sur le premier,
- le goût: les obèses mangent plus d'un très bon plat que les non obèses; ils mangent moins d'un moins bon

plat que les non obèses. S'agit-il de gourmandise ou l'obèse est-il un gourmet naturel? Ceci peut nous faire penser qu'un menu restrictif et pas très appétissant par surcroît a peu de chance d'être accepté par l'obèse. Dans ce contexte et en tenant compte de ce qui a été mentionné plus haut, est-il sage de laisser à l'individu obèse la tâche de planifier son menu en lui accordant un choix "soi-disant" plus grand? Est-ce que les régimes farfelus, très restrictifs par définition, n'ont pas à leurs yeux au moins l'avantage de diminuer l'effort?

#### *But du traitement diététique*

Faire perdre les graisses accumulées sans endommager la structure corporelle. Les nutritionnistes cherchent depuis longtemps la combinaison idéale qui maintienne les fonctions vitales et les tissus, et qui en même temps, permette la perte sélective du tissu adipeux et la suppression de la faim. D'où la très grande variété de régimes amaigrissants, depuis les plus farfelus jusqu'aux plus captivants qui, par leur formule souvent mystérieuse pour le client, semblent fournir une garantie de succès.

- Régimes farfelus: une succession de régimes ont été popularisés, chacun ayant la prétention d'apporter la solution ultime et promettant le succès. Les permutations énergétiques proposées vont de l'impossible au ridicule. On veut remplacer le régime habituel dit "permanent" et en faire oublier les rigueurs, en permettant à la personne qui veut maigrir de choisir sa

restriction alimentaire. Ainsi un obèse peut manger autant qu'il veut de viandes grasses - de bananes - d'oeufs - ou d'autres aliments - pourvu qu'il élimine certains aliments dont on lui donne une liste. Quand il en a assez de manger un mets en particulier, il prend la décision de manger moins. Le "commercialisme" de ces régimes est un élément très important.

- Régime à base de protéines: c'est un "jeûne modifié" qui prévoit une perte des graisses de réserve tout en épargnant les protéines tissulaires. Ce type de régime a été pensé par des médecins, popularisé par des médecins et utilisé par des médecins. Il est extrêmement populaire. Il a été commercialisé et il existe des centaines de marques de produits sur le marché. Un producteur a présenté le même produit sous trente-sept étiquettes différentes...

Quels en sont les qualités, les attrait, les causes de popularité? 1) C'est un régime facile et 2) efficace: il entraîne une perte de poids rapide. 3) Il diminue l'appétit sous l'effet des corps cétoniques qui s'accumulent. 4) Il est souvent utilisé après de nombreux échecs avec d'autres régimes. 5) Il donne l'impression d'un médicament, donc il est perçu davantage comme le traitement d'une "maladie", surtout lorsqu'il y a surveillance médicale.

Les préparations commerciales sont habituellement disponibles sous forme liquide ou en poudre. Ce sont généralement des hydrolysats de protéines qui ne seraient pas assimilables sans traitement industriel. On utilise du collagène provenant de tissu conjonctif, ou encore de la gélatine, de la fibrine, etc... Leur

valeur biologique est faible, ces substances sont carencées en tryptophane. Elles ne sont pas considérées comme des médicaments mais comme des aliments, donc ne sont pas soumises aux exigences des lois régissant les médicaments.

Plusieurs dangers menacent le consommateur de ces protéines "pré-digérées". Dans la majorité des cas, ces régimes sont utilisés sans contrôle médical. Il y a perte d'eau et d'électrolytes pendant les premiers jours. Ceci entraîne une diminution du volume du liquide extra-cellulaire, et peut amener une hypotension orthostatique et des évanouissements. Il y a possibilité de perte de potassium avec fatigue musculaire. A long terme, il y a perte de minéraux, de l'acidocétose entraînant de l'hyperuricémie et peut-être de la goutte, ou des calculs rénaux. Il y a souvent atteinte de la fonction hépatique ou endocrinienne, ou des deux. Il y a aussi des problèmes de diarrhée. On a rapporté des morts causées par une arythmie ventriculaire, ou une myocardite avec infiltration leucocytaire.

D'autres complications peuvent survenir après que le régime normal est recommencé: on a rapporté des cas de perforation d'estomac et de pancréatite. Ce type de régime ne doit être utilisé que sous surveillance médicale stricte!

#### *Traitement recommandé*

Malgré les qualités attribuées aux régimes de composition inusitée, les avantages du régime équilibré sont plus grands. Il ne faut pas oublier certaines

réalités métaboliques: la présence des glucides dans l'alimentation épargne les protéines et, si l'apport de calories est égal à la demande, on a besoin de moins de protéines. Il y a une relation dose-réponse entre la quantité de protéines ingérée et le bilan azoté et entre la quantité totale d'énergie et le bilan azoté.

Après avoir évalué les autres possibilités, on en vient à la conclusion que des règles simples de restriction calorique et d'équilibre nutritionnel sont vraiment ce qu'on a de meilleur à offrir! Ce n'est pas étonnant que tant de gens obèses cherchent une façon d'échapper à cette réalité qui est dure et difficile à accepter. On comprend facilement le taux élevé d'échecs, ce programme étant très exigeant et pour le patient et pour le thérapeute. L'obèse finit souvent par conclure que le traitement est pire que la "soi-disant" maladie ou que la crainte de conséquences possibles.

On a aussi reproché aux diététistes d'être "numériques" à l'excès en parlant de diètes de 800 à 1000 calories, et en proposant des menus avec des valeurs caloriques attachées à chaque portion! On a dit que ce sont des raffinements techniques excessifs qui collent mal à la réalité...

Malgré les difficultés et le manque d'attrait probable du régime amaigrissant classique, il demeure à ce jour la façon la plus prudente d'envisager une cure d'amaigrissement. Certains critères doivent être appliqués:

- Malgré le déficit calorique, il doit y avoir une

- distribution équilibrée des calories: 12-14% sous forme de protéines, environ 30% sous forme de lipides (peu de graisses saturées), et le reste sous forme de glucides, avec restriction des sucres concentrés;
- Il faut établir un modèle de base qui servira pour le reste de la vie;
  - Inclure des aliments appétissants et agréables à manger;
  - Voir à préserver et exercer l'appétit;
  - Le goût périodique de manger plus est naturel et signe de santé. Ne pas condamner!
  - Voir à contrôler l'appétit durant la perte de poids, donner des aliments qui ont un effet de satiété;
  - Bâtir le régime autour d'aliments familiers, ne pas trop s'éloigner de l'alimentation usuelle.

### Références

- Atkinson, R.L. Jr. et G.A. Bray: Energy balance in obesity and its relationship to diabetes mellitus, dans *Advances in Modern Nutrition*, Vol. 2. Diabetes, Obesity and Vascular Disease, Chap. 11, par H.M. Katzen et R.J. Mahler, New York, John Wiley & Sons, p. 373, 1978.
- Bray, G.A.: The obese patient, dans *Major Problems in Internal Medicine*, Vol. 9, Philadelphie, Saunders, 1976.
- Fabry, P., J. Fodor et coll.: The frequency of meals: Its relationship to overweight, hypercholesterolemia and decreased glucose tolerance. *Lancet* 2: 614-615, 1964.
- Leveille, G.: The long-term effects of meal-eating on lipogenesis, enzyme activity, and longevity in the rat. *J. Nutr.* 102: 549-556, 1972.

- Marliss, E.B.: Protein diets for obesity: metabolic and clinical aspects. C.M.A. Journal 119: 1413-1421, 1978. (3e partie d'un Symposium sur l'Obésité).
  - Pliner, P.: Influence of psychological (exogenous) and endogenous factors in the regulation of nutritional uptake, dans *Advances in Modern Nutrition*, Vol. 2, Diabetes, Obesity and Vascular Disease, chap. 16, par H.M. Katzen et R.J. Mahler, New York, John Wiley & Sons, p. 551, 1978.
  - Schachter, S.: *Emotion, obesity and crime*. New York, Academy Press, 1971.
-



LA THERAPEUTIQUE DE L'OBESÉ ADULTE  
AU QUEBEC: DIFFÉRENTES APPROCHES

RESUMES DE COMMUNICATIONS LIBRES



Evaluation des traitements offerts dans les studios de santé de la région de Montréal, par M. Ledoux-Peronnet et S. Mavrikakis, Département de nutrition, Université de Montréal.

Afin de réaliser l'inventaire des produits, diètes, exercices et autres formes de traitement accessibles au consommateur, 22 studios de santé ont été visités dans la région de Montréal, ces studios étant utilisés par 18% de la population comme moyen de traiter l'obésité et l'embonpoint. Quatre aspects sont étudiés, soit les aspects diététiques, physiques, monétaires et la qualification du personnel. Les produits vendus contiennent 5 formes de principes actifs, soit agents laxatifs et/ou diurétiques, suppléments vitaminiques et/ou minéraux et/ou protéiques. Aucun des régimes recueillis n'est considéré comme acceptable d'après les critères retenus et leurs insuffisances les plus marquées sont en calcium et en fer. 25.5% des studios possèdent des appareils valables tels que bicyclette et tapis roulant, 40% recommandent la natation et 13% le jogging dans le cadre d'un programme de perte de poids. Les coûts annuels varient de \$90.00 à \$600.00 selon les studios et des spécialistes en culture physique sont généralement responsables de l'enseignement des régimes et des exercices. Des normes spécifiques quant aux exercices et aux régimes prescrits ainsi qu'aux qualifications du personnel nécessaire dans ces studios sont suggérées afin d'améliorer les services offerts au consommateur dans ce contexte. (Recherche effectuée pour l'Office de Protection du Consommateur, Québec).

Evaluation d'un certain nombre de produits spéciaux et plans d'amaigrissement offerts aux obèses de la région de Montréal, par S. Mavrikakis et M. Ledoux-Peronnet, Département de nutrition, Université de Montréal.

Dans la région de Montréal, au cours d'un inventaire effectué en mai 1977 et revu en mai 1978 dans 7 pharmacies, 7 magasins naturistes, 4 magasins d'alimentation et 2 magasins à rayons, 38 produits et plans d'amaigrissement commerciaux ont été répertoriés. Ces produits sont classifiés en plans complets d'amaigrissement, en produits accompagnés d'un feuillet de régime ou de produits additionnels au régime. Vingt-neuf produits ont été évalués à partir des informations disponibles sur l'emballage, d'une analyse chimique des produits et d'une évaluation nutritionnelle, éducative et socio-économique des régimes. Les principes actifs des produits sont de cinq types: agents de volume, anesthésiques, diurétiques, laxatifs et suppléments vitaminiques et minéraux. La dose connue de chacun de ces principes est insuffisante pour produire un effet réel. Aucun des régimes accompagnant les produits n'est jugé acceptable d'après les critères retenus. Des recommandations sont alors faites pour améliorer la protection du consommateur dans ce contexte. (Recherche effectuée pour l'Office de Protection du Consommateur, Québec).

Classification et approche thérapeutique des obèses,  
par P.F. Langelier, Laboratoire de neurobiologie,  
Hôpital de l'Enfant-Jésus, Québec.

De nombreuses études ont souligné l'effet de divers régimes alimentaires et de certains produits pharmacologiques sur la réduction pondérale. Mais la plupart de ces travaux ont souvent porté chez des sujets obèses sans tenir compte de l'hétérogénéité de ce groupe de patients et de leur contexte de vie. Nous avons donc consacré un intérêt particulier à une classification des obèses et à une analyse des conditions dans lesquelles on devrait procéder à l'étude de l'efficacité de certains médicaments. Cent cinquante-trois femmes adultes en traitement ambulatoire pour obésité font partie de cette étude. La prise calorique a été estimée chez chaque patiente. Tous les sujets furent soumis à un questionnaire, un examen physique et à une évaluation biologique. C'est ainsi qu'il a fallu reconnaître au moins 15 groupes de femmes avec un excédent pondéral. En outre, l'emploi de certains médicaments pouvant modifier l'appétit ou altérer le métabolisme lipidique a permis d'apprécier l'utilité d'une telle classification. Ce travail porte également sur l'importance à accorder au contexte dans lequel les différentes épreuves thérapeutiques ont été faites. Nos données suggèrent que la diète seule ou encore l'adjonction d'une thérapie pharmacologique peuvent aboutir à des conclusions contradictoires si l'on ne considère que l'obésité et non les obèses.

Surveillance de la cétonurie pour vérifier l'adhésion diététique chez l'obèse ambulant, par Léo Boyer, André Boyer, Joffre Brouillet et Pierre Biron, Clinique de nutrition H. Bourassa, Montréal.

Un régime restrictif de 800 à 1000 calories, équilibré légèrement cétogénique comportant 60 g de protéines et 70 g de glucides a été prescrit à 1225 patients atteints d'obésité modérée. Le degré de cétonurie a été mesuré sur la première urine du matin 4 fois par semaine pendant la période d'amaigrissement. La perte de poids hebdomadaire moyenne a été de 1,8 livre (810 g) et le score hebdomadaire moyen de la cétonurie de 6,2. La corrélation entre la variabilité hebdomadaire de la cétonurie était de  $r = 0,566$  ou  $r^2 = 32\%$  ( $p < 0,001$ ). La perte de poids moyenne pour chaque unité de cétonurie était de 0,3 livre (135 g). Lors de la consultation hebdomadaire, vis-à-vis un échantillon urinaire sans corps cétoniques le médecin discutait avec le patient du journal alimentaire de la journée précédente afin d'y détecter les écarts particulièrement ceux en regard des glucides. Les patients ont été encouragés non plus à se fier à la balance déroutante mais plutôt à maintenir un degré de cétonurie, témoin fidèle de l'adhésion à ce régime hypocalorique. Après une période de 5 ans, 29% des 1225 patients admis conservaient un poids et un pli cutané tricipital normal.

Recherche sur l'obésité de 1974 à 1979, par M. Samson et J. Drouin, Unité de médecine familiale du Centre hospitalier de l'Université Laval.

But des recherches: En concertant les connaissances de différentes disciplines, améliorer le traitement de l'obésité.

Champ de pratique A: Deux groupes d'obèses (10) auxquels s'est jointe une équipe formée d'un médecin, d'un nutritionniste, d'un travailleur social, d'un éducateur physique et d'un animateur, pour fournir aux groupes des connaissances propres à chaque discipline. Nous nous attendons à ce que chaque obèse trouve sa solution à long terme. Expérimentation: 20 semaines. Résultat équivalent aux autres méthodes d'intervention.

Champ de pratique B: Un groupe de croissance personnelle (8 ind.); moniteurs, 2 t.s.p. Hypothèse de travail: L'obésité est utilisée comme mécanisme de défense propre à chaque individu. Rendre l'individu conscient de ce mécanisme et le remplacer par un autre plus satisfaisant rend l'obèse disponible à maigrir. Expérimentation d'une durée de 12 semaines.

Champ de pratique C: Acupuncture: Moniteur Jean Drouin. Cette partie fait l'objet d'une autre communication.

L'obésité, un problème héréditaire, de nutrition ou psychologique? Un point de vue holistique d'après la méthode d'Alfred Adler, par Liliane Bensinger, coordinatrice de l'Association pour la psychologie adlérienne de Montréal.

Alfred Adler, face au problème de l'obésité, considère que l'important n'est pas de savoir si l'obèse a réellement (a) un problème d'hérédité; (b) un organe malade, faible ou ressenti comme tel; (c) un problème de malnutrition ou (et) (d) un problème psychologique, mais surtout comment l'individu perçoit son problème et comment il entend, de manière holistique (dans toute sa personne), le régler. L'obèse doit prendre conscience de (1) l'influence de son milieu culturel et social; (2) son style de vie, c'est-à-dire la façon dont il fonctionne dans son intégralité; (3) ses sentiments ambivalents face à son problème et (4) la manière avec laquelle il le résoud ou pourra le résoudre. C'est dans un changement progressif mais profond du style de vie qu'on trouvera l'élément-clé du traitement de l'obésité.

La thérapie de groupe à l'HDM, par H. Légaré, L. Brunet, A. Sauvageau et A. Busson, Hôpital-Dieu de Montréal.

Il s'agit d'une thérapie qui a été mise sur pied en 1976 par une équipe multidisciplinaire. D'une durée de 15 semaines, elle se base sur un programme qui associe la méthode du comportement modifié à d'autres mesures comme l'éducation sur le plan de la nutrition et l'entraînement à certains exercices physiques. Le contexte du groupe est l'instrument principal du soutien psycho-affectif dans l'entreprise d'amaigrissement. Apprendre à l'obèse à élaborer et à utiliser pour lui-même un régime adapté à ses besoins, l'inciter à un mode de vie moins sédentaire tout en le réconciliant avec son corps, lui enseigner des techniques de contrôle sur les déterminants intérieurs et extérieurs de son comportement alimentaire, sont les points importants du rationnel de la thérapie. Les résultats peuvent varier beaucoup d'une patiente à l'autre en termes de déperditions pondérales, mais si on prend des critères tels que la diminution du niveau d'anxiété, une capacité plus grande d'indépendance et un degré plus élevé de volontarisme, le traitement semble supérieur aux moyens habituels. Pour certaines patientes, le succès dans le maintien des pertes de poids dépend de la disponibilité de thérapeutes substitus après le traitement.

L'auriculothérapie dans le traitement de l'obésité,  
 par J. Drouin, H. Solinas, C. Ruel et C. Beloin,  
 Unité de médecine familiale, Centre hospitalier de  
 l'Université Laval et Institut d'acupuncture du  
 Québec.

Par l'approche d'une équipe multidisciplinaire composée d'un médecin, de trois acupuncteurs et d'une infirmière, nous tentons de prouver la supériorité du traitement de l'obésité par l'auriculothérapie (aiguilles à demeure) sur les méthodes traditionnelles de traitement de l'obésité. Il s'agit d'un projet de recherche avec vingt-cinq individus obèses, mené au C.H.U.L. sur une période de neuf semaines avec une relance d'un an.

Effets métaboliques de diètes hypocaloriques chez l'obèse, par Réjeanne G. Reyburn, Hôpital Notre-Dame.

L'administration à des sujets obèses, de diètes hypocaloriques à composition variable en protéines, lipides et hydrates de carbone induit des modifications métaboliques qui démontrent qu'après une période d'équilibration avec sa perte hydrique, un régime de 750 calories est en mesure de dépléter le stock lipidique et de réduire la glycémie et la lipémie sans entamer les capitaux hydrique et protéique, s'il fournit au moins 70 grammes de protéines complètes.

Les groupes d'entraide populaire: principe et évaluation, par Manon Pedneault-Cadieux, Département de nutrition, Université de Montréal.

Suite à un inventaire effectué au Québec sur les différents groupes d'entraide populaire pour le traitement de l'obésité, tels "Weight Watchers", "Tops", etc., les résultats de l'évaluation de l'ensemble du traitement sont donnés quant à la perte de poids réelle, au maintien de cette perte de poids et aux coûts globaux de chaque traitement. Le principe de base de même que les modalités d'application de chacun de ces traitements sont discutés.

Etude de certains facteurs susceptibles d'influencer le degré d'adhésion au traitement de l'obésité, par M.H. Nadeau et M. Pépin, Département de nutrition, Université de Montréal.

Si l'on sait que le degré d'adhésion au traitement de l'obésité est très faible, les facteurs influençant la fidélité à ce traitement restent peu connus. On a donc évalué l'influence de certains facteurs reliés soit à la maladie elle-même, soit au milieu où vit le patient, soit aux modalités du traitement sur le degré d'adhésion à ce traitement. Quarante-trois obèses âgés de 20 à 45 ans et exempts de toute autre pathologie ont participé à l'étude. Celle-ci comprenait l'examen rétrospectif du dossier médical, l'application d'un questionnaire et une entrevue. Les résultats montrent que ni les antécédents héréditaires d'obésité, ni l'âge d'apparition de cette maladie n'influencent la fidélité au traitement. Parmi les

facteurs inhérents au milieu, on observe un degré d'adhésion décroissant lorsque l'obèse vit seul, avec d'autres personnes que ses parents, ou avec ces derniers. Les facteurs reliés au traitement lui-même ont peu d'influence, à l'exception de la fréquence des visites qui exerce un effet significatif.

La consultation diététique pour cure d'amaigrissement,  
par G. Cimon et F. Martineau, Département de nutrition, Faculté de médecine, Université de Montréal.

Une enquête conduite auprès des diététistes-cliniciens du Québec avait pour but d'examiner les pratiques cliniques qu'ils adoptent lors de l'administration de cures d'amaigrissement à leur clientèle. Cette étude descriptive des pratiques cliniques découle de la compilation des réponses à un questionnaire distribué par courrier postal et d'un modeste échantillon de 69 diététistes. L'analyse des données a servi à établir une distinction parmi les pratiques cliniques actuelles c'est-à-dire à reconnaître toute pratique courante lorsqu'elle est adoptée par 70% des participants par opposition aux pratiques dites peu courantes. Les résultats indiquent que la majorité des participants travaillent en milieu urbain et font de la consultation à temps partiel. Les pratiques courantes identifiées indiquent que le diététiste-clinicien demeure traditionnel dans son approche clinique: favorisant des consultations individuelles avec sa clientèle et utilisant un régime calculé seul ou combiné à des activités physiques. Le diététiste-clinicien semble centrer son

action sur l'obésité et l'aspect clinique du traitement et tend à faire un emploi limité des techniques comportementales, du journal alimentaire, des sessions de groupe et des visites de contrôle à intervalles rapprochés.

Pro mieux-vivre: des techniques de communication modernes pour l'obèse, par R. Prescott et M. Larocque, Verdun.

L'obésité, une maladie à la recherche du malade. Pro mieux-vivre est une approche multidisciplinaire qui tient compte de tout l'individu-obèse: thérapie de comportement, affirmation de soi, biofeedback, diététique, exercices. Comment communiquer toute cette science de comportement?

-moyens audio-visuels modernes: diaporamas, bandes sonores, émissions de télévision, mis au point par des spécialistes en communication et avec la participation de comédiens.

-thérapie de groupe avec psychologue.

-thérapie individuelle avec médecin, psychologue et diététiste.

-véhicule de communication: l'organigramme du réflexe conditionné.

-philosophie de communication: aimer, s'aimer et être aimé pour vivre mieux. Le succès de pro mieux-vivre, c'est la volonté du patient à vouloir changer tout en participant d'une façon quotidienne et prolongée. Pro mieux-vivre, c'est aussi différents projets de recherche clinique et statistique.

Approche de groupe de l'obésité en milieu rural, par M. Alary, C.L.S.C., Lac Etchemin.

Le traitement des obèses a débuté en 1975 alors que, souffrant moi-même d'obésité et ayant réussi de beaucoup à améliorer ma condition, je décidai d'essayer avec l'aide d'un groupe, d'aider d'autres personnes qui pouvaient désirer normaliser leur poids. Au début, j'étais seul dans cette entreprise qui commença donc "à la bonne franquette". Je fis de la publicité à ce sujet et je commençai en janvier 1976 avec 28 personnes inscrites. Ces sessions étaient ouvertes à toutes les personnes ayant des problèmes de poids. On y donnait une diète équilibrée (1200, 1400, 1600 calories), des encouragements, des recettes, des informations sur la santé et l'alimentation. Le groupe fluctua beaucoup sur deux ans en nombre de participants et en réussite. Pendant cette période, je reçus l'aide d'une infirmière et nous avons commencé un autre groupe similaire à St-Camille, autre village de notre région. Nous avons tenté à un moment donné d'inclure un programme de conditionnement physique aux sessions avec plus ou moins de succès. Depuis environ 10 mois, une diététiste s'est jointe à nous. Nous avons décidé de nous arrêter pour analyser notre expérience antérieure. Nous présentons d'ailleurs ici quelques statistiques. Nous nous préparons à recommencer bientôt sur une base différente, en insistant plus sur de meilleures connaissances en nutrition basées sur le GAC et en aidant surtout les gens à connaître et à améliorer leur comportement alimentaire, plutôt qu'à suivre un régime pour perdre du poids.

Modification du style de vie et amélioration de certaines mesures biochimiques chez des femmes obèses,  
par A. Cormier, M. Préfontaine et C. Gaudet-Leblanc,  
Centre universitaire de Moncton.

On a comparé trois types d'intervention auprès de femmes obèses. Un total de 234 femmes furent divisées en trois groupes selon leur localité géographique. Dans une région, le traitement fut axé sur la modification du style de vie; dans une 2e, il fut basé sur l'éducation nutritionnelle; dans une 3e, on combina les deux traitements. Des rencontres hebdomadaires eurent lieu durant 14 semaines puis à chaque mois durant une année. A chaque rencontre on pesait les sujets. Au début, après trois mois et après un an d'intervention, on mesura le cholestérol, les triglycérides et le glucose sanguin. On fit remplir à ces moments des questionnaires pour mesurer l'état d'humeur, le profil alimentaire et certains aspects du style de vie. Les résultats indiquent qu'il y a des interrelations significatives entre les traitements administrés et les données biochimiques. Des 61 cas d'anormalités biochimiques du début, il y en restait 25 après trois mois. Les résultats obtenus après un an sont encourageants.  
(Subventionné par Santé et Bien-être social Canada).



SYNTHESE DES ATELIERS

Lise Bertrand, D.S.C. Sacré-Coeur

A- *Planification du comité des ateliers*

En vue de répondre à l'objectif principal du colloque qui visait à trouver des éléments prospectifs dans l'approche thérapeutique de l'obèse adulte, le comité des ateliers a jugé bon de tenir deux rencontres, l'une avec les obèses, l'autre avec les participants du colloque (majoritairement des professionnels).

Il était primordial pour nous d'obtenir l'opinion des principaux intéressés (les obèses) sur le type d'approche qu'ils avaient déjà expérimenté, sur les intervenants qu'ils avaient rencontré et sur les services qu'ils aimeraient maintenant recevoir. Les opinions obtenues devaient constituer le guide de la discussion du vendredi matin, avec les participants au colloque.

B- *Ateliers avec les obèses*

Une invitation avait été faite au public durant les semaines précédentes, dans les journaux, à la radio et à la télévision. On insistait alors sur le fait qu'on attendait beaucoup de l'expérience des

obèses et qu'eux ne devaient pas s'attendre à obtenir de "nouvelles recettes d'amaigrissement"...

Le nombre possible d'inscriptions avait été limité à deux cents. Cent personnes, toutes obèses et en majorité des femmes, se sont présentées au rendez-vous. Il nous a semblé que ces participants avaient déjà expérimenté un plan d'amaigrissement quelconque.

Huit ateliers se sont formés et la soirée s'est ainsi déroulée entre 19h30 et 22h00.

#### 1- *Accueil et consigne*

Après avoir accueilli ses participants, chaque animateur distribuait la consigne suivante:

"Nous allons ensemble faire semblant que nous avons reçu \$200 000 pour organiser dans notre quartier un centre de services pour personnes obèses. Notre travail consiste à administrer ce fonds. Il faut choisir ce que nous allons faire avec. Voici comment nous allons procéder: nous allons d'abord dire tout ce que nous pourrions faire, sans le critiquer. Cela peut prendre 15 minutes. Ensuite, nous allons choisir quelles sont les suggestions que nous gardons. Pour faire cela, nous allons critiquer les suggestions et passer au vote. Cela va prendre 45 minutes. Et, finalement, nous allons partager le montant de \$200 000 entre les diverses suggestions que nous aurons retenues. Cela va aussi prendre 15 minutes".

L'animateur avait déjà en main une liste de suggestions d'intervenants possibles qu'il allait proposer

s'ils n'avaient pas été mentionnés (voir annexe I). A cette liste se sont ajoutées d'autres suggestions venues des participants aux ateliers.

Le vote se prenait ensuite sur les suggestions d'intervenants pour en retenir cinq. Ceux-ci allaient devenir les intervenants souhaités par le groupe dans le centre de traitement à mettre sur pied. Puis on passait à la discussion importante, à savoir celle des fonctions attribuées à chacun de ces intervenants, des qualités et de la compétence qu'on en attendait.

Evidemment les suggestions ont été nombreuses. De même les discussions ont été riches en reproches vis-à-vis de plusieurs professionnels, les médecins surtout, mais riches également en souhaits quant aux attitudes et aux qualités de ces professionnels.

Le travail du comité a consisté, le même soir, à regrouper les discussions des huit ateliers et à résumer les suggestions et les fonctions retenues par la majorité.

Les intervenants que choisiraient les obèses s'ils recevaient un montant d'argent pour mettre sur pied un centre de services sont dans l'ordre suivant: le diététiste, le médecin, le psychologue, l'éducateur physique et un ancien obèse (Voir annexe II).

Il faut souligner que les pourcentages de vote sur chaque intervenant étaient compilés avant qu'on ne leur attribue les fonctions.

Ainsi on remarquera plus loin que le médecin a été le deuxième intervenant choisi mais, au cours de la discussion, on lui a attribué moins de fonctions qu'aux autres membres de l'équipe. On a plutôt discuté

de ce qu'on attendait de ses attitudes.

2- *Fonctions attribuées aux intervenants choisis par les obèses*

a- *Dietétiste:*

- Planifie un régime personnalisé qui tient compte des repas pris à l'extérieur.

- Donne des conseils pratiques sur quoi et comment manger et des informations sur les nouveaux produits.

- Pratique la thérapie de groupe et individuelle.

- Doit savoir travailler avec des groupes.

- Doit être motivé, humain, simple, réaliste (on lui reproche d'être snob).

- On souhaiterait qu'il soit un ancien obèse.

b- *Médecin:*

- Détermine le bilan de santé puis le traitement des maladies s'il y a lieu.

- Doit être un spécialiste de l'obésité vraiment intéressé à ce domaine de la médecine.

- N'utilise aucun gadget (protéines liquides, médicaments, injections, etc.) ni aucun autre type d'exploitation.

- Doit être compréhensif, humain, chaleureux, empathique (on lui reproche d'être incapable d'écouter le client).

- On souhaiterait qu'il soit aussi un ancien obèse.

c- *Psychologue:*

- Réussit à convaincre, à motiver les obèses.

- Ecoute et parle avec eux.
- Trouve des solutions à l'obésité avec les clients.
- Fait de la recherche.
- Pratique la thérapie de groupe et individuelle.
- Connaît et enseigne les techniques de relaxation.

*d- Educateur physique:*

- Evalue la condition physique et suggère des exercices adaptés à chacun principalement pour se tenir en forme.
- Organise des sessions d'activité physique spécifiques aux obèses.
- Enseigne la physiologie de l'exercice.
- Fournit des moyens de dépenser plus d'énergie dans les activités quotidiennes.
- Doit être dynamique, motivant, encourageant.

*e- Ancien obèse:*

- Témoigne de son expérience personnelle.
- Accueille les gens, les met à l'aise dans le groupe.
- Anime des groupes.
- Stimule la motivation.
- Conseille, comprend, encourage les obèses; est très disponible.

Note: Les obèses considèrent que les services qui ont fait l'objet de discussion à la rencontre devraient être offerts dans les C.L.S.C.

### 3- *Les facteurs psycho-sociaux reliés à l'obésité.*

Au cours de la deuxième partie de l'atelier, deux listes de réponses possibles correspondant aux questions: "Pourquoi les Québécois mangent-ils mal?" (annexe III) et "Pourquoi les Québécois sont-ils inactifs physiquement?" (annexe IV) ont été distribuées aux participants. Sur chacune de ces listes, chaque participant a noté les cinq facteurs psycho-sociaux qu'il croyait les plus reliés à l'obésité au Québec.

Nous rapportons en annexe III et IV les cinq facteurs les plus souvent retenus par l'ensemble des ateliers, pour chacune des listes. Nous indiquons aussi la proportion des participants qui les ont choisis.

Note: Les participants aux ateliers du jeudi soir ont demandé que les résultats de leur travail leur soient envoyés avec les recommandations des participants au colloque.

### C- *Ateliers avec les participants au colloque*

Nous avons utilisé les résultats des discussions de la soirée publique pour amorcer les échanges des participants au colloque sur les objectifs de celui-ci.

Cent quarante et un participants au colloque ont été regroupés en douze ateliers. Les participants étant en majorité des diététistes, nous avons fait en sorte que l'un ou l'autre des intervenants tels que médecins, éducateurs physiques, psychologues, animateurs, etc., soient représentés dans chacun des douze ateliers.

Nous rappelons que l'objectif spécifique de ces ateliers était de formuler des recommandations sur l'orientation à donner à la thérapeutique de l'obèse adulte.

#### 1- *Discussion sur les intervenants*

Les participants n'ayant pas été invités la veille ont été initiés au déroulement de la discussion. La liste d'intervenants possibles dans le traitement des obèses (annexe I) a été distribuée à chacun en lui demandant de choisir cinq intervenants qu'il souhaiterait dans un centre de services aux obèses.

Les résultats du groupe ont été comparés avec ceux de la veille. De même les fonctions qui avaient été attribuées aux intervenants par les obèses leur ont été décrites.

Les mêmes intervenants ont été sélectionnés par l'ensemble des participants au colloque mais dans un ordre différent: diététiste, éducateur physique, médecin, psychologue, ancien obèse (voir annexe II).

La discussion sur la comparaison des résultats s'est terminée par un ensemble de recommandations.

#### *Recommandations concernant les intervenants*

- Nécessité d'une équipe multidisciplinaire. Chaque intervenant de l'équipe multidisciplinaire doit être sensibilisé aux différents aspects de l'obésité pour favoriser le traitement global.

- Des lacunes existent dans la formation des divers professionnels; on suggère donc que l'université contribue à l'apprentissage du travail en équipe multidisciplinaire.
- Considérer et utiliser parmi les intervenants les associations ou groupes d'obèses.
- Le ministère des Affaires sociales doit prendre à sa charge le coût de l'équipe multidisciplinaire, composée d'un diététiste, d'un psychologue, d'un éducateur physique, d'un médecin et d'un ancien obèse.
- La Direction de la Protection de la Santé doit contrôler beaucoup mieux la qualité et le nombre des produits offerts aux obèses.

2- *Discussion sur les facteurs psycho-sociaux reliés à l'obésité*

Les deux listes correspondant aux questions:

"Pourquoi les Québécois mangent-ils mal?" (annexe III) et "Pourquoi les Québécois sont-ils inactifs physiquement?" (annexe IV) ont été distribuées. Les résultats sont rapportés aux annexes III et IV.

Comme suite à ces résultats, les recommandations suivantes ont été formulées:

Question: "Pourquoi les Québécois mangent-ils mal?"

A. *Par le media de la télévision*

1. *Publicité:*
  - Augmenter la promotion de la bonne alimentation.
  - Réglementer les annonces publicitaires et les heures de leur diffusion.
  - Etendre la restriction de la publicité adressée aux enfants, aux émissions dites "pour toute la famille" et aux émissions sportives.

2. *Education:* -Augmenter le nombre d'émissions d'éducation en matière d'alimentation et d'éducation physique aux plus grandes heures d'écoute.

B. *Autres*

3. Aider les obèses à prendre conscience des facteurs psycho-sociaux reliés à l'obésité.
4. Faire participer davantage les obèses à la planification et à l'exécution des programmes qui leur sont destinés.

Question: "Pourquoi les Québécois sont-ils inactifs physiquement?"

- Promouvoir l'éducation physique dès l'enfance.
- Renforcer les mouvements tels que ceux déjà amorcés par Kino-Québec.
- Promouvoir l'exercice physique autant que le sport.
- Enseigner et promouvoir l'intégration de l'exercice physique dans la vie courante.
- Augmenter la disponibilité et l'utilisation des installations existantes et en réserver des heures d'accès pour les obèses.
- Favoriser l'exercice physique au travail.
- Former un comité mixte pour la promotion de l'activité physique et de l'alimentation.
- Développer des programmes d'activité physique spécifiques aux obèses.

D- *Pause-exercice*

Monique Astalos, éducateur physique, s'est chargée de mettre en mouvement la plupart des participants à l'aide d'exercices accompagnés d'une musique entraînante.

Ce programme de pause-exercice connaît une popularité de plus en plus grande dans certains milieux de travail.

Les commentaires reçus ont été très positifs et on souhaite ardemment que s'implante une telle pratique dans ce type de rencontre.

---

ANNEXE ISuggestions d'intervenants dans le traitement  
des obèses

Acupuncteur	Plasticien
Animateur de groupe	Psychologue
Bénévole	Publiciste
Chercheur en pharmacologie	Relaxologue
Chirurgien	Travailleur social
Cuisinier	Psychiatre
Diététiste	Physiothérapeute
Educateur physique	Chercheur en obésité
Gourou	Ancien obèse
Hypnologue	Sociologue
Infirmière	Endocrinologue
Masseur	Technicien en loisirs
Médecin	Cardiologue
Naturopathe	Couturier
Nutritionniste	

ANNEXE IIIntervenants choisis pour un centre de  
services aux obèses

Ateliers avec les obèses		Ateliers avec les participants au colloque	
Diététiste	80%	Diététiste	89%
Médecin	71%	Educateur physique	82%
Psychologue	59%	Médecin	80%
Educateur physique	49%	Psychologue	77%
Ancien obèse	39%	Ancien obèse	30%

14. Parce qu'il fait froid 8 mois par année et il faut manger beaucoup
  15. Parce que nos mères nous ont mal nourris et mal éduqués sur les aliments (4<sup>o</sup>) 37%
  16. Parce qu'on aime les gros bébés
  17. Parce que les maris aiment les grosses femmes (vice versa)
  18. Parce qu'on est angoissé et on mange toujours (3<sup>o</sup>) 41%
  19. Parce que c'est le seul plaisir que nous avons
  20. Parce qu'on travaille fort et il faut manger beaucoup
  21. Parce qu'il n'y a pas d'information pour nous dire quoi manger
-

ANNEXE III

Pourquoi les Québécois mangent-ils trop ou mal?

	Choix	
	Obèses	Participants au colloque
1. Parce qu'il y a trop de publicité sur les aliments	(5 <sup>0</sup> ) 34%	(2 <sup>0</sup> ) 54%
2. Parce qu'on vit dans une société de consommation		(1 <sup>0</sup> ) 59%
3. Parce que c'est très facile de se procurer des aliments		
4. Parce que je mange au restaurant tous les jours		
5. Parce que la "bouffe" est une valorisation sociale		
6. Parce qu'on s'ennuie	(5 <sup>0</sup> ) 34%	(4 <sup>0</sup> ) 43%
7. Parce qu'on n'a pas appris à bien manger	(2 <sup>0</sup> ) 48%	(1 <sup>0</sup> ) 59%
8. Parce qu'on n'a pas assez de volonté pour se priver	(1 <sup>0</sup> ) 55%	
9. Parce qu'on aime ça manger	(2 <sup>0</sup> ) 48%	
10. Parce qu'on a beaucoup de temps pour manger		
11. Parce qu'on n'a pas les moyens financiers de se procurer d'autres types d'aliments que ceux qui font grossir		
12. Parce qu'il n'y a pas d'information pour nous dire comment manger		
13. On mange ou préfère n'importe quoi de vite fait		(3 <sup>0</sup> ) 46%

## ANNEXE IV

Pourquoi les Québécois sont-ils inactifs physiquement?

	Choix	
	Obèses	Participants au colloque
1. Parce que tout est mécanisé et on n'a plus à travailler physiquement	(2 <sup>o</sup> ) 54%	(1 <sup>o</sup> ) 85%
2. Parce que c'est très facile de ne rien faire	(2 <sup>o</sup> ) 54%	
3. Parce qu'on n'a pas appris à faire de l'exercice et on ne sait pas quoi faire		(3 <sup>o</sup> ) 62%
4. Parce qu'on n'a pas le temps de faire de l'exercice	(4 <sup>o</sup> ) 39%	(4 <sup>o</sup> ) 47%
5. Parce qu'on manque d'information sur les endroits et les installations pour faire de l'exercice		
6. Parce que c'est dangereux de faire de l'exercice		
7. Parce que c'est ennuyant de faire de l'exercice et on n'aime pas ça	(5 <sup>o</sup> ) 30%	
8. Parce qu'on est seul pour faire de l'exercice	(3 <sup>o</sup> ) 50%	(5 <sup>o</sup> ) 44%
9. Parce qu'il fait trop chaud ou trop froid pour faire de l'exercice		
10. Parce qu'on est trop vieux pour faire de l'exercice		
11. Parce qu'on est trop gros pour faire de l'exercice		
12. Parce que ma femme ou mon mari ne veut pas que je fasse de l'exercice		
13. Parce qu'on n'a pas assez de volonté pour faire de l'exercice	(1 <sup>o</sup> ) 66%	(2 <sup>o</sup> ) 71%



CONCLUSION

J.-G. Boileau

Les organisateurs du colloque ont fait preuve d'une vision très prospective en réalisant une première québécoise, c'est-à-dire en ouvrant les portes de l'université aux obèses. En effet, non seulement ils sont venus pour participer aux ateliers préparés pour eux, mais certains ont même pris part aux ateliers de ce matin, réservés exclusivement aux professionnels. Voilà l'exemple vécu et planifié d'un mariage socio-scientifique et je suis fier de vous présenter trois représentantes de l'Association de Rééducation Alimentaire (ARA) de Valleyfield. Bravo, mesdames!

Je veux d'abord remercier tous ceux et celles qui, depuis septembre 1977, ont travaillé à mettre sur pied ce colloque. Ce fut une expérience gratifiante, car nous avons vécu ensemble durant un an et demi une vraie multidisciplinarité où le dynamisme créé par l'addition de plusieurs disciplines s'est cristallisé harmonieusement dans cette réalisation. Je dois ajouter que la motivation qui animait chacun d'entre nous était réellement sentie, car on tenait fortement à le réussir, ce colloque sur la thérapeutique de l'obèse adulte. Que j'aimerais être persuadé

que les obèses de la province (ils sont un million et plus) jouissent des bienfaits d'une telle multidisciplinarité dans les traitements qu'on leur offre. J'en doute fort! ---Je tiens enfin, au nom de tous les responsables du colloque, à remercier le département de nutrition de l'Université de Montréal pour sa magnifique collaboration ainsi que les organisateurs de l'ACFAS qui nous ont permis de nous joindre à leurs activités scientifiques.

L'objectif majeur du colloque était d'inventorier l'éventail des réalisations québécoises concernant la thérapeutique de l'obèse adulte. Cet objectif, je pense, nous l'avons atteint fort bien, même si nous déplorons le fait que la participation anglophone n'ait pas été plus importante, peut-être à cause de l'absence de services pour assurer la traduction simultanée. Pour ce qui concerne la synthèse du colloque, je ne vous ferai pas l'affront d'en tirer pour vous les conclusions. Chacun a une perception personnelle et limitée du traitement de l'obèse et un tel niveau perceptuel doit subir un long processus de maturation pour que chacun arrive à une compréhension décente de ce problème. Je souhaite seulement que chacun puisse trouver dans ces deux jours matière à réflexion pour élargir sa perception propre et ainsi devenir de plus en plus "aidant" pour la société.

J'en arrive maintenant à une autre préoccupation: à l'automne 1973, nous avons tenu un colloque sur la nutrition à l'Université Laval. Ce fut une expérience unique et très enivrante, mais qui m'a laissé un goût

amer parce que nous n'avons pu assurer un suivi à ces assises. Dans l'euphorie du moment, nous avons commis la maladresse de lier le prolongement du colloque à l'existence d'un secrétariat subventionné par les deniers publics. Hélas! nous n'avons jamais reçu de subsides et nos rêves de créer une société québécoise de nutrition se sont évanouis en fumée. Une telle erreur fait partie intégrante de l'apprentissage normal et je me suis promis de ne pas la répéter. Alors, comment assurer un lendemain à ce colloque-ci?

---D'abord, en désirez-vous un? ---Dans quelle direction doit s'exercer cette action? ---Pourquoi ne nous servirions-nous pas de ce colloque comme bougie d'allumage pour structurer un organisme bénévole axé sur la multidisciplinarité et voué à la promotion de l'excellence de la thérapeutique de l'obèse? - Existe-t-il un obstacle majeur?

Un simple coup d'oeil dans cette salle nous apporte déjà une réponse très éloquente. Regardez! Qui êtes-vous? Des diététistes surtout, quelques psychologues, quelques éducateurs physiques ou autres. Ceux qui devraient être ici parce que, culturellement, c'est à eux qu'on s'adresse quand on se perçoit obèse, c'est-à-dire les médecins, où sont-ils? ---Ce sont eux encore qui possèdent la plus grande crédibilité auprès du public. La méritent-ils dans le domaine de la thérapeutique de l'obèse? On n'a seulement qu'à considérer la grandeur et l'importance commerciale de l'empiètement para-professionnel dans le traitement des obèses pour bien comprendre le bas niveau de crédibilité auquel nous sommes arrivés. N'importe qui semble

faire presque aussi bien qu'un professionnel.

A mon avis, il s'agit d'une aberration profonde dont les obèses sont les premières victimes. Ils consultent les plus incompetents et écartent du revers de la main la compétence réelle fournie par les sciences de l'agir humain et de la nutrition. C'est une situation profondément frustrante pour les diététistes, psychologues, éducateurs physiques ou autres, d'autant plus que la performance des médecins dans la thérapeutique de l'obèse s'est avérée à peu près nulle durant les trente dernières années. L'omniscience paternaliste, sous le couvert de laquelle la médecine a trop longtemps oeuvré, s'est avérée, en fait, une fausse assurance de qualité et d'efficacité. Cette attitude d'omniprésence pas toujours désirée et de plus en plus critiquée a eu un effet de freinage sur l'acceptation d'autres disciplines et on comprend pourquoi les autres professionnels n'ont réussi que très timidement à s'infiltrer dans ce champ d'activités cliniques.

Est-ce que j'ai bien entendu? Vous aimeriez carrément qu'on démedicalise le traitement? Est-ce bien le voeu de l'assistance? ---Qui propose, qui seconde? Vous n'êtes pas sûrs de ce que je veux dire? C'est pourtant clair. Il faut détruire le mythe de l'importance du médecin et rétablir l'équilibre des forces intervenantes dans le traitement des obèses. Quand je pense que ce sont les absents d'aujourd'hui qui seront les plus présents et les plus puissants pour bloquer l'action correctrice et créatrice que nous sommes appelés à lancer dans les mois qui viennent.

Je n'ai pas l'impression de nuire à mes confrères par une prise de position aussi claire. Au contraire, admettre une telle réalité est la première étape d'un changement et c'est à nous d'abord qu'une telle responsabilité incombe. A chaque fois que nous n'avons pas réagi avec assez de vigueur, de clairvoyance et de dirigisme pour prendre en main et corriger une situation sociale déplorable comme l'état de banalisation auquel est arrivée la thérapeutique de l'obèse, la société l'a fait sans nous; dans ce domaine particulier qu'est le traitement de l'obésité, je considère la performance médicale comme modérément honteuse. Cependant, celle des para-professionnels n'est pas elle-même enviable et une telle faillite globale n'est que le reflet de la qualité de la société dans laquelle on vit. Le fardeau de l'échec, tout le monde doit le porter! Admettre la faiblesse des médecins, ce n'est pas confirmer implicitement la force des autres professionnels. Tant et aussi longtemps que ceux-ci seront d'habiles prescripteurs de technique sans connaissances adéquates de la psycho-dynamique humaine et de la relation d'aide, notre intervention n'est qu'une techno-mécanique déshumanisée et déshumanisante.

Tout le monde parle de multidisciplinarité, tous désirent la pratiquer, mais demandez à ceux qui ont travaillé avec différentes disciplines, quel tour de force ils ont dû réaliser pour former une vraie équipe. A mon avis, la multidisciplinarité doit d'abord se vivre au niveau de l'université. Lorsque nos diplômés seront lancés dans la bataille, on sentira beaucoup

moins le caractère artificiel de leur intervention. On devra donc réviser le programme des cours dans les disciplines intéressées et effectuer les ajustements qui s'imposent pour en faire des thérapeutes humanistes et non seulement des techniciens.

On pourrait énumérer une liste très ronflante de recommandations pour se convaincre, dans le fond, que le colloque a été très important. Hélas! je ne crois pas qu'on doive investir inutilement des énergies à entretenir des rêves qui ne verront jamais le jour. A mon avis, il est préférable de réaliser peu, mais d'être sûrs de le faire. A cause des restrictions budgétaires dans les différents ministères provinciaux, on ne doit pas attendre l'aide de qui que ce soit. Il faut employer l'arme qui nous reste, le bénévolat, et s'en servir au maximum. Si vous n'êtes pas disposés à travailler "pro Deo", on ne peut progresser; mais dans quel sens doit-on le faire? Pour réussir le marketing de la multidisciplinarité, il faut commencer par rassembler les intervenants actuels et potentiels, créer un organisme représentatif de ces différentes forces. Il s'agit d'une aventure essentiellement socio-scientifique, pour articuler l'action d'abord entre les professionnels, d'une part, et entre ces derniers et les consommateurs, d'autre part. Les objectifs de l'organisme sont clairs:

1. Vivre une multidisciplinarité professionnelle en y incorporant les consommateurs au même titre.
2. User de tous les moyens possibles pour promouvoir l'excellence de la thérapeutique chez l'obèse.

3. Rebâtir la crédibilité scientifique et commercialiser ce champ d'activités cliniques.
4. Etre un instrument de pondération socio-écologique, etc.

Maintenant, vous pouvez quitter cette réunion en vous disant que les changements qu'on souhaite sont la responsabilité de vos corporations professionnelles et que vos cotisations annuelles servent partiellement à cette fin.

Si c'est votre décision, je la respecte, mais je m'interroge douloureusement sur le genre de collégialité que vous pratiquez ainsi que celui de votre responsabilité sociale. Vous voulez vous aider? Vous ne tenez pas à ce que les retombées possibles de ce colloque disparaissent sous la poussière des tablettes à Québec ou ailleurs? Venez à la réunion qui aura lieu le 30 mai 1979 à 19h30 à l'amphithéâtre D-0305, au Pavillon des sciences sociales de l'Université de Montréal.

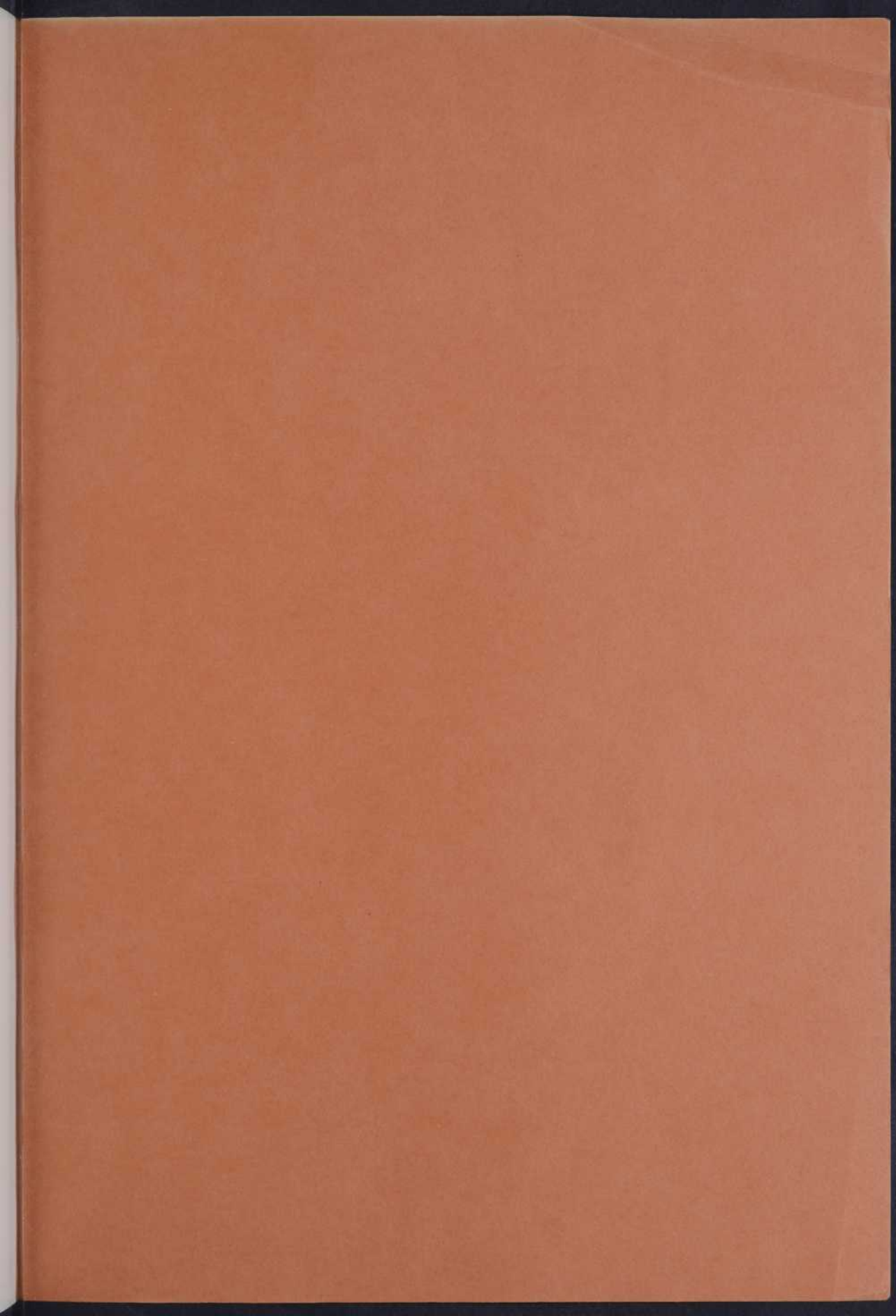
---











BNQ



000 229 664

