



# L'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids

Éléments d'une  
problématique et  
réflexions pour l'action

WD  
210  
S294  
2000

INSPQ - Montréal



3 5567 00000 0072

Le Collectif action  
alternative en obésité

En collaboration avec :

Québec   
Ministère de  
la Santé et des  
Services sociaux

 RÉGIE RÉGIONALE  
DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX  
MONTÉRÉGIE  
SANTÉ PUBLIQUE

 ASSOCIATION POUR LA  
SANTÉ  
PUBLIQUE DU  
QUÉBEC

W0  
210  
S294  
2600

# **L'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids**

**Éléments d'une  
problématique et  
réflexions pour l'action**

CAAQ, Montréal  
# 4401796  
\$20.00



# L'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids

Éléments d'une  
problématique et  
réflexions pour l'action

*Rédaction :*

Carmen Schaefer M.A., M. Sc.  
et Lyne Mongeau Dt.P., Ph. D. (cand.)

*avec la collaboration de :*

Isabelle Dionne Ph. D.  
Marie-Paule Leblanc Dt.P.

Novembre 2000

Le Collectif action  
alternative en obésité

En collaboration avec :

Québec   
Ministère de  
la Santé et des  
Services sociaux

 RÉGIE RÉGIONALE  
DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX  
MONTÉRÉGIE  
SANTÉ PUBLIQUE

 ASSOCIATION POUR LA  
SANTÉ  
PUBLIQUE DU  
QUÉBEC

La réalisation du présent document a été rendue possible grâce à la contribution financière conjointe de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, de la Direction de la santé publique la Montérégie et de l'Association pour la santé publique du Québec.

La reprographie a été gracieusement offerte par la Direction de la santé publique de la Montérégie.

Coordination de l'édition : Association pour la santé publique du Québec

L'illustration de la page couverture présente l'œuvre «Ne chatouillez pas» de la sculptrice Hélène Labrie, de Cap-Rouge, Québec, photographiée par Yves Tessier.

On peut se procurer des exemplaires de ce document au coût de 20\$ (taxes et frais d'envoi inclus) en s'adressant au :

Collectif action alternative en obésité  
7378, rue Lajeunesse #210  
Montréal Qué H2R 2H8  
Tél : (514) 270-3779  
Fax : (514) 271-1640  
Courriel : caao@cam.org  
Site Internet : www.cao.qc.ca

Toute reproduction du document complet est interdite. La photocopie de certaines sections avec mention de la source est permise sans autorisation préalable.

Dépôt légal : 4<sup>ème</sup> trimestre 2000  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-9806066-3-4

## REMERCIEMENTS

Les auteures et le CAAO voudraient remercier certaines personnes sans qui la production du présent document n'aurait pas été possible : **Brigitte Lachance**, diététiste, responsable de la santé cardiovasculaire, de la nutrition et du diabète à la Direction générale de la santé publique du MSSS, qui croit beaucoup au CAAO, **Luc Boileau et Luc Morel**, respectivement directeur de la santé publique de la Montérégie et coordonnateur de la promotion et de la prévention à la Direction de la santé publique de la Montérégie, ainsi que les permanents de l'ASPQ, **Benoît Sévigny et Lysane Grégoire**, et les membres du bureau de direction qui soutiennent les actions relativement à ce dossier.

Une contribution significative vient d'un comité de lecture qui a commenté la première version de ce document. Leurs précieux commentaires ont permis un ajustement substantiel du manuscrit. Ce comité était composé de :

- **Paul Boisvert**, agent de recherche, Chaire de l'obésité Donald-B.- Brown, Université Laval ;
- **Christiane Brazeau**, directrice générale, CLSC du Vieux- Lachine ;
- **Luce Breault**, infirmière, CLSC du Vieux-Lachine ;
- **Richard Côté**, médecin spécialiste en santé communautaire, Direction de la santé publique de la Montérégie ;
- **Maria De Koninck**, professeure, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval ;
- **Mireille Dubost**, chargée de cours, Département de nutrition, Université de Montréal ;
- **Lise Ferland**, coordonnatrice provinciale, Kino-Québec ;
- **Louise Guay**, agente de recherche et de planification sociosanitaire, Direction générale de la santé publique, MSSS, Québec ;
- **France Genest**, psychologue, administratrice au CAAO ;
- **Marie-Paule Leblanc**, agente de planification et de programmation, Direction de la santé publique de la Montérégie ;
- **Sylvie Leclair**, psychologue, administratrice au CAAO ;
- **Marielle Ledoux**, professeure, Département de nutrition, Université de Montréal.

Nous tenons aussi à remercier chaleureusement **Hélène Labrie** pour avoir accepté que son œuvre se retrouve en couverture du présent document ainsi que celle de **Pascal Renaud**, son agent, pour son aimable collaboration technique.

Nous sommes reconnaissantes à l'égard de toutes les autres personnes qui auraient favorisé la rédaction et la production de ce document.

**Les auteures, Carmen Schaefer et Lyne Mongeau, et le CAAO**



## PRÉFACE

Au Québec, tout comme dans plusieurs pays industrialisés, la prévalence de l'excès de poids et de l'obésité progresse de façon constante. Cet accroissement résulte, en grande partie, d'une réaction au contexte dans lequel on vit : restauration rapide, mode d'alimentation où peu de plats sont cuisinés à la maison, familles plus petites avec une organisation du temps moins propice au partage des repas et sédentarité accrue.

Parallèlement, les gens vivent dans une culture de minceur : gros ou petits, ils cherchent à perdre du poids par souci d'esthétique autant que par intérêt pour leur santé. Sous l'influence des médias écrits et électroniques, ils achètent beaucoup de produits et services qui promettent des résultats sans efforts. Ils arrivent à maigrir mais les résultats ne durent pas ; ce qui a des conséquences sur le métabolisme et sur l'estime de soi des individus entraînant une diminution de leur qualité de vie ainsi qu'une augmentation des coûts de santé.

Or, on sait tous que l'effet des facteurs de risque, tel que la mauvaise alimentation, la sédentarité et l'augmentation du poids, est cumulatif et entraîne l'apparition de maladies chroniques évitables. Il devient donc nécessaire d'investir dans la prévention des problèmes de poids, car ils en engendrent d'autres comme les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies ostéo-articulaires ainsi que des problèmes sociaux.

Les facteurs qui influencent l'excès de poids et l'obsession de la minceur sont nombreux et relèvent de plusieurs secteurs autres que la santé. Ils nécessitent donc des actions concertées et à long terme. Mais n'est-ce pas là justement le rôle de la santé publique ?

Le présent document se veut un outil de travail pour aider les divers intervenants de notre réseau. Je vous invite tous à l'utiliser afin de comprendre et de connaître l'ampleur du phénomène de l'obésité et de l'obsession de la minceur pour en arriver, ensemble, à poser des actions concrètes de prévention et à faire la promotion des conditions qui favorisent de saines habitudes de vie, un poids santé et une meilleure estime de soi au regard de l'apparence corporelle.

Le sous-ministre adjoint à la santé publique,



Richard Massé





## NOTE AUX LECTEURS ET LECTRICES

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il nous semble important d'apporter quelques précisions pour décrire l'instigateur du présent document.

Le Collectif action alternative en obésité (CAAO) est un organisme à but non lucratif dont la mission est de promouvoir la santé globale des personnes préoccupées par leur poids. Il s'agit d'un organisme québécois dont le siège social est actuellement situé au centre Lajeunesse à Montréal.

### HISTORIQUE

Le CAAO est né en 1986 d'un regroupement spontané d'intervenants et d'intervenantes partageant un regard différent de la vision traditionnelle en ce qui concerne la problématique de l'obésité et de l'obsession de la minceur. À cette époque, les membres du CAAO avaient tous élaboré un programme novateur d'intervention s'adressant aux personnes qui vivent ce problème. Ce groupe a donc partagé ses pratiques durant plusieurs mois, puis il a consigné sa philosophie dans un article de fond qu'il a entrepris de faire connaître. C'est à la même époque qu'il a adopté le nom « Collectif action alternative en obésité » pour qualifier l'approche différente pratiquée par ses membres.

Le CAAO a connu une période d'explosion (1988-1991), où il a été très sollicité par le public, les médias et les professionnels de la santé. Différentes nécessités se sont alors faites sentir :

- travailler de pair avec les personnes touchées par le problème ;
- élaborer un plan d'action en plusieurs volets afin de sensibiliser, conscientiser, éduquer, faire du *lobbying*, favoriser l'entraide entre les personnes vivant le problème et aussi entre les professionnels ;
- se donner une structure indépendante de fonctionnement.

Ainsi, en 1991, un organisme à but non lucratif et dûment incorporé a vu le jour. C'était le début de la mise en place de moyens d'action permettant de réaliser certains objectifs dans chacun des axes du plan d'action. Le recrutement des membres s'est effectué parmi des intervenants et intervenantes, des femmes ayant participé à un programme de groupe et le grand public. De 90 membres à la fin de la première année, le nombre a culminé à environ 250 à la fin de 1997.

### PHILOSOPHIE

Lors de la mise en place du CAAO, la vision commune des intervenants et des intervenantes au regard de la problématique comportait les éléments suivants :

- la définition de poids sain doit être élargie et doit tenir compte d'un ensemble de facteurs de vie ;
- le poids résulte de plusieurs déterminants de nature biologique, sociale, familiale et environnementale ainsi que du comportement ;
- les grosses personnes sont victimes d'oppression et de préjugés, nuisant à leur estime d'elles-mêmes et à la réalisation de leur potentiel dans la vie en général ;

- les personnes préoccupées par leur poids qui font des diètes à répétition développent souvent un sentiment d'échec et d'impuissance face à leur problème et peuvent alors se désinvestir des comportements santé ;
- les filles et les femmes subissent un conditionnement subtil et incessant pour être autrement que ce qu'elles sont biologiquement, c'est-à-dire avec un pourcentage de graisse plus élevé que les hommes et une forme poire ;
- la course aux régimes ne représente aucunement la solution aux problèmes de poids et n'est pas une stratégie de prévention du gain de poids ;
- seule une approche globale qui tient compte de tous ces aspects aidera les personnes à préserver ou à retrouver un poids sain, à adopter ou à maintenir de saines habitudes de vie et à vivre harmonieusement.

Enrichi notamment par la venue de nouveaux membres, le CAAO a élargi sa vision au-delà de l'intervention, afin de dénoncer, de concevoir, de protéger et de promouvoir de nouvelles perspectives en matière de gestion du poids. Ainsi, le Collectif dénonce l'obsession de la minceur et les pratiques alimentaires aberrantes qui en découlent et qui rongent la santé mentale de milliers de femmes, d'hommes et d'adolescentes. Il ne s'oppose pas à l'amaigrissement, mais il est contre un amaigrissement radical, irréaliste, non approprié, érigé en norme sociale. Par ailleurs, l'excès de poids et l'obésité, dont la fréquence ne cesse d'augmenter dans nos sociétés, sont une source de préoccupation pour la santé. Le Collectif croit que des actions préventives sont nécessaires et possibles. Par ailleurs, les personnes qui présentent déjà un excès de poids pourront décider, après une analyse approfondie de leur situation, de maigrir de façon douce, respectueuse et épanouissante. Nos interventions visent donc la compréhension du problème, la diffusion des connaissances et le développement et l'amélioration des pratiques.

## ACTIVITÉS ET PERSPECTIVES FUTURES

Depuis ses débuts, par l'entreprise de ses employés et de ses bénévoles, le CAAO a offert des services et des activités au grand public, à ses membres, aux médias et à des groupes particuliers. Parmi ceux-ci, on retrouve un service d'information téléphonique, des soirées grand public, des ateliers sans rendez-vous, la célébration de la Journée internationale sans diète, des groupes d'intervention pour les femmes et les hommes, du soutien aux groupes d'entraide, des activités de formation et des tables régionales de soutien à l'intention des intervenants et intervenantes, un bulletin d'information, un congrès annuel, une bibliothèque-vidéothèque, le soutien aux médias et de nombreuses communications, ainsi qu'un service d'expertise de tout genre concernant la problématique.

Outre son volet de services, le CAAO a été actif dans le développement et l'adaptation d'interventions. En plus du programme « Choisir de maigrir », qui est le principal programme affilié au CAAO et dont l'efficacité a été évaluée scientifiquement (Mongeau et al. 1998), le CAAO a développé un projet-pilote de promotion d'une image corporelle saine en milieu scolaire : « Bien dans sa tête, bien dans sa peau ». Ce projet en est à sa quatrième année d'implantation et d'évaluation.

Toutefois, le CAAO vit une période difficile, sa survie étant compromise par un manque chronique de ressources ne lui permettant pas d'assurer sa permanence. La problématique du poids n'est pas considérée comme prioritaire au Québec, situation qui rend infructueuses les nombreuses tentatives de consolidation financière effectuées par les membres du conseil d'administration.

## CONTEXTE DE CE DOCUMENT

Convaincu de la nécessité de mieux faire connaître la problématique, le CAAO a obtenu, à la suite d'une demande de subvention à la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour l'année 1997-1998, les fonds nécessaires à la rédaction de ce document. Deux autres partenaires, soit l'Association pour la santé publique du Québec et la Direction de la santé publique de la Montérégie, se sont joints à l'initiative.

Le présent document devrait permettre aux intervenants et intervenantes ainsi qu'aux décideurs des réseaux visés, d'être sensibilisés à la problématique et, souhaitons-le ardemment, d'entreprendre des actions concrètes.



## AVANT-PROPOS

La problématique de l'obésité et de la préoccupation excessive à l'égard du poids met en lumière toute l'envergure de l'aliénation et de la profonde souffrance des personnes visées. Prenons l'exemple d'une femme qui, comme bien d'autres, voulait trouver une solution à son problème de poids. Au cours d'une rencontre *Weight Watchers*, l'animatrice dit au groupe attentif : « Si vous décidez de lâcher, mettez-vous toute nue devant votre miroir, brassez-vous un bon coup et attendez que ça arrête de bouger..... »

La persistance des préjugés sociaux, intégrés dès l'enfance et renforcés par les médias, permet difficilement de changer notre regard en présence des grosses personnes et, surtout, de celles aux prises avec des problèmes d'obésité majeure. En les voyant, on ne peut s'empêcher de se dire : « Pauvres elles! ». Mais, finalement, c'est toute notre société qui est à plaindre puisqu'elle juge la valeur des personnes en fonction de leur apparence et ça, ça fait pitié... On peut espérer qu'avec le temps, des changements de mentalité permettront à tous et à toutes de vivre et de s'épanouir tels qu'ils sont.

Une femme préoccupée par son poids



## TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux	xiii
Liste des figures	xiv
Résumé	xv
<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1 - DÉFINITION DE L'OBÉSITÉ</b>	<b>3</b>
1.1 Définition et types d'obésité	3
1.2 Mesure	4
1.3 Mesure de l'adiposité chez les enfants et les adolescents	7
En résumé	7
<b>CHAPITRE 2 - PRÉVALENCE ET TENDANCES DE L'OBÉSITÉ</b>	<b>9</b>
2.1 Adultes	9
2.2 Enfants et adolescents	12
En résumé	12
<b>CHAPITRE 3 - FACTEURS ASSOCIÉS AU DÉVELOPPEMENT DE L'OBÉSITÉ</b>	<b>13</b>
3.1 Facteurs métaboliques	13
3.2 Prédispositions génétiques	13
3.3 Facteurs hormonaux	14
3.4 Facteurs environnementaux	14
3.5 Sédentarité	15
3.6 Âge	15
3.7 Grossesse et obésité	16
3.8 Facteurs ethniques et socio-économiques	16
3.9 Adiposité et fécondité	17
3.10 Dérèglement des habitudes alimentaires	18
3.11 Obésité chez les enfants et les adolescents	18
En résumé	19
<b>CHAPITRE 4 - RISQUES PHYSIOLOGIQUES ET COÛTS ASSOCIÉS À L'OBÉSITÉ</b>	<b>21</b>
4.1 Obésité, hypertension et maladies cardiovasculaires	21
4.2 Obésité et diabète non-insulino-dépendant	22
4.3 Obésité et cancer	23
4.4 Mortalité et IMC	24
4.5 Coûts associés à l'obésité	24
En résumé	25



CHAPITRE 5 - DESCRIPTION ET EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS DESTINÉES À LA PERTE DE POIDS	27
5.1 Restrictions alimentaires	27
5.2 Activité physique et perte de poids	28
5.3 Inhibiteurs pharmacologiques de l'appétit	28
5.4 Interventions chirurgicales	29
5.5 Méthodes populaires	30
5.6 Traitement de l'obésité chez les enfants	35
5.7 Caractéristiques de ceux qui réussissent à maintenir le poids	37
5.8 Risques associés à la perte de poids	37
En résumé	40
CHAPITRE 6 - ÉMERGENCE D'UN NOUVEAU PARADIGME EN MATIÈRE DE GESTION DU POIDS	41
6.1 Représentations sociales et professionnelles de la santé	42
6.2 Conséquences des représentations sociales entourant l'obésité et l'excès de poids	44
6.3 Obésité et santé mentale	44
6.4 Préoccupation excessive à l'égard du poids	44
6.5 Tabagisme et préoccupation excessive à l'égard du poids	47
6.6 Le nouveau paradigme	47
En résumé	52
CHAPITRE 7 - LA GESTION DU POIDS : RÉFLEXIONS POUR L'ACTION	53
7.1 Revue des documents d'orientation	53
7.2 Réflexions en vue de l'action	60
CONCLUSION	71
LEXIQUE	73
BIBLIOGRAPHIE	77

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Mesures de l'excès de poids, de la distribution du gras abdominal et des risques cardio-vasculaires associés à l'excès de poids	5
Tableau 2	Classification de l'excès de poids chez les adultes selon l'IMC	6
Tableau 3	Prévalence de l'obésité et de l'excès de poids, selon les groupes d'âge, pour divers pays	10
Tableau 4	Distribution de la population selon l'IMC, Santé Québec, 1998	11
Tableau 5	Principaux résultats de quelques études évaluatives concernant les interventions destinées à la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents, selon Glenny <i>et al.</i> (1997)	36
Tableau 6	Comparaison du paradigme traditionnel et du nouveau paradigme	48
Tableau 7	Comparaison entre une approche axée sur la perte de poids et une approche visant la promotion de la santé	49
Tableau 8	Évaluation de quelques programmes d'intervention axés sur le nouveau paradigme en matière de gestion du poids	50
Tableau 9	Périodes de la vie accroissant la vulnérabilité au développement de l'obésité	62
Tableau 10	Identification des groupes présentant des risques importants de développement de l'obésité	63

## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Toile causale des facteurs influençant la problématique du poids	20
Figure 2	Spectre de la gestion de l'obésité selon l'OMS	62
Figure 3	Illustration du lien entre la moyenne parmi la population et la prévalence du risque dans la population	65

## RÉSUMÉ

L'obésité est en forte croissance dans l'ensemble des pays industrialisés et ce, tant chez les adultes que chez les enfants et les adolescents (St-Jeor, Silverstein et Shane, 1996 ; Wardle, 1995). Au Canada, la prévalence de l'obésité semble stable depuis une vingtaine d'années (MacDonald et al., 1997), bien qu'on observe des tendances à la hausse dans certaines régions du pays. Toutefois, les plus récentes données de l'enquête sociale et de santé de Santé Québec indiquent que l'excès de poids et l'obésité progressent parmi la population du Québec, tant chez les hommes que chez les femmes. La proportion de personnes de 15 ans et plus présentant un excès de poids ( $IMC \geq 27$   $kg/m^2$ ) est passée de 19 % à 25 % entre 1987 et 1992-1993 (Therrien, 1995) et à 28 % entre 1992-1993 et 1998 (Ledoux et al., 2000). Seuls les plus jeunes sont épargnés par cette hausse. De plus, on estime que 13 % des individus sont obèses ( $IMC \geq 30$   $kg/m^2$ ). Par ailleurs, la préoccupation excessive à l'égard du poids constitue, ici comme ailleurs, un phénomène important. Ainsi, on estime qu'en 1987 et 1992-1993, la très grande majorité des femmes de poids santé et près du quart des femmes de poids insuffisant souhaitaient perdre du poids (Therrien, 1995).

L'obésité est considérée comme un facteur de risque associé au développement de nombreuses pathologies telles que les maladies cardiovasculaires et certains cancers. Bien que la plupart des études établissent un lien entre obésité, morbidité et mortalité, les résultats des études faisant de l'obésité un facteur de morbidité et de mortalité précoce sont parfois inconsistants. Les différences entre les études concernent l'importance de l'effet de l'obésité. Cela peut s'expliquer par le fait que la distribution de la graisse, facteur important lié à la mortalité et à la morbidité, a été peu considérée dans les premières grandes études épidémiologiques, ce qui masquait souvent l'impact d'un excès de masse grasse, même modéré, sur les risques de morbidité.

Des facteurs d'origine métabolique, génétique, hormonale, sociale et environnementale contribuent au développement de l'obésité. Par ailleurs, la pression sociale encourageant la minceur et les représentations sociales concernant l'obésité et l'excès de poids génèrent la phobie de l'obésité, laquelle laisse place à de nombreux préjugés et à la stigmatisation sociale des personnes obèses. Les attitudes négatives à l'endroit de l'obésité se cristallisent dans une préoccupation excessive à l'égard du poids et de la nourriture à laquelle la majorité des femmes des pays industrialisés sont particulièrement vulnérables. Or, le modèle de minceur, répondant aux normes sociales actuelles, ne correspond pas à la réalité physiologique féminine et se révèle impossible à atteindre pour la plupart des femmes. Toutefois, beaucoup d'entre elles n'hésitent pas à prendre tous les moyens nécessaires pour s'y conformer. Ainsi, les femmes adoptent diverses mesures destinées à l'amaigrissement et au maintien du poids, mesures qui, pour la plupart, s'avèrent inefficaces à long terme et entraînent des conséquences négatives pour leur santé physique et mentale.

Puisque que l'obésité constitue un état chronique que la plupart des interventions traditionnelles basées sur la restriction alimentaire et la pratique de l'activité physique n'arrivent pas à contrer, un nouveau paradigme en matière de gestion du poids est en émergence. Ce nouveau paradigme est axé sur l'adoption de saines habitudes de vie, soit la pratique d'activités physiques visant l'amélioration de la santé et non la perte de poids, une alimentation variée et exempte de comportements excessifs tels que la restriction ou la compulsion, et l'acceptation de l'image corporelle et l'amélioration de l'estime de soi.

À l'aube du troisième millénaire, un moment particulier s'offre à nous pour la rédaction de ce document. En effet, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publiait en 1998 un rapport intitulé *Obesity, Preventing and Managing the Global Epidemic*, dans lequel elle invite chaque pays à développer des politiques publiques et des stratégies visant à endiguer l'épidémie. Cependant, cette invitation comporte un défi de taille : il s'agit de favoriser la stabilisation du poids moyen de notre population sans pour autant générer ou nourrir davantage l'autre épidémie, celle de la préoccupation à l'égard du poids et de ses manifestations.

C'est donc sur la base d'une vision élargie de la problématique et inspirées du nouveau paradigme que seront soumises, au terme du document, des pistes d'action destinées à la prévention de l'excès de poids et de l'obésité, de même que des stratégies de santé publique visant à modifier les facteurs individuels et structurels qui favorisent le développement de l'obésité. Ces stratégies devront être envisagées afin d'endiguer l'expansion actuelle des problèmes psychosociaux et physiologiques associés à l'obésité.

## INTRODUCTION

Le présent document a été rédigé pour le Collectif action alternative en obésité. L'objectif général poursuivi est de permettre aux lecteurs et lectrices de se situer par rapport à la problématique, tout en fournissant des éclaircissements sur les controverses entourant l'excès de poids et l'obésité. Étant donné la croissance du phénomène et le fait qu'il constitue un facteur de risque associé à de nombreux problèmes de santé, le document se veut d'abord un outil de réflexion et de discussion devant conduire à de futures interventions. Dans cette perspective, il s'agit de définir de façon nuancée et extensive le concept d'obésité et son corollaire, la préoccupation excessive à l'égard du poids. C'est là un sujet complexe et multidimensionnel, abordé ici dans une perspective critique.

Le concept d'obésité est d'abord étudié sous l'angle d'une mesure de l'excès de masse grasse en association au risque que cet excès présente pour la santé. De façon particulière, le document définit les concepts d'excès de poids et d'obésité en fonction de leurs diverses mesures, celles-ci étant corrélées de façon différente à des paramètres physiologiques déterminant l'état de santé des individus. Cette section permet de constater qu'à divers niveaux de mesures de la masse grasse sont associés des risques de développement de plusieurs pathologies.

Des données principalement de sources canadiennes et québécoises concernant la prévalence de l'excès de poids et de l'obésité sont ensuite présentées afin d'illustrer l'ampleur du problème. Puis, une section est consacrée à la description des principaux facteurs sociaux et physiologiques associés au développement de l'obésité. Puisque l'obésité constitue un facteur de risque dans le développement de certaines pathologies, il sera ensuite question du lien entre l'obésité et les maladies cardiovasculaires, le diabète non insulino-dépendant et le cancer du sein.

Nombre de méthodes pour maigrir ont été développées. Ces méthodes et leur efficacité sont documentées. Une section du document est ensuite consacrée aux représentations sociales de l'obésité et à ses effets sur la population dans son ensemble, ainsi que sur les personnes obèses et les professionnels de la santé. Devant l'échec généralisé des méthodes employées pour perdre du poids et devant le risque que pose la préoccupation excessive à l'égard du poids pour la santé physique et mentale, un nouveau paradigme est en émergence, centré sur la modification des facteurs individuels et sociaux qui favorisent leur développement. Ce nouveau paradigme est décrit et complété par une évaluation de quelques programmes qui en sont inspirés. Enfin, le document propose un inventaire d'actions. Cet inventaire porte sur la prévention et la gestion de l'excès de poids, de l'obésité et de la préoccupation excessive à l'égard du poids grâce à des stratégies de santé publique axées sur le nouveau paradigme.

La synthèse des informations présentées a été produite à partir de la lecture d'une centaine d'articles concernant les divers aspects de la problématique. Certains critères de sélection ont orienté le choix de ces articles. Ainsi, plusieurs de ceux-ci consistent en des revues documentaires portant sur la mesure de l'obésité, sur le lien entre l'obésité et la mortalité ou la morbidité pour diverses causes ou en des recherches évaluatives concernant les interventions destinées à la gestion du poids. Une autre partie du corpus est formée d'articles à forte teneur sociologique, documentant les représentations sociales de l'obésité et leur lien avec le développement de problèmes de comportement alimentaire cliniques ou non spécifiés. Enfin, une autre série d'articles présentent les positions d'entités nationales sur la gestion traditionnelle de l'obésité et d'autres proposent des orientations axées sur le nouveau paradigme.

L'élaboration du document s'est principalement déroulée durant l'année 1998. Cependant, un délai incontrôlable a repoussé sa parution. Le document s'appuie donc sur la documentation antérieure à cette année. Quelques références sont toutefois plus récentes, une ou deux sections ayant été actualisées.

## Chapitre 1

# DÉFINITION DE L'OBÉSITÉ

### 1.1 DÉFINITION ET TYPES D'OBÉSITÉ

#### 1.1.1 Définitions

Qu'est-ce que l'obésité ? Les mots *obésité* et *obèse* sont tirés du latin *obesus*, de *obedere* qui signifie « consommer, dévorer », prenant également le sens d'« éroder » ou de « saper » (Fischler, 1990). La connotation péjorative propre à la terminologie employée pour désigner cet état en conditionne la compréhension et justifie les moyens envisagés pour le résorber. Cette définition rend compte des préjugés sociaux entretenus à l'endroit de l'obésité, dimension importante abordée plus loin. Cependant, afin d'en montrer les répercussions sur la santé, c'est sous son angle physiologique qu'il convient premièrement d'aborder le concept d'obésité.

L'obésité est un déséquilibre chronique du métabolisme, développé sous l'effet de facteurs multiples et interreliés, qui se manifeste entre autres, par un excès de masse grasse entraînant des inconvénients pour la santé (St-Jeor, Silverstein et Shane, 1996 ; Kuss, 1996 ; Winick, 1996 ; Friedman et Brownell, 1995 ; Basdevant et *al.*, 1998).

#### 1.1.2 Types d'obésité

La localisation de l'adiposité se fait au niveau des cellules adipeuses et par la distribution anatomique des tissus adipeux. L'excès de masse grasse peut être emmagasiné dans la région supérieure (abdominale) du corps, dans la cavité intra-abdominale ou dans la région inférieure du corps (glutéo-fémorale), définissant respectivement l'obésité de type central ou androïde, l'obésité viscérale et l'obésité gynoïde (St-Jeor, Silverstein et Shane, 1996 ; Kuss, 1996 ; Lewis, 1996). La lipoprotéine lipase (LPL) joue un rôle capital dans la distribution des tissus adipeux (Sizer, 1994 ; Kopelman, 1994). Cette enzyme facilite l'accumulation des lipides dans les cellules adipeuses. Plus le volume des cellules adipeuses s'accroît sous l'effet d'une accumulation de la masse grasse, plus la sécrétion de LPL augmente. La production de LPL est déterminée génétiquement et varie selon le sexe (Kopelman, 1994 ; Norgan, 1997). Les hommes connaissent peu de variations de l'activité de la LPL ou de la taille de leurs cellules adipeuses, alors que les femmes préménopausées ont des LPL plus actives au niveau de la région gynoïde. De plus, les tissus gynoïdes des femmes contiennent des cellules adipeuses plus volumineuses que celles de leurs tissus androïdes. Ces différences entre hommes et femmes expliquent pourquoi les femmes préménopausées tendent à accumuler les tissus adipeux au niveau des fesses, des hanches et des cuisses, alors que les hommes les accumulent au niveau du tronc et de l'abdomen (Kopelman, 1994).

En présence d'une masse grasse excessive, c'est sa distribution plutôt que sa quantité qui constitue le risque le plus grave pour la santé (Wardle, 1995 ; Kuss, 1996). On estime que l'obésité androïde présente un risque plus important pour la santé que l'obésité gynoïde, ce qui rend les hommes particulièrement vulnérables aux pathologies liées à l'obésité. Toutefois, les femmes présentant une obésité localisée au niveau supérieur du corps partagent avec les hommes les mêmes problèmes de santé (Kopelman, 1994).



L'obésité est également caractérisée au niveau cellulaire. La masse grasse peut être emmagasinée dans le corps sous forme de petites gouttelettes s'accumulant dans plusieurs cellules adipeuses ou de grosses gouttelettes emmagasinées dans quelques cellules adipeuses. La première distribution détermine l'obésité hyperplasique et la seconde, l'obésité hypertrophique (Kuss, 1996 ; Winick, 1996). L'obésité hyperplasique se développe durant l'enfance alors que l'obésité hypertrophique tend à se développer chez les adultes. Pour leur part, les adolescents tendent à développer un type mixte, à la fois hyperplasique et hypertrophique. La distinction entre ces types d'obésité détermine la possibilité de traitement. En effet, s'il est possible de modifier la quantité de tissus adipeux, il est par contre impossible de modifier le nombre de cellules, ce qui fait de l'obésité hyperplasique un état chronique difficile à traiter (Kuss, 1996). Cependant, peu de personnes obèses présentent de façon exclusive ce type d'obésité.

## 1.2 MESURE

La détermination de l'obésité est fonction de mesures. Ces mesures doivent idéalement se montrer précises dans l'estimation de la quantité de tissus adipeux, être accessibles et acceptables pour les sujets visés, faciles d'usage, économiques et bien documentées (Power, Lake et Cole, 1997). On retrouve dans le tableau 1 les principaux types de mesure employés pour déterminer l'importance de l'adiposité : le poids, le rapport du poids à la taille ou indice de masse corporelle (IMC), la mesure du pli adipeux, la circonférence abdominale et le ratio entre la circonférence abdominale et la circonférence des hanches (cf. lexique).

Beaucoup d'études portant sur l'excès de poids reposent sur la mesure de l'IMC ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Toutefois, les critères d'IMC définissant l'importance de l'excès ou de l'insuffisance de poids varient. Ainsi, alors que Santé Canada définit un poids insuffisant par un IMC inférieur à  $20 \text{ kg}/\text{m}^2$ , l'OMS le définit plutôt par un IMC inférieur à  $18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$  (Santé et Bien-être social Canada, 1988 ; WHO Expert Committee, 1995). La zone canadienne de poids santé se situe entre  $20$  et  $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ . De façon générale, plusieurs sources s'entendent pour définir l'obésité par un IMC égal ou supérieur à  $30 \text{ kg}/\text{m}^2$  (Wardle, 1995 ; Therrien, 1995 ; WHO Expert Committee, 1995 ; Glenny et al., 1997). Selon l'OMS et Santé et Bien-être social Canada, un IMC supérieur à  $25$  définit l'embonpoint (WHO Expert Committee, 1995 ; Santé et Bien-être social Canada, 1988). Toutefois, les orientations de Santé et Bien-être social Canada précisent que c'est à partir d'un IMC supérieur à  $27$  que s'accroît le risque pour la santé (Santé et Bien-être social Canada, 1988). Une classification acceptée au niveau international a été proposée récemment par l'OMS (WHO, 1998) (tableau 2). Cette dernière a retenu le critère d'un IMC de  $30 \text{ kg}/\text{m}^2$  pour définir l'obésité, correspondant ainsi au critère déjà en vigueur au Canada et au Québec. Les critères proposés, tout en offrant l'avantage pratique des comparaisons internationales, demeurent toutefois limités au plan médical en raison des morphologies distinctes des sexes, des âges et des races.

Par ailleurs, le ratio de la circonférence abdomen/hanches s'avère un indicateur important de prédiction de changements métaboliques, d'incidence des accidents cérébrovasculaires, de maladies ischémiques du cœur, de diabète et ce, sans égard à la masse totale de tissus adipeux estimée par l'IMC ou par le poids idéal (Wardle, 1995 ; Kuss, 1996 ; Ledoux et al., 1997 ; Reeder et al., 1997). Plusieurs valeurs ont été proposées pour déterminer le seuil de risque. Ainsi, on utilise fréquemment un ratio de la circonférence abdominale sur la circonférence des hanches supérieur à  $0,8$  chez les femmes et à  $1,0$  chez les hommes (Molarius et Seidell, 1998) (tableau 2). Plusieurs études indiquent que le ratio de la circonférence abdominale/circonférence des hanches est plus fortement associé au risque de maladies cardiovasculaires chez les femmes que chez les hommes (Ledoux et al., 1997). Bien que, de façon générale, les hommes obèses ont plus de risques de développer des maladies cardiovasculaires, les individus des deux sexes sont touchés de la même façon par l'accumulation de tissus adipeux dans la région abdominale, laquelle est associée à la résistance à l'insuline et à l'augmentation des niveaux de LDL et de triglycérides (Ledoux et al., 1997).

**Tableau 1**  
**MESURES DE L'EXCÈS DE POIDS, DE LA DISTRIBUTION DU GRAS ABDOMINAL**  
**ET DES RISQUES CARDIO-VASCULAIRES ASSOCIÉS À L'EXCÈS DE POIDS**

MESURES	UNITÉ	CRITÈRE	SOURCE	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
<b>Indicateurs poids-taille</b>					
Poids	kg			Facile à mesurer	Ne tient pas compte de l'âge et de la taille
Poids/taille	kg/m	Tableau poids/taille	Marshall (1995)	Facile à mesurer, peu coûteux Niveau élevé de fidélité Mesure non invasive  Indicateur acceptable pour le public en général	Indicateur inapproprié sur une base individuelle Ne mesure pas l'excès de gras Varie selon la culture, le genre et l'âge
IMC	kg/m <sup>2</sup>	Varient selon les auteurs  <b>Adultes</b>  Poids santé : 20-24,9 Embonpoint : 25-29,9  Obésité niveau 1 : excès pondéral modéré 30-39,9 Obésité niveau 2 : excès pondéral majeur $\geq 40$ Obésité niveau 3 : obésité morbide $\geq 45$  <b>Adolescents</b> 85 <sup>e</sup> percentile (à risque d'excès de poids) 95 <sup>e</sup> percentile (excès de poids)	VanItaille (1994) Marshall (1995) Troiano et al. (1995)	Avantages liés au tableau poids/taille  Non basé sur une population de référence  Utile à des fins descriptives  Corrélié à d'autres indicateurs d'excès de gras corporel	Désavantages liés au tableau poids/taille  Pas de différenciation entre masse maigre et tissus adipeux  Peu valide auprès des enfants et des adolescents  Fortement influencé par la variabilité biologique
<b>Indicateurs anthropométriques</b>					
Pli adipeux au niveau du triceps et du sous-scapulaire	cm		Marshall (1995)	Bonne fidélité  Utile pour la mesure de l'adiposité totale et localisée et de la perte de poids corporel  Pli adipeux sous-scapulaire fortement associé aux risques de maladies cardiovasculaires liés à l'obésité chez les adultes et les enfants	Difficile à estimer de façon précise, en particulier chez les personnes très obèses  Varie selon l'âge, le genre et l'ethnie  Mesure moins précise que la taille et le poids

MESURES	UNITÉ	CRITÈRE	SOURCE	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
Circonférence taille/hanches				Mesure peu coûteuse et acceptable	Association pas claire avec la quantité totale de gras corporel Mesure exigeant une bonne formation
	cm	>0,8 (excès de gras corporel femmes)  >1,0 (excès de gras corporel hommes)  0,39-0,54 (facteur de risque cardiovasculaire chez les adolescents)	Wardle (1995) St-Jeor, Silverstein et Shane (1996) Marshall (1995)	Meilleure validité de la mesure que les plis adipeux chez les obèses  Forte association entre l'épaisseur du pli adipeux et la circonférence chez les enfants et les adolescents  Association positive consistante entre la circonférence des hanches et les variables associées à un risque de maladies cardiovasculaires chez les enfants prépubères	Associé au cholestérol et à la pression artérielle, mais pas aux autres facteurs liés aux maladies cardiovasculaires  Différence entre les genres lorsqu'employé auprès des enfants.
	cm	Risques cardiovasculaires accrus hommes: 94-102 cm femmes : 80-88 cm Risques cardiovasculaires multipliés par trois si limites ci-dessus dépassées 95 cm pour tous	Han <i>et al.</i> (1997)  Lemieux <i>et al.</i> (1996)	Méthode simple d'estimation de l'excès de poids corporel, de la distribution du gras corporel et des facteurs de risques cardiovasculaires	

Tableau 2

## CLASSIFICATION DE L'EXCÈS DE POIDS CHEZ LES ADULTES SELON L'IMC

IMC	CLASSIFICATION DE L'OMS	DESCRIPTION POPULAIRE
< 18,5	Sous poids	Mince, poids insuffisant
entre 18,5 et 24,9	Poids normal	Poids santé, « normal »
entre 25 et 29,9	Surpoids	Excès de poids, embonpoint, pré-obèse
entre 30 et 34,9	Obésité Grade 1	Obésité modérée
entre 35 et 39,9	Obésité Grade 2	Obésité majeure
IMC de 40 et plus	Obésité Grade 3	Obésité très majeure, morbide, super-obésité

Source : adapté de WHO, 1995 ; WHO, 1998.

La circonférence abdominale constitue une mesure plus simple que le ratio de la circonférence abdomen/hanches, qui comporte d'entrée de jeu deux mesures et un calcul au lieu d'une seule mesure. De plus, elle serait mieux corrélée avec la pression artérielle que le ratio de la circonférence abdomen/hanches alors que cette dernière serait mieux corrélée avec les dyslipidémies (Seidell et Bouchard, 1998). On estime que la zone d'alerte de la circonférence abdominale en regard des risques cardiovasculaires se situe à 95 cm pour les hommes et les femmes (Lemieux et al., 1996). D'autres valeurs ont aussi été proposées notamment entre 94 cm et 102 cm chez les hommes et entre 80 cm et 88 cm chez les femmes. À l'extérieur de ces limites, les risques cardiovasculaires seraient triplés (Han et al., 1997).

### 1.3 MESURE DE L'ADIPOSITÉ CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

L'adiposité chez les enfants et les adolescents est difficile à mesurer. Au cours de la croissance et de la maturation, les proportions du corps, la masse osseuse et le ratio de la masse maigre par rapport à la masse grasse se modifient. L'emploi auprès des enfants des mesures de l'adiposité utilisées chez les adultes pose donc des problèmes importants (Power, Lake et Cole, 1997 ; Clinton-Smith et al., 1997).

Des études récentes ont établi un lien entre la morbidité et l'excès de poids chez les enfants et les adolescents (Power, Lake et Cole, 1997). Il est toutefois difficile d'établir des seuils définissant l'obésité compte tenu qu'il existe peu d'études liant morbidité et excès de poids et s'appuyant sur des échantillons suffisants.

La mesure du pli adipeux semble constituer une mesure valide de l'excès de masse grasse chez les enfants, les valeurs de corrélation entre les multiples mesures du pli adipeux et les tissus adipeux variant entre 0,7 et 0,8 (Canadian Task Force, 1994). Toutefois, un certain consensus se dégage des diverses études, à savoir que l'IMC constitue malgré tout la moins mauvaise mesure à utiliser pour déterminer l'excès de tissu adipeux, en particulier chez les adolescents (Power, Lake et Cole, 1997 ; Clinton-Smith et al., 1997 ; Troiano et al., 1995). Ainsi, on suggère que l'IMC soit utilisé en fonction de percentiles. L'excès de poids est défini par un  $IMC \geq$  au 85<sup>e</sup> ou 95<sup>e</sup> percentile. Le seuil du 85<sup>e</sup> percentile est plus extensif et permet de repérer les adolescents qui présentent un excès de poids nécessitant un suivi médical. Ce seuil est également employé dans la définition d'objectifs de santé publique relatifs à la prévalence d'excès de poids chez les adolescents (Troiano et al., 1995). Le 95<sup>e</sup> percentile, pour sa part, est clairement associé à un excès de poids et offre un niveau de spécificité élevé de la mesure des tissus adipeux. Ainsi, les enfants et les adolescents présentant un IMC supérieur à ce seuil tendent davantage à être obèses et à risque de maintenir leur excès de poids, avec les conséquences néfastes que cela peut avoir sur leur santé à l'âge adulte (*ibid*).

#### EN RÉSUMÉ

L'obésité se définit comme un excès de la masse grasse. Chez les hommes, la masse grasse tend à se déposer au niveau du tronc, de l'abdomen et des viscères, définissant respectivement l'obésité centrale ou androïde et l'obésité viscérale. Chez les femmes, la masse grasse tend plutôt à se déposer au niveau des cuisses, des fesses et des hanches, définissant l'obésité gynoïde. Il semble que la localisation de la masse grasse, plus que sa quantité, constitue la véritable menace pour la santé. Ainsi, l'obésité androïde constitue un facteur de risque à la santé plus important que l'obésité gynoïde.

La détermination de l'obésité fait l'objet de diverses mesures, dont les principales sont le poids, le rapport poids/taille, l'indice de masse corporelle (IMC) et, plus récemment, le ratio de la circonférence abdominale/circonférence des hanches et la circonférence abdominale. À divers niveaux de ces mesures est associé un risque pour la santé.

Bien que ces diverses mesures se soient avérées utiles dans une population adulte, leur usage auprès des enfants et des adolescents pose problème, étant donné, d'une part, qu'il est difficile d'établir des normes concernant des individus en pleine croissance et, d'autre part, qu'on n'arrive pas clairement à associer un niveau de mesure à un niveau de risque pour la santé.

## Chapitre 2

# PRÉVALENCE ET TENDANCES DE L'OBÉSITÉ

### 2.1 ADULTES

Avant de présenter les données relatives à la prévalence de l'obésité, il convient de souligner la principale limite inhérente à l'analyse de ces données. Il est en effet très difficile de présenter et d'analyser ces informations sur une base homogène, étant donné l'absence de standardisation des critères définissant l'obésité dans les études recensées. Bien qu'on tende de plus en plus à définir l'obésité par un  $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ , il aurait été impossible de circonscrire l'évolution des tendances à partir des études reposant sur ce critère. Voilà pourquoi la prévalence et les tendances de l'obésité seront exposées à partir de données hétéroclites, issues de diverses sources et spécifiant dans chaque cas le seuil utilisé pour définir l'obésité.

Depuis vingt ans, on observe dans plusieurs pays une augmentation de l'obésité et de l'excès de poids, tant chez les hommes que chez les femmes, et ce, pour tous les groupes d'âge (tableau 3) (WHO, 1998). La prévalence de l'obésité est plus importante dans les pays industrialisés comparativement aux pays en voie de développement. Toutefois, on observe une progression rapide de l'obésité dans les pays qui tendent à s'occidentaliser, ce qui laisse penser que certains aspects du style de vie des pays industrialisés favorisent l'accumulation des tissus adipeux (Wardle, 1995).

Selon l'étude américaine National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III, phase I, 1988-1991, le tiers des adultes aux États-Unis (35 % des femmes, 31 % des hommes) présentent un excès de poids ( $IMC \geq 27,8 \text{ kg/m}^2$ , hommes ;  $IMC \geq 27,3 \text{ kg/m}^2$ , femmes) (Kuczmarski et al., 1994). La prévalence de l'excès de poids a augmenté de 8 % depuis l'enquête NHANES II de 1976-1980 (St-jeor, Silverstein et Shane, 1996 ; Kuczmarski et al., 1994). Selon des données rendues disponibles en 1992, on estime que 15 % des femmes sont obèses, comparativement à 12 % des hommes ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) (VanItallie, 1994). À la même période et selon les mêmes critères, on estimait que 8 % des hommes et 9 % des femmes au Canada étaient obèses (tableau 3).

Contrairement à la situation observée aux États-Unis, on ne peut affirmer avec certitude que la prévalence de l'obésité ait changé au Canada depuis vingt ans. Les données obtenues à partir d'études réalisées entre 1986 et 1992 auprès d'adultes âgés de 18 à 74 ans indiquent que 27 % des femmes étaient obèses, comparativement à 35 % des hommes ( $IMC \geq 27 \text{ kg/m}^2$ ) (MacDonald et al., 1997). On retrouve pour cette période plus de femmes que d'hommes dans la catégorie d'IMC définissant le poids santé ( $IMC = 20-24 \text{ kg/m}^2$ , femmes : 46 %, hommes : 39 %) et l'insuffisance de poids ( $IMC < 20 \text{ kg/m}^2$ , femmes : 13 %, hommes : 4 %). L'extrême minceur ( $IMC < 20 \text{ kg/m}^2$ ) est le fait des groupes d'âge les plus jeunes. Par ailleurs, la prévalence de l'obésité majeure est deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes ( $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ , femmes : 4 %, hommes : 2 %) et est particulièrement importante chez les femmes de 35-44 ans et de 55-64 ans où elle atteint 7 % (*ibid*).

Les données disponibles sur la circonférence abdominale (CA) et sur le ratio circonférence abdomen/hanches (RAH) montrent qu'il y a progression avec l'âge. Les hommes présentent des valeurs moyennes de CA supérieures à celles estimées chez les femmes (91,3 cm c. 79,0 cm). La proportion d'individus présentant une CA supérieure ou égale à 100 cm est trois fois plus importante chez les hommes que chez les femmes. On observe des valeurs moyennes élevées de RAH chez les hommes de plus de 35 ans et chez les femmes de 55 ans. Chez les 35-44 ans, 54 % des hommes et 31 % des femmes enregistrent des valeurs de RAH élevées (*ibid*).

Tableau 3  
**PRÉVALENCE DE L'OBÉSITÉ ET L'EXCÈS DE POIDS  
 SELON LES GROUPES D'ÂGE, POUR DIVERS PAYS**

CRITÈRES DE MESURE	GROUPES D'ÂGE	SOURCE	SEXE	PRÉVALENCE %	PÉRIODE	PAYS
IMC>30 (obésité)	16-64 ans	Glenny <i>et al.</i> (1997)	Femmes	16,0	1994	Royaume-Uni
			Hommes	13,0		
IMC>30 (obésité)	Adulte (âge non spécifié)	Wardle (1995)	Femmes	15,0	1987	Amérique du Nord
			Hommes	12,0		
IMC>=30 (obésité)	20-64 ans	VanItallie (1994)	Femmes	15,0	1992	États-Unis
			Hommes	12,0		
IMC 85 <sup>e</sup> percentile (à risque d'excès de poids)  IMC 95 <sup>e</sup> percentile (excès de poids)	6-17 ans	Troiano & <i>et al.</i> (1995)  Berg (1996)	Sexes réunis	22,0	1988-1991	États-Unis
				11,0		
IMC>=30 (obésité)	25-64 ans	VanItallie (1994)	Femmes	8,0	1992	Canada
			Hommes	9,0		
IMC>=27 (obésité)	18-74 ans	MacDonald <i>et al.</i> (1997)	Femmes	27,0	1986-1992	Canada
			Hommes	35,0		
IMC >=25 (surplus de poids)	20-64 ans	Cairney <i>et Wade</i> (1998)	Femmes	25,8	1994	Canada
			Hommes	35,2		
IMC >=27 (obésité)	20-64 ans	Cairney <i>et Wade</i> (1998)	Femmes	21,2	1994	Canada
			Hommes	25,6		
IMC>30 (obésité)	15 ans et plus	Therrien (1995)	Sexes réunis	10,0	1992-1993	Québec
IMC 27-29 (embonpoint)	15 ans et plus	Therrien (1995)	Femmes Hommes	10,0 19,0	1992-1993	Québec

Une enquête canadienne réalisée en 1994 auprès d'une population âgée de 20 à 64 ans révèle que 35 % des hommes et 26 % des femmes avaient un surplus pondéral (IMC>=25 kg/m<sup>2</sup>), alors que 26 % des hommes et 21 % des femmes étaient obèses (IMC>=27 kg/m<sup>2</sup>) (Cairney *et Wade*, 1998). Les résultats de cette enquête indiquent également que la probabilité que les hommes deviennent obèses s'avérait de 28 % supérieure à celle des femmes (RR=1,28, IC 99 % = 1,14-1,44), alors que la probabilité que les hommes présentent un excès de poids ou deviennent obèses était de 61 % supérieure à la même probabilité chez les femmes (RR=1,61, IC 99 % = 1,45-1,80). L'enquête révèle en outre que la prévalence de l'obésité s'accroît de façon dramatique avec l'âge, et que l'obésité sévit de façon particulière chez les personnes mariées (25 %), peu scolarisées (niveau primaire : 30 %), de

faible niveau socio-économique (25 %), chez les travailleurs non spécialisés (26 %), chez les résidents des provinces de l'Atlantique (29 %) et chez les personnes ayant déjà consommé de l'alcool (29 %) et fumé la cigarette (27 %). Les déterminants sociodémographiques de l'excès de poids sont sensiblement les mêmes que ceux de l'obésité, si ce n'est une prévalence plus importante d'excès de poids parmi la classe moyenne (32 %) et les travailleurs spécialisés (34 %) (*ibid*).

Au Québec, les enquêtes sociales et de santé de Santé Québec nous fournissent, sur la base de données rapportées, des chiffres nous permettant d'établir la tendance quant à l'évolution du poids de la population depuis onze ans (tableau 4). Entre 1987 et 1992-1993 (Therrien, 1995), la proportion des personnes de 15 ans et plus présentant un excès de poids ( $IMC \geq 27 \text{ kg/m}^2$ )<sup>1</sup> est passée de 19 % à 25 % et à 28 % en 1998 (Ledoux et al., 2000), représentant une augmentation de 47 % en onze ans. En 1992-1993, un Québécois de 20 ans et plus sur dix était obèse ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ), cette prévalence ayant peu changé depuis 1987 alors qu'elle était de 9 %. Par contre, en 1998, cette proportion atteignait 13 %, représentant une augmentation de 44 % durant la même période. Donc, tant l'excès de poids que l'obésité sont en constante progression dans notre population. Quoique le taux d'augmentation de l'excès de poids se soit légèrement abaissé entre 1992-1993 et 1998 comparativement à celui relevé entre 1987 et 1992-1993, ce n'est pas le cas pour l'obésité qui, elle, a progressé davantage dans les derniers cinq ans que durant les cinq ans précédents.

Plus d'hommes que de femmes se situent dans la catégorie de l'excès de poids (32 % c. 24 %) et sont donc plus nombreux à être susceptibles de développer un problème de santé puisque l'excès adipeux chez les hommes est davantage concentré à l'abdomen. C'est d'ailleurs chez les hommes de 45-64 ans qu'on retrouve la plus importante proportion d'individus dans la catégorie de l'excès de poids, soit 41 % (*ibid*). Alors que l'insuffisance de poids touche plus fréquemment les femmes que les hommes, puisque 21 % des filles de 15 à 19 ans se situent dans cette catégorie de poids contre 14 % des garçons, les femmes rattrapent les hommes avec l'âge, la proportion d'entre elles qui présentent un excès de poids à 65 ans et plus ayant grimpé à 35 % contre 33 % des hommes du même âge (tableau 4).

Tableau 4  
DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON L'IMC, SANTÉ QUÉBEC 1998

SEXE/GROUPE D'ÂGE	POIDS INSUFFISANT IMC	%	POIDS ACCEPTABLE IMC	%	EXCÈS DE POIDS IMC	%
<b>Hommes</b>						
15-19 ans	<19	11,0	19-24	69,2	$\geq 25$	19,9
20-44 ans	<20	5,6	20-26	64,4	$\geq 27$	30,0
45-64 ans	<20	2,4*	20-26	56,7	$\geq 27$	40,9
65-80 ans	<24	32,7	24-26	34,2	$\geq 27$	33,1
81 ans et plus	<24	45,4	$\geq 24 < 29$	47,1	$\geq 29$	7,5**
<b>Total</b>		<b>8,6</b>		<b>59,1</b>		<b>32,4</b>
<b>Femmes</b>						
15-19 ans	<19	21,2	19-24	66,8	$\geq 25$	12,0
20-44 ans	<20	18,3	20-26	63,1	$\geq 27$	18,6
45-64 ans	<20	6,4	20-26	62,8	$\geq 27$	30,8
65-80 ans	<24	37,7	24-26	27,5	$\geq 27$	34,8
81 ans et plus	<24	44,4	$\geq 24 < 29$	40,9	$\geq 29$	14,8*
<b>Total</b>		<b>18,2</b>		<b>58,0</b>		<b>23,8</b>
<b>Sexes réunis</b>		<b>13,4</b>		<b>58,5</b>		<b>28,1</b>

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

<sup>1</sup> Santé Québec classe l'excès de poids et l'obésité chez les 15 à 19 ans en utilisant un seuil d'IMC unique ( $> 25$ ).



## 2.2 ENFANTS ET ADOLESCENTS

L'excès de poids chez les enfants aux États-Unis est également en progression depuis vingt ans. Tels sont les résultats de l'enquête NHANES réalisée entre 1963 et 1991 (Troiano *et al.*, 1995). L'objectif de cette étude consistait à établir la prévalence et les tendances de l'excès de poids chez les enfants et les adolescents dans la population étatsunienne. L'enquête, qui s'est déroulée en cinq phases, a rassemblé des données dans des échantillons variant de 3 000 à 14 000 jeunes âgés de 6 à 17 ans. La prévalence des enfants à risque d'excès de poids a été estimée par les valeurs supérieures au 85<sup>e</sup> percentile de l'IMC, alors que la prévalence de l'excès de poids se définissait par les valeurs supérieures au 95<sup>e</sup> percentile de l'IMC et ce, en fonction des résultats des phases II et III de l'enquête. La prévalence des enfants de 6 à 17 ans à risque d'excès de poids établie à partir des données recueillies entre 1988 et 1991 est de 22% et celle de l'excès de poids de 11 % (Troiano *et al.*, 1995 ; Berg, 1996). Ces résultats montrent que la prévalence de l'excès de poids a progressé de 7 % depuis 1963 (Berg, 1997).

Une étude française parue en 1995 a vérifié l'augmentation de la prévalence de l'obésité infantile à partir des études publiées pendant dix ans (Frelut *et al.*, 1995). Les études retenues avaient la même méthodologie. Les résultats montrent une augmentation de la prévalence de 28 % en France, de 21 % à 65 % en Grande-Bretagne, selon le sexe et le groupe d'âge, de 53 % au Japon et de 60 % aux États-Unis. En Finlande, les résultats sont demeurés stables sur une période de six ans. On explique cette stabilité du fait que ce pays, exposé à un fort risque cardiovasculaire lié à une dyslipidémie d'origine génétique, a fait des efforts de promotion de la santé auprès des enfants.

### EN RÉSUMÉ

L'obésité est en progression dans plusieurs pays. Certains auteurs parlent d'épidémie d'obésité (WHO, 1998). Aux États-Unis, la prévalence de l'excès de poids ( $IMC \geq 27 \text{ kg/m}^2$ ) a augmenté de 8 % depuis 1976-1980. Selon les données de 1992, on estime que 15 % des femmes et 12 % des hommes américains étaient obèses ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ). Par comparaison, à la même époque, l'obésité touchait 9 % des femmes et 8 % des hommes au Canada. La prévalence de l'obésité est également en progression chez les enfants et les adolescents aux États-Unis. La tendance à l'accroissement de l'obésité n'est cependant pas clairement établie au Canada. Ainsi, les données disponibles n'indiquent aucun changement majeur depuis une vingtaine d'années.

Toutefois, au Québec, les plus récentes données révèlent que l'excès de poids ( $IMC \geq 27 \text{ kg/m}^2$ ) et l'obésité ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) sont en progression depuis 1987, l'excès de poids ayant à lui seul augmenté de 45 % chez les hommes et de 43 % chez les femmes. L'excès de poids, de l'ordre de 28 % dans la population en général, est plus élevé chez les hommes. L'obésité atteint 13 % des Québécois.

Lorsque l'obésité est estimée à partir de la circonférence abdominale, on s'aperçoit que la proportion d'individus obèses s'accroît avec l'âge et qu'elle est plus importante chez les hommes. De plus, la probabilité pour les hommes de devenir obèses ou de présenter un excès de poids est plus élevée que celle des femmes. Conséquemment, on peut penser que les hommes présentent un risque plus grand que les femmes de développer une pathologie liée à l'obésité.

## Chapitre 3

# FACTEURS ASSOCIÉS AU DÉVELOPPEMENT DE L'OBÉSITÉ

Les causes de l'obésité sont multiples et les liens entre elles, encore mal connues (WHO, 1998). Ainsi, on parlera de facteurs favorisant le développement de l'obésité plutôt que de ses causes.

### 3.1 FACTEURS MÉTABOLIQUES

L'obésité est la conséquence d'un dérèglement du métabolisme. On peut concevoir le métabolisme énergétique comme le mécanisme physiologique par lequel le corps accumule et met en réserve l'énergie provenant des aliments. Ces réserves énergétiques sont nécessaires aux différentes fonctions de base de l'organisme. La réalisation des activités quotidiennes suppose la transformation des tissus adipeux en acides gras qui, de concert avec le glycogène libéré par le foie et les muscles, produit de l'énergie (thermogénèse).

L'excès de masse grasse est souvent décrit comme la conséquence d'un apport énergétique plus important que les dépenses énergétiques quotidiennes (Winick, 1996 ; Health Services and Promotion Branch, 1991). Toutefois, on retrouve chez les obèses des individus dont le métabolisme au repos est plus lent que la norme, c'est-à-dire dont le corps requiert une quantité minimale d'énergie, inférieure à la moyenne des individus, pour assurer les fonctions vitales. En conséquence, ces personnes transforment moins de tissus adipeux en énergie, d'où une masse grasse excédentaire (Winick, 1996 ; Cooney et Storlien, 1994). Des facteurs génétiques influencent l'équilibre du métabolisme en agissant sur l'apport et les dépenses énergétiques (Bouchard et Pérusse, 1993).

### 3.2 PRÉDISPOSITIONS GÉNÉTIQUES

Il est bien connu que l'obésité et la localisation abdominale des tissus adipeux sont des phénomènes partiellement influencés par les gènes (Bouchard et Pérusse, 1993).

De ce fait, il existe un risque familial d'hériter de l'obésité, ce risque étant fonction de l'importance de l'obésité chez un ou les deux parents (Glenny *et al.*, 1997 ; Pérusse, 1998). Ainsi, une personne dont l'un des parents est obèse connaît une probabilité de 60 % de devenir elle-même obèse, cette probabilité s'élevant à 90 % lorsque les deux parents sont obèses (Sizer, 1994).

Les études comparant des jumeaux à des sujets adoptés ont clairement établi que les facteurs génétiques sont les déterminants critiques du développement de l'obésité (Bouchard et Pérusse, 1993). Chez les jumeaux élevés dans des foyers différents, la corrélation des facteurs génétiques avec l'IMC est légèrement inférieure aux résultats concernant des jumeaux élevés ensemble. La ressemblance des IMC chez les adultes d'une même famille laisse supposer qu'elle est associée à un patrimoine génétique commun, plutôt qu'au fait de partager le même environnement (Kuss, 1996 ; Bouchard et Pérusse, 1993).

Toutefois, l'hérédité exerce une influence sur le développement de l'obésité grâce à une interaction entre les facteurs génétiques et l'environnement. Cette interaction ferait appel aux gènes dits « de susceptibilité », qui modifient l'équilibre énergétique sous l'effet de facteurs environnementaux tels que la sédentarité ou une alimentation riche en matières grasses (Pérusse, 1998).

Les origines génétiques de l'obésité déterminent à la fois la quantité de tissus adipeux et leur localisation (Bouchard et Pérusse, 1993 ; Rebuffé-Scrive, 1996). Ainsi, les résultats issus d'études familiales révèlent que l'hérédité explique de 5 % à 25 % de la variation de la quantité totale de tissus adipeux et de 40 % à 50 % de la variation de leur distribution (Bouchard et Pérusse, 1993 ; Pérusse, 1998). Ces résultats impliquent que, pour une quantité de tissus adipeux donnée, certains individus se retrouvent avec plus de masse grasse au niveau du tronc ou de l'abdomen, alors que d'autres voient leurs réserves de tissus adipeux localisées au niveau inférieur du corps. Par ailleurs, l'hérédité ne semble pas associée à l'obésité de type viscéral (Bouchard et Pérusse, 1993).

### 3.3 FACTEURS HORMONAUX

Les tissus adipeux servent à la fois de réservoir et de site au métabolisme des hormones (Kopelman, 1994). À l'inverse, la variation de la production des hormones sexuelles influence l'accumulation et la distribution de la masse grasse (St-Jeor, Silverstein et Shane, 1996 ; Kopelman, 1994 ; Rebuffé-Scrive, 1996). En effet, la diminution de la production d'hormones sexuelles est positivement associée à un volume plus important de graisse abdominale (St-Jeor, Silverstein et Shane, 1996 ; Rebuffé-Scrive, 1996). Par exemple, la testostérone facilite la mobilisation de la masse grasse et inhibe son accumulation dans la région abdominale. Toutefois, bien que la production d'hormones sexuelles reste constante chez l'homme, la production de testostérone diminue avec l'âge. Plus le niveau de testostérone diminue chez les hommes, plus le volume de la masse grasse augmente, ce qui entraîne son accumulation dans la région abdominale. Les femmes préménopausées tendent à brûler les graisses de la région abdominale, ce qui devient plus difficile après la ménopause lorsqu'elles cessent de produire des hormones sexuelles (Rebuffé-Scrive, 1996).

Le cortisol est une hormone présente dans la gestion de la douleur et de l'anxiété et il favorise également la distribution abdominale de la masse grasse (*ibid*). Ainsi, les femmes atteintes de la maladie de Cushing, caractérisée par une production importante de cortisol, accumulent deux à trois fois plus facilement de masse grasse dans la région abdominale, comparativement aux autres femmes.

Les dérèglements du métabolisme sont parfois causés par des désordres de fonctionnement endocriniens tels que l'hypothyroïdie, une affection de la glande thyroïde ayant pour conséquence une production insuffisante d'une hormone appelée thyroxine. Or, l'un des rôles de cette hormone consiste à stimuler le métabolisme. La production insuffisante de cette hormone a pour effet de ralentir le métabolisme et de favoriser l'accumulation de réserves énergétiques et, donc, l'excès de poids (Jebb, 1997).

L'influence des facteurs hormonaux sur le développement de l'obésité agit de concert avec certains facteurs environnementaux. Ainsi, une étude suédoise révèle une corrélation positive entre la mesure de la circonférence abdomen/hanches, la consommation d'alcool, le tabagisme, un niveau élevé de cortisol et une production réduite d'hormones sexuelles. Le stress, en particulier celui de nature incontrôlable, dans lequel l'individu se sent subordonné et frustré, s'accompagne également d'une augmentation de la sécrétion de cortisol et d'une diminution des hormones sexuelles qui favorise le développement de l'obésité androïde (Rebuffé-Scrive, 1996).

### 3.4 FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Plusieurs éléments présents dans l'environnement favorisent l'excès de masse corporelle. Un des principaux facteurs tient au fait que l'Occident profite d'une des plus longues périodes de sécurité alimentaire de l'histoire. Contrairement aux pays en voie de développement, l'ensemble des pays industrialisés ont accès à une nourriture abondante et variée. Or, la physiologie humaine serait génétiquement adaptée à la possibilité de périodes de famines prolongées, grâce à un mécanisme

ralentissant l'usage de la masse grasse en période de disette. Ce mécanisme favorise l'accumulation de la masse grasse en période d'abondance, en prévision de la prochaine disette. La présence de cette caractéristique génétique rendrait certaines personnes plus vulnérables que d'autres au gain de poids dans les périodes d'abondance alimentaire (Wardle, 1995 ; Fischler, 1990).

Une autre conséquence de l'actuelle période de sécurité alimentaire est l'accès accru à des aliments riches en gras et en glucides, dont l'effet est de maintenir et d'augmenter les réserves de graisses, ce qui contribue également à la recrudescence de l'obésité (James, 1995). Le fait qu'un nombre croissant de personnes mangent de plus en plus souvent à l'extérieur de leur domicile, ayant ainsi accès à des aliments peu coûteux et riches en gras dans les chaînes de restauration rapide, explique aussi l'accroissement de l'excès de poids, entre autres, chez les adolescents (James, 1995 ; Troiano *et al.*, 1995). Par ailleurs, les gens recherchent l'établissement qui leur en donnera le plus pour leur argent. En s'adaptant à la loi de l'offre et de la demande, les restaurateurs tendent à offrir des portions plus généreuses à leurs clients (Berg, 1996).

### 3.5 SÉDENTARITÉ

L'actuelle période de sécurité alimentaire en Occident s'est également accompagnée d'innovations technologiques (automobile, mécanisation, électroménagers, informatisation, etc.) permettant d'augmenter la productivité en un temps réduit, tant au travail qu'à domicile. D'autres innovations ont également permis la venue de loisirs exigeant peu d'énergie sur le plan physique (télévision, cinéma, vidéo, ordinateur, etc.). Toutes ces innovations, de même que la réorganisation du travail et du mode de vie qu'elles ont engendrée ont eu pour effet de réduire considérablement l'investissement en énergie physique exigé pour l'accomplissement des tâches quotidiennes et de favoriser la sédentarité (Troiano *et al.*, 1995 ; James, 1995).

D'autres facteurs tels que la croissance de la violence urbaine, générant plus d'insécurité dans la population, ainsi que des lacunes de planification prévoyant des espaces de jeux et des parcs dans les villes auraient eu pour effet d'inciter les gens à demeurer à domicile, favorisant ainsi la sédentarité (James, 1995). Certaines habitudes de vie liées à la sédentarité, comme le tabagisme et la consommation d'alcool, contribuent également à augmenter l'excès de poids dans la population. Par exemple, il semble que les fumeurs présentent un niveau d'activité physique moindre que les non-fumeurs et qu'ils consomment plus de gras saturés et moins de fruits, de légumes et de céréales riches en fibres (Caan *et al.*, 1996).

Autre conséquence de la sédentarité, la réduction de la pratique de l'activité physique demeure l'un des facteurs les plus fréquemment invoqués pour expliquer la recrudescence de l'excès de poids (Kuss, 1996). D'anciennes études sur l'obésité suggéraient que les personnes obèses étaient moins actives que les personnes de poids normal (Wardle, 1995). Encore aujourd'hui, l'absence d'activité physique régulière est considérée comme un facteur de mauvais pronostic pondéral (Basdevant *et al.*, 1998). Toutefois, l'influence de l'activité physique sur l'équilibre entre l'apport et la dépense énergétique reste à préciser, bien que son effet en matière de maintien du poids, de l'amélioration de l'image corporelle et de la diminution des risques de maladies cardiovasculaires soit davantage reconnu (Wardle, 1995).

### 3.6 ÂGE

Pour des raisons relevant à la fois de facteurs génétiques et hormonaux, plusieurs études démontrent une augmentation importante de l'obésité avec l'âge, en particulier chez les femmes (Wardle, 1995). Aux États-Unis et dans d'autres pays industrialisés, on observe que le niveau de la masse grasse totale et abdominale s'accroît avec l'âge parmi l'ensemble de la population. Cependant, certaines études

expliquent l'association entre l'âge et l'augmentation de la masse grasse par une décroissance de l'activité physique avec l'âge, plutôt que comme une conséquence inévitable du vieillissement (Davy et al., 1996).

### 3.7 GROSSESSE ET OBÉSITÉ

Selon une croyance très répandue, la grossesse serait une cause d'obésité (St-Jeor, Silverstein et Shane, 1996). Toutefois, les avis associant grossesse et excès de poids sont partagés. Ainsi, des études présentent la grossesse comme une période contribuant à une plus grande prévalence de l'obésité chez les femmes (*ibid*).

Une revue de la documentation effectuée à partir d'un corpus d'articles rédigés au cours des dix dernières années a examiné les variations de poids liées à la grossesse ou en post-partum (Lederman 1993). Cette étude conclut que le vieillissement est un déterminant majeur de l'augmentation du poids, associé à la parité (nombre de grossesses) dans les études transversales. L'accroissement du poids moyen au cours d'un cycle reproductif (prégrossesse - 1 an post-partum) est inférieur à 1,4 kg. Toutefois, les femmes obèses ou présentant un excès de poids avant d'être enceintes tendent à montrer des variations pondérales (augmentation et diminution) plus importantes au cours de leur grossesse que les femmes de plus faible poids. Le fait que la masse corporelle soit sous-rapportée avant la grossesse, en particulier par les femmes obèses, contribue probablement à surestimer le gain de poids à la grossesse et l'estimation de la rétention pondérale. Un nombre peu élevé de femmes connaissent un gain de poids important au cours d'un cycle de reproduction. Les études existantes n'arrivent pas à lier ce phénomène à la grossesse. Certaines femmes prennent du poids en post-partum, ce qui suggère que les facteurs associés au style de vie, tels que la cessation du tabagisme ou l'inactivité occasionnée par une période de chômage plus ou moins prolongée suivant l'accouchement, peuvent être des déterminants importants du gain de poids observé au cours d'un cycle de reproduction.

### 3.8 FACTEURS ETHNIQUES ET SOCIO-ÉCONOMIQUES

L'obésité est parfois décrite selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Ainsi, bien que l'obésité ne soit pas associée à l'origine ethnique, certains groupes ethniques offrent une prévalence plus élevée d'obésité, comparativement à la population en général. Tel est, par exemple, le cas des populations autochtones du Nord québécois et de la région métropolitaine (Health Services and Promotion Branch, 1991 ; Schaefer, 1997). Toutefois, chez ces populations autochtones, le lien entre l'IMC et les risques de mortalité et de morbidité reste à préciser puisque les études montrant ces associations sont généralement effectuées auprès d'échantillons caucasiens.

Dans les pays développés, la distribution socio-économique de l'obésité s'est transformée : de nos jours, les gens biens nantis ont tendance à être plus minces que les pauvres contrairement à ce qui est observé dans les pays en voie de développement (Wardle, 1995 ; Fischler, 1990 ; Kuss, 1996). La pauvreté et un faible niveau de scolarité augmentent la prédisposition à l'obésité et sa progression (St-Jeor, Silverstein et Shane, 1996 ; Fischler, 1990 ; Glenny et al., 1997). Ainsi, les résultats d'une étude réalisée sur un échantillon de femmes de New York révèlent que l'obésité majeure est sept fois plus fréquente en milieu socio-économiquement défavorisé qu'en milieu favorisé (Fischler, 1990).

Sobal et Stunkard avaient établi la relation inverse entre le statut socio-économique et l'IMC en révisant 144 études. Toutefois, la plupart des études révisées étaient transversales, le niveau d'obésité et le statut socio-économique n'étant colligé qu'au moment où les sujets étaient assignés à l'étude (Sorensen, 1995). Certaines études, dont celle de Goldblatt, Moore et Stunkard (1965, cité dans Sorensen, 1995), indiquent que l'obésité constitue une limite à la mobilité sociale, c'est-à-dire

qu'elle contraind la différence entre le statut socio-économique d'un sujet adulte et celui de ses parents, et ce, en raison des préjugés qui lui sont associés. Dans ce contexte, l'obésité constitue une cause plutôt qu'une conséquence de la pauvreté (*ibid*). Telles sont également les conclusions de l'étude de Gortmaker *et al.* (1993) réalisée à partir d'un échantillon de 10 039 sujets sélectionnés au hasard et suivis entre 1981 et 1988. Les caractéristiques des sujets présentant un excès de poids ( $n=370$ ) relevées au début de l'étude ont été comparées à celles des sujets ayant diverses pathologies chroniques. Les données obtenues huit ans plus tard révèlent que les femmes montrant un excès de poids avaient une scolarité moindre, étaient moins souvent mariées, avaient un revenu plus faible et étaient globalement plus pauvres que les femmes qui n'avaient pas d'excès de poids, et ce, indépendamment de leur origine socio-économique. Bien que les mêmes tendances soient également rapportées chez les hommes présentant un excès de poids au début de l'étude, les conséquences au regard de l'appauvrissement sont plus importantes chez les femmes. En effet, les employeurs ont des réticences à embaucher des personnes obèses, en particulier si elles sont de sexe féminin (Kuss, 1996 ; Friedman et Brownell, 1995 ; Crandall et Biernat, 1990 ; Robinson, Bacon et O'Reilly, 1993). L'étude Midtown Manhattan a montré que le fait d'être une femme obèse constitue un véritable désavantage économique (Crandall et Biernat, 1990). Les femmes obèses sont donc plus sujettes que les femmes de poids normal à faire partie de la classe socio-économiquement défavorisée.

Dans l'étude de Gortmaker *et al.* (1993), les caractéristiques des personnes ayant des problèmes de santé chroniques et des personnes ne présentant pas d'excès de poids étaient semblables aux deux moments de l'étude, ce qui permet d'exclure l'effet de l'obésité comme facteur associé à des états pathologiques limitant l'amélioration des conditions socio-économiques. L'explication se trouve plutôt du côté de la stigmatisation sociale et de la discrimination subie par les personnes obèses à divers paliers, dont celui de l'emploi, et ce, peu importe leur origine socio-économique. La situation de pauvreté générée contribue au maintien du problème, d'où une relation circulaire entre obésité et pauvreté. Parmi les causes possibles de l'augmentation du poids chez les individus socio-économiquement défavorisés, on fait mention de leur difficulté à se procurer des aliments faibles en calories, lesquels sont habituellement plus coûteux, ainsi que de l'adoption d'habitudes de vie peu favorables à la santé (WHO, 1998). Par exemple, les personnes ayant peu de ressources financières tendent à passer plus de temps devant la télévision, celle-ci étant la source de loisirs la plus accessible.

### 3.9 ADIPOSITÉ ET FÉCONDITÉ

Chez les êtres humains, la distribution et la quantité de tissus adipeux varient selon le sexe. À la naissance, les filles offrent proportionnellement plus de tissus adipeux que les garçons (Fischler, 1990). La différence de quantités de masse grasse entre les sexes se maintient jusqu'à 60 ans, puis tend à s'amenuiser (Kuss, 1996).

On a vu précédemment que la masse grasse se retrouve au niveau du tronc et de l'abdomen chez les hommes alors qu'elle se localise principalement au niveau des glandes mammaires, des fesses et des cuisses chez les femmes. Cette spécificité sexuelle de la distribution des tissus adipeux est associée chez les femmes au déclenchement et au maintien des menstruations, à la sélection du partenaire de reproduction ainsi qu'à la grossesse et à l'allaitement (Fischler, 1990 ; Norgan, 1997). À la puberté, les jeunes filles connaissent une augmentation appréciable de leur pourcentage de masse grasse. Au moment des premières règles, il doit représenter 17 % du poids (Kirkley, 1989). L'augmentation de l'adiposité chez les femmes est donc une condition nécessaire pour assurer la reproduction de l'espèce humaine. En effet, le système reproducteur féminin ne peut fonctionner qu'avec une réserve de graisse minimale, faute de quoi l'ovulation et la conception ne peuvent avoir lieu. Ainsi, en période de disette, les femmes ont moins d'enfants. Par exemple, lorsqu'en 1944 la Hollande connaissait une pénurie alimentaire, son taux de fécondité a chuté de 50 % (Fischler, 1990).

### 3.10 DÉRÈGLEMENT DES HABITUDES ALIMENTAIRES

Le dérèglement des habitudes alimentaires désigne l'ensemble des comportements anormaux liés à l'alimentation. Il existe sur un continuum variant de l'alimentation normale aux comportements alimentaires dysfonctionnels, incluant donc tout un ensemble de comportements, sauf les désordres alimentaires déjà décrits au plan clinique (ex : boulimie, anorexie, frénésie alimentaire). L'intensité de ces dérèglements varie de légère à sévère. Les comportements alimentaires dysfonctionnels les plus courants incluent les restrictions alimentaires, l'alimentation à des fins de compensation émotionnelle et le syndrome de diète chronique.

Les comportements alimentaires dysfonctionnels sont adoptés afin de maigrir, d'améliorer son image corporelle ou à des fins d'apaisement, pour compenser un manque ou chasser une émotion négative telle que le stress, l'anxiété, la colère, la solitude et l'ennui. Ce type de comportements est stimulé par un ensemble de signaux externes tels que la « volonté », une diète planifiée, ou par des signaux émotionnels ou sensoriels (odeur, vue des aliments). Les études révèlent que ce type de comportements est extrêmement prévalent, en particulier chez les femmes et les jeunes filles et ce, sous l'effet de la pression sociale à la minceur (Berg, 1997).

Bien que ces comportements visent la réduction du niveau de stress, ils ne font, dans les faits, qu'accroître le problème. Qu'ils s'agisse de modes alimentaires irréguliers, de sous-alimentation ou de suralimentation, les comportements alimentaires dysfonctionnels ont des conséquences négatives au plan physiologique et psychologique. L'alimentation normale est déterminée par un système de contrôle interne qui équilibre l'ingestion de nourriture en fonction des dépenses énergétiques, par les signaux de faim et de satiété. En présence du signal de la faim, la personne mange jusqu'à ce qu'elle ait la sensation de satiété. Or, la principale conséquence physiologique des comportements alimentaires dysfonctionnels consiste en un dérèglement des signaux de faim et de satiété (Wardle, 1995). Des comportements de sous-alimentation chronique occasionneront un poids sous la normale, un sentiment de grande fatigue et de manque d'énergie alors que des comportements de suralimentation favoriseront un poids au-dessus de la normale chez les personnes ayant des prédispositions à l'obésité et dont l'importance grandira avec les années. De la tendance mitoyenne entre ces comportements extrêmes résultera une variation du poids, appelé effet « Yo-Yo », dont les conséquences sur la santé sont documentées plus loin dans une autre section.

Les comportements de suralimentation ne sont pas le seul fait des personnes obèses ; ils touchent également des personnes de poids normal. Cependant, les personnes obèses sont plus sujettes que les personnes non obèses à développer ce type de comportements, en réaction à leurs épisodes de restriction alimentaire. Par ailleurs, les personnes ayant subi un traumatisme familial ou un abus sexuel à l'enfance ou à l'âge adulte sont également particulièrement vulnérables à ces comportements (Jarvis et Copeland, 1997 ; Baldo, Wallace et O'Halloran, 1996 ; Everill et Waller, 1995). Toutefois, certaines études ajoutent que la dépression, l'IMC et l'insatisfaction à l'endroit de son poids seraient plus fortement associés aux désordres alimentaires que le fait d'avoir été abusé sexuellement (Meyer et al., 1997).

### 3.11 OBÉSITÉ CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

L'obésité peut se développer à divers moments de la vie : chez le nourrisson, l'enfant, l'adolescent et l'adulte. Certaines prédispositions à l'obésité pourraient même être d'origine intra-utérine (Kuss, 1996). Les résultats d'une étude réalisée sur des rats en gestation montrent que, dans les dernières semaines précédant la mise bas, le nombre de cellules adipeuses augmentait considérablement chez les fœtus des femelles suralimentées (*ibid*). De façon générale, le risque d'excès de poids chez les adultes augmente avec l'importance de l'excès de poids à l'enfance ou à l'adolescence (Troiano et al., 1995). La probabilité qu'un enfant obèse devienne un adulte obèse augmente avec son niveau

d'obésité, son âge et le nombre d'individus obèses dans sa famille (Canadian Task Force, 1994). Toutefois, l'adiposité des enfants et des adolescents constitue un faible facteur de prédiction de l'obésité adulte dans la population en général (Power, Lake et Cole, 1997). En effet, bien que les enfants obèses tendent à devenir obèses plus tard, la majorité des adultes obèses ne l'étaient ni à l'enfance ni à l'adolescence (Power, Lake et Cole, 1997 ; Troiano et *al.*, 1995).

L'obésité chez les enfants est atténuée par leur croissance. Cependant, les enfants obèses sont prématurément exposés à des facteurs liés au développement de maladies cardiovasculaires de même, une fois adultes, qu'à une surmortalité par divers types de cancers (Frelut et *al.*, 1995). La limitation de l'activité physique en réponse à l'augmentation du poids et les moqueries subies par les enfants obèses peuvent avoir des conséquences très négatives sur leur état de santé physique et mentale.

## EN RÉSUMÉ

Le développement de l'obésité est influencé par divers facteurs de nature physiologique, environnementale, sociale et psychologique. La figure 1 brosse un portrait assez exhaustif des facteurs associés à l'augmentation de la prévalence de l'obésité et des problèmes liés à l'image corporelle. On constate qu'ultimement, des macro facteurs tels que la globalisation des marchés sont liés à l'accroissement de ces problèmes.

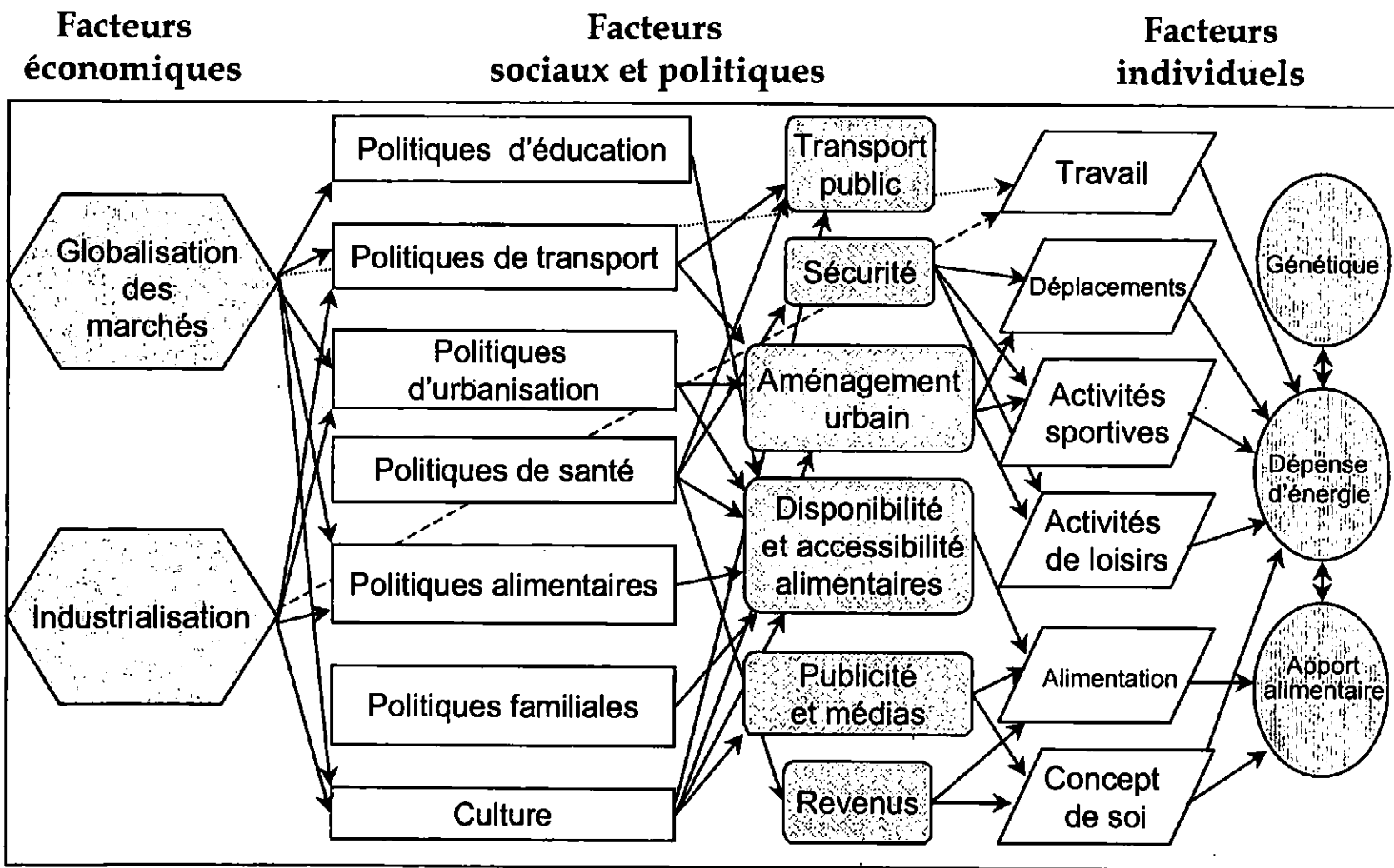
On peut d'abord considérer l'obésité comme la conséquence d'un dérèglement du métabolisme énergétique, associé à un apport énergétique excédentaire compte tenu des dépenses énergétiques ou d'un ralentissement du métabolisme basal. Certaines prédispositions génétiques ainsi que des facteurs hormonaux favorisent le développement de l'obésité. Le fait d'avoir été obèse à l'enfance ou d'être issu de parents obèses accroît le risque d'obésité à l'âge adulte. L'âge, la parité et le fait d'être une femme sont des facteurs positivement liés au développement de l'obésité.

Des facteurs de nature environnementale ont également participé à l'augmentation importante de la prévalence de l'obésité. Ainsi, la période prolongée de sécurité alimentaire dont profite l'Occident depuis 50 ans et le phénomène accru de sédentarité, conséquence des modifications accélérées du mode de vie au XX<sup>e</sup> siècle par l'introduction des diverses technologies, sont des facteurs ayant grandement contribué à l'augmentation de la prévalence de l'obésité. La mécanisation du mode de vie aura également pour effet de stimuler la restauration rapide et peu coûteuse. Le manque d'aires de récréation et de loisir dans les plans d'urbanisme, la diminution de la pratique de l'activité physique, de même que certaines habitudes de vie (tabagisme, consommation d'alcool) sont également liés à la progression de l'obésité.

Les comportements alimentaires dysfonctionnels tels que le syndrome de diète chronique et, à l'inverse, les comportements associés à un usage incontrôlé de nourriture, très souvent en réaction à l'adoption de régimes amaigrissants, influencent de façon importante le développement de l'obésité. Enfin, un faible statut socio-économique est lié de façon circulaire à l'obésité. Ainsi, des éléments liés au fait de disposer de faibles ressources alimentaires, éducatives et de loisirs expliquent partiellement le lien entre obésité et pauvreté. On sait qu'à l'inverse, le fait d'être obèse s'avère souvent un facteur de discrimination à l'emploi et d'exclusion du marché du travail. À ce chapitre, on peut considérer l'obésité autant comme une conséquence que comme une cause de la pauvreté.



Figure 1 - TOILE CAUSALE DES FACTEURS INFLUENÇANT LA PROBLÉMATIQUE DU POIDS \*



\* Les problèmes reliés au poids concernés par ce diagramme sont l'augmentation de la prévalence de l'obésité et de la préoccupation excessive à l'égard du poids

Adapté de Ritenbaugh C, Kumanyika S, Morabia A, Jeffrey R, Antipatis V. OITF 1999

## RISQUES PHYSIOLOGIQUES ET COÛTS ASSOCIÉS À L'OBÉSITÉ

Les risques pour la santé physique posés par l'obésité seront présentés ici en fonction des valeurs de l'IMC, l'unité de mesure la plus couramment acceptée pour estimer l'excès de tissus adipeux.

Plusieurs études font état d'une association importante entre l'obésité, la mortalité et la morbidité, en raison du rôle joué par l'obésité dans le développement de nombreuses pathologies. Ainsi, on estime que tous les individus adultes présentant un excès de poids ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) ont un risque important de développer une pathologie associée à l'obésité telle que l'hypertension, un niveau élevé de lipides sanguins, le diabète non insulino-dépendant et les maladies cardiovasculaires. L'obésité accroît également le risque de la mortalité par divers types de cancer. L'obésité est entre autres associée à la dyslipidémie ( $RR > 3$ ), à l'hyperuricémie ( $RR: 2-3$ ), à l'ostéoarthrose ( $RR: 2-3$ ), aux problèmes respiratoires ( $RR > 3$ ) ainsi qu'aux anomalies hormonales. L'effet de l'excès pondéral sur la morbidité s'accroît selon son importance et sa durée, facteurs habituellement liés à l'âge et à la production hormonale (St-Jeor, Silverstein et Shane, 1996).

### 4.1 OBÉSITÉ, HYPERTENSION ET MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Les maladies cardiovasculaires constituent la cause première de morbidité et de mortalité en Amérique du Nord. L'excès de poids est lié à l'augmentation de la prévalence des facteurs de risque associés aux maladies cardiovasculaires tels que l'hypertension, une concentration élevée de lipides sanguins et le diabète. L'étude Framingham Heart Study a établi que l'excès de poids arrive au troisième rang des facteurs prédictifs d'une maladie cardiovasculaire, après l'âge et la dyslipidémie (WHO, 1998). Des résultats identiques émergent d'une importante étude prospective réalisée auprès de femmes américaines (*ibid*).

L'association entre hypertension et obésité est un fait bien documenté. L'étude NHANES II a démontré que la prévalence de l'hypertension était presque trois fois plus importante chez les personnes obèses comparativement aux personnes de poids normal (*ibid*). Chez les personnes obèses, le risque de développer de l'hypertension est presque six fois plus élevé chez les 20-44 ans que chez les 45-74 ans (*ibid*). Le risque de développer de l'hypertension augmente avec la durée de l'excès de poids, en particulier chez les femmes. Une perte de poids s'accompagne habituellement d'une réduction de l'hypertension (*ibid*).

La distribution des tissus adipeux est un déterminant important des anomalies métaboliques et du risque cardiovasculaire, et ce, de façon indépendante de l'IMC. L'incidence de ces maladies est particulièrement importante chez les individus présentant une distribution des tissus adipeux au niveau abdominal. De plus, on estime qu'un excès de poids supérieur de 10 % à la moyenne suffit pour augmenter la mortalité par maladies cardiovasculaires. L'accroissement du niveau de cholestérol plasmatique et des triglycérides accompagnant un gain de poids ou l'hyperinsulinémie qui augmente la production des lipoprotéines à faible densité favorise le développement de ces maladies (St-Jeor, Silverstein et Shane, 1996 ; James, 1995 ; ADA, 1995). On estime qu'une réduction de 10 % de la masse corporelle donnerait lieu à une diminution significative du risque de développer une maladie coronarienne (WHO, 1998).

Une étude de survie a été réalisée auprès d'un groupe de 3 155 hommes d'âge moyen, ne présentant aucune maladie, pour déterminer, de façon prospective, la relation de l'IMC et du ratio de la circonférence abdomen/mollet avec l'incidence de cancer et de maladies cardiovasculaires (Carnelli, Zhang et Swan, 1997). La cohorte a été suivie pendant 33 ans. Les résultats indiquent qu'un petit groupe d'hommes plus âgés, obèses et normotensifs (N=71) présentaient un risque particulièrement élevé de mortalité attribuable à une maladie cardiovasculaire. Les auteurs de l'étude ont observé un risque de mortalité par maladie cardiovasculaire plus important chez les hommes plus jeunes, offrant une obésité centrale et des niveaux de tension artérielle plus faibles que leurs condisciples du même âge moins obèses. L'étude de survie par arborescence comporte toutefois certaines limites. Premièrement, l'arborescence est réalisée à partir de variables souvent fortement corrélées. Ensuite, la comparaison des sous-groupes peut masquer l'effet confondant des maladies fortement associées à l'âge et ses conséquences en matière de mortalité. L'étude de survie par arborescence est une méthode exploratoire qui ne constitue pas une représentation définitive des interactions entre co-variables et distribution de survie.

Chez les femmes, la mortalité causée par les maladies cardiovasculaires est plus importante que celle causée par tous les types de cancer (ADA, 1995). L'excès de poids est associé à 40 % des maladies coronariennes chez les femmes. Bien qu'il triple le risque de l'hypertension, ce risque est toutefois 5,6 fois plus important chez les 20-45 ans que chez les 45-75 ans (St-jeor, Silverstein et Shane, 1996). De même, un gain de poids de 9 kg chez les femmes adultes double le risque de maladies cardiovasculaires, un excès de poids dépassant 40 % de la masse corporelle porte le risque relatif de maladies coronariennes à 2,07 et celui associé au diabète, à 7,90 (*ibid*).

L'étude Whitehall II ajoute une autre dimension au fait que l'obésité abdominale constitue un facteur de risque lié aux maladies cardiovasculaires (Brunner et al., 1997). Cette étude a été réalisée à partir de multiples mesures transversales utilisant des données recueillies entre 1991 et 1993. L'échantillon est formé de 4 978 hommes et 2 053 femmes âgés de 39 à 63 ans. Les résultats démontrent une association inverse entre le gradient social et la prévalence de syndromes métaboliques. Ainsi, le risque relatif de développer un syndrome métabolique en comparant le statut d'occupation le plus faible au plus élevé est de 2,2 chez les hommes (IC 95 %, 1,6-2,9) et de 2,8 chez les femmes (IC 95 %, 1,6-4,8). Le tabagisme et la consommation d'alcool sont des variables qui contribuent peu. De même, les comportements liés à la santé contribuent également peu à l'association entre syndromes métaboliques et facteurs sociaux.

La principale conclusion de cette étude est qu'il existe une forte relation inverse entre l'obésité centrale, les composantes des syndromes métaboliques et plasmatiques et le statut socio-économique. Ces résultats vont dans le même sens que ceux issus d'autres études. Les auteurs ajoutent que diverses variables psychosociales influencent cette relation de façon aussi importante que le niveau de sécurité matérielle. Ainsi, l'insécurité économique, l'insécurité professionnelle, un faible sentiment de contrôle au travail, des événements de vie stressants, un faible réseau social et la dépression constituent autant de facteurs psychosociaux qui, de concert avec des facteurs physiologiques tels que l'obésité abdominale, sont associés au développement des maladies cardiovasculaires.

#### 4.2 OBÉSITÉ ET DIABÈTE NON INSULINODÉPENDANT

L'adiposité centrale ou abdominale serait la variable la plus fortement associée à la résistance à l'insuline et en serait peut-être également la cause (Cooney et Storlien, 1994 ; Rebuffé-Scrive, 1996 ; Brindley, 1996). Kissebah et al. (1982) ont démontré que l'augmentation de l'obésité dans la partie supérieure du corps, mesurée par le ratio de la circonférence abdomen/hanches, s'accompagne d'une augmentation du niveau d'insuline en réponse à un niveau trop élevé de glucose sanguin. Chez les

adultes, un gain de poids supérieur à 5 kg en huit ans fait augmenter le risque de diabète de façon significative.

La prévalence du diabète non insulino-dépendant est trois fois plus importante chez les personnes obèses que chez les personnes de poids normal. Selon les études, 50 % à 80 % des personnes atteintes de diabète non insulino-dépendant de type 2 sont obèses (Basdevant et al., 1998).

Selon un autre auteur (1998), l'hyperinsulinémie aurait un effet anorexiant qui permettrait de réduire l'ingestion d'aliments (Tremblay, 1998). L'insuline administrée par voie intraveineuse occasionne une augmentation de l'activité sympathique musculaire. L'augmentation du tonus sympathique produirait des effets thermogéniques et anorexiants. Des travaux récents démontrent que l'insuline favorise la restabilisation pondérale chez les personnes présentant un bilan calorique positif. Ainsi, les résultats rapportés par l'étude de Schwartz (1995, cité dans Tremblay, 1988) montrent que les personnes les plus hyperinsulinémiques sont également celles qui gagnent le moins de poids corporel. L'hyperinsulinémie serait le moyen ultime de l'organisme pour retrouver un équilibre énergétique dans un environnement favorisant le gain de poids (Tremblay, 1998).

### 4.3 OBÉSITÉ ET CANCER

Plusieurs études ont établi une relation positive entre l'excès de poids et l'incidence de divers types de cancer, en particulier ceux d'origine hormonale (endomètre (RR : 5,42), ovaires (RR : 1,63), sein (RR : 1,53), col de l'utérus, prostate) ou gastrointestinale (colorectal, vésicule biliaire, pancréas, foie, rein) (Honjo et al., 1995 ; St-Jeor, Silverstein et Shane, 1996 ; Winick, 1996 ; Basdevant et al., 1998). Une importante étude prospective impliquant le suivi de 750 000 hommes et femmes pendant douze ans a révélé que le risque relatif de mortalité par cancer était de 1,33 et de 1,55 chez les hommes et les femmes obèses respectivement (WHO, 1998).

Les résultats de l'étude de survie par arborescence de Carnelli, Zhang et Swan (1997) montrent que le sous-groupe d'individus plus jeunes présentant une obésité centrale et n'ayant jamais fumé avait un risque de mortalité par cancer plus élevé que leurs condisciples plus minces. Le ratio de la circonférence abdomen/mollet a servi à l'identification des sujets obèses dans le groupe plus jeune, ce que n'aurait pas permis le recours à l'IMC. Les sujets offrant le plus grand risque de mortalité par cancer étaient les plus âgés, les plus obèses ainsi que ceux détenant les valeurs de tension artérielle systolique les plus élevées au début de l'étude. Inversement, le risque était considérablement réduit chez les sujets qui bénéficiaient d'un niveau d'éducation élevé, d'une faible tension artérielle, et qui étaient plus minces selon le ratio circonférence abdomen/mollet. De plus, les auteurs ont constaté une association directe entre la masse corporelle et la mortalité chez les non-fumeurs obèses mais aucun excès de mortalité chez les sujets plus minces et fumeurs.

En regard du cancer du sein particulièrement, une autre étude visait à examiner l'IMC à 18 ans et au milieu de la vie et la variation de masse corporelle, en relation avec l'incidence de cancer du sein et la mortalité due à cette cause (Huang et al., 1997). La population étudiée était formée de 95 256 infirmières âgées de 30 à 55 ans. Les données ont été colligées à l'aide d'un questionnaire postal, les principales variables étant l'incidence de cancer du sein, la mortalité par cancer du sein, l'âge, le poids, la taille, la parité, l'âge à la première naissance, le statut relatif à la ménopause (pré, post, incertain), l'âge à la ménopause et le type d'hormones ingérées en postménopause (œstrogène ou progestérone), la consommation d'alcool, la pratique de l'activité physique, l'IMC. Le devis consistait en une étude de cohorte réalisée de 1976 à 1992, avec un suivi aux deux ans, pour déterminer les cas de cancer nouvellement diagnostiqués et pour mettre à jour les informations sur les facteurs de risque. Le taux de suivi était de 95 %. Les cas exclus concernaient tous les sujets présentant un cancer, sauf les cas de cancer de la peau sans mélanome. Les résultats au terme de l'étude montrent une incidence de 2 517 cas de cancer du sein, dont 60 % sont apparus en postménopause. Un IMC

élevé est associé à la faible incidence de cancer du sein chez les femmes préménopausées et à la plus forte incidence de cancer du sein en post-ménopause chez les femmes n'ayant pas eu recours à l'hormonothérapie (RR : 1,59; IMC > 31 kg/m<sup>2</sup> c. < 20 kg/m<sup>2</sup>, IC 95 % (1,09-2,32) p < 0,001).

L'effet d'un excès de poids se fait en symbiose avec un autre facteur déterminant du développement d'un cancer du sein, soit la production d'un niveau élevé d'œstrogène et de progestérone. Cette association s'applique particulièrement aux femmes postménopausées et non aux femmes préménopausées. Ainsi, bien qu'on sache depuis plusieurs années que le fait de présenter un poids élevé accroît le risque de développer un cancer du sein, plusieurs études démontrent que les femmes préménopausées ont un risque peu important de développer ce type de cancer. En effet, il semble que l'obésité, en favorisant l'augmentation de l'anovulation chez les femmes préménopausées, réduise les niveaux d'œstradiol et de progestérone plasmatique (Huang *et al.*, 1997 ; Kelsey, 1997). L'obésité en préménopause aurait donc un effet protecteur contre le cancer du sein.

Par contre, chez les femmes obèses postménopausées, l'accroissement du risque s'expliquerait par le fait que la production d'œstrogène plasmatique dérive principalement des tissus adipeux, la quantité d'hormones étant fonction de l'adiposité (Kopelman, 1994 ; Kelsey, 1997).

Chez les femmes qui n'ont pas recours à l'hormonothérapie, la période de la vie au cours de laquelle le gain de poids se produit semble également influencer le niveau de risque. Ainsi, un gain de poids supérieur à 20 kg à l'âge adulte (après 18 ans) est positivement associé à l'incidence de cancer du sein en postménopause (RR : 1,99, IC 95 %, 1,43-2,76) (Huang *et al.*, 1997). On peut donc en conclure qu'en plus des changements hormonaux, compensés ou non par la thérapie de remplacement, l'incidence de cancer du sein semble influencée de façon importante par la variation pondérale à l'âge adulte.

#### 4.4 MORTALITÉ ET IMC

L'obésité est considérée par nombre d'études comme un facteur de risque lié au développement de nombreuses pathologies. Toutefois, certaines données doivent être interprétées avec prudence. Ainsi, l'obésité était habituellement perçue comme un facteur accroissant le risque de mortalité précoce, quelle qu'en soit son importance (Fischler, 1990). Or, au cours des années 1980, des études ont remis en question cette association. Parmi celles-ci, l'étude de Troiano *et al.* (1996), dont les résultats découlent d'une méta-analyse reposant sur une recension systématique des écrits, montre que l'association entre l'IMC et la mortalité est illustrée par une courbe dite en U. Cette courbe, estimée grâce à un suivi de 30 ans, indique que le risque de mortalité augmente en présence d'un IMC faible (IMC < 19-23 kg/m<sup>2</sup>) ou élevé (IMC > 29-30 kg/m<sup>2</sup>). C'est donc le niveau de gravité associé à l'insuffisance et à l'excès de poids qui détermine le risque de mortalité précoce. La principale critique adressée aux études associant IMC et mortalité est l'absence de contrôle des facteurs accroissant la mortalité tels que le tabagisme ou la préexistence de maladies chez les sujets. Or, les études contrôlant ces facteurs révèlent le maintien de la relation curvilinéaire entre l'IMC et la mortalité, le risque s'accroissant en présence d'un IMC inférieur à 23 et supérieur à 28 chez des individus non fumeurs et sans maladies préexistantes. Par ailleurs, la force de l'association entre la mortalité et l'IMC semble plus importante chez les hommes que chez les femmes (*ibid*). Bref, ce sont les individus aux prises avec un niveau important d'obésité ou une insuffisance pondérale qui présentent un risque accru de mortalité précoce (Ciliska, 1993).

#### 4.5 COÛTS ASSOCIÉS À L'OBÉSITÉ

Très peu de véritables évaluations économiques relatives à l'obésité ont été réalisées (Hughes et McGuire, 1997). Ces études s'intéressant aux coûts et aux bénéfices de l'introduction d'un nouveau

traitement ou d'une nouvelle technologie laissent place à pas plus d'une vingtaine d'études sur les coûts de l'obésité. Les coûts associés à l'obésité comprennent généralement les coûts directs, soit les coûts liés au traitement de l'obésité comme telle, les frais d'hospitalisation, les frais médicaux et les médicaments qui sont directement associées à l'obésité ou au traitement des co-morbidités. Les coûts indirects, quant à eux, comprennent la perte de revenus imputables à l'absentéisme ou la maladie, les coûts de chômage et d'invalidité et les coûts intangibles qui sont les coûts pour l'individu en matière de réduction de la qualité de vie (WHO, 1998).

Des études sur les coûts de l'obésité ont été réalisées dans certains pays, notamment aux États-Unis, en France, en Allemagne, en Finlande, aux Pays-Bas, en Australie et, très récemment, au Canada. Établis à partir de la prévalence d'un IMC  $\geq 27$  et en tenant compte de dix comorbidités associées à l'obésité, les coûts directs de l'obésité sont estimés à 1,8 milliard de dollars, soit 2,4 % des dépenses totales de soins de santé au Canada (Birmingham et al., 1999). L'analyse de sensibilité a révélé que le coût pourrait aller de 829 millions de dollars (1,1 % des dépenses totales de soins de santé au Canada) jusqu'à 3,5 milliards de dollars (4,6 % des dépenses totales). Les coûts estimés dans l'étude canadienne sont du même ordre que ceux évalués dans les autres pays développés. Dans les différentes études, ces coûts variaient entre 2 % et 7 % des coûts de santé selon les critères utilisés, donnant une indication claire que l'obésité engendre des dépenses de santé importantes (WHO, 1998). L'OMS émet cependant une mise en garde en regard des études de coûts : si elles permettent d'ordonner les problèmes par ordre croissant de coûts de santé, les priorités devraient toutefois tenir compte du rapport coûts-bénéfices des interventions et non pas seulement des coûts.

## EN RÉSUMÉ

L'obésité est associée au développement de plusieurs pathologies. Ainsi, le risque de développer un cancer de l'endomètre, du sein, des ovaires, du tractus biliaire, du rectum, du colon et de la prostate est multiplié par deux en présence d'un excès de poids et par trois en présence d'obésité. L'effet de l'excès pondéral sur la morbidité s'accroît selon son importance et sa durée, facteurs habituellement liés à l'âge et à la production hormonale.

La distribution des tissus adipeux est un déterminant important des anomalies métaboliques et du risque cardiovasculaire. L'incidence de ces maladies est particulièrement importante chez les individus présentant une distribution des tissus adipeux au niveau abdominal. Or, celle-ci est une caractéristique habituellement masculine. Les hommes sont donc plus sujets que les femmes à la mortalité par maladie cardiovasculaire liée à l'obésité. L'obésité centrale est également fortement liée à la résistance à l'insuline. Chez les adultes, un gain de poids supérieur à 5 kg en huit ans fait augmenter le risque de diabète de façon significative. De la même façon, l'incidence du cancer du sein semble influencée de façon importante par la variation du poids.

La morbidité et la mortalité associées à l'obésité engendrent des coûts directs qui se chiffrent au Canada à 1,8 milliard de dollars, soit 2,4 % des dépenses de soins de santé. À ces coûts directs s'ajoutent des coûts indirects et des coûts en perte de qualité de vie pour les personnes qui en souffrent, lesquels coûts sont plus rarement considérés dans les études.

Ajoutons cependant que l'association entre l'obésité et la mortalité est illustrée par une courbe dite en U. Cette courbe, estimée grâce à un suivi de 30 ans, indique que le risque de mortalité augmente en présence d'un IMC faible (IMC < 19-23) ou élevé (IMC > 29-30). C'est donc le niveau de gravité associé à l'insuffisance ou à l'excès de poids qui détermine le risque de mortalité précoce. Sans cette perspective, on peut certes sous-peser une probabilité d'être malade en raison de son poids. Rien n'empêche cependant que certains individus prédisposés à l'excès de poids peuvent y échapper, particulièrement s'ils adoptent un mode de vie sain.

**INSPQ**  
Institut national de  
santé publique du Québec

## Chapitre 5

# DESCRIPTION ET EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS DESTINÉES À LA PERTE DE POIDS

Bien qu'on puisse vivre en santé tout en étant corpulent, divers moyens ont été développés et adoptés pour contrer l'excès de poids. Les pages qui suivent décrivent ces moyens en les commentant du point de vue de leur efficacité et de leurs conséquences sur la santé physique et mentale des personnes qui choisissent de s'en prévaloir.

Certains des résultats concernant l'évaluation des interventions destinées à la réduction du poids sont issus d'une imposante revue documentaire produite par Glenny et al. (1997), disponible sur Internet (<http://www.york.ac.uk/inst/crd/obesity.htm>). Les grandes lignes de l'article sont exposées ici, mais les lecteurs désireux de s'enquérir des détails relatifs aux programmes évalués sont priés de se reporter à la dite étude.

Le traitement traditionnel de l'obésité repose sur la réduction des apports caloriques ou l'accroissement de la dépense énergétique, ou sur la combinaison des deux (Winick, 1996). Entre les années 1970 et 1990, des interventions axées sur la modification des comportements sont apparues. Les programmes combinant la diète et l'activité physique se sont révélés utiles et leur efficacité, supérieure à celle de la seule diète. Toutefois, les programmes axés sur la diète et l'activité physique, sans intégrer des interventions visant le changement des comportements, ne se sont pas avérés plus efficaces que la diète et l'activité physique pris séparément. Les stratégies enracinées dans la communauté, lorsque combinées à des incitations financières, semblent des moyens d'intervention particulièrement efficaces (Glenny et al., 1997). Toutefois, de façon générale, l'efficacité des interventions destinées à prévenir et à traiter l'obésité chez les adultes reste à démontrer. Il semble que les thérapies basées sur les changements de comportements (behaviorales) et les stratégies multimodales peuvent s'avérer utiles. Les résultats des études évaluatives concernant ce type d'interventions demandent à être confirmés par d'autres études (*ibid*).

### 5.1 RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

La méthode « classique » pour perdre du poids est fondée sur la réduction de l'apport alimentaire par l'adoption de restrictions alimentaires. Les données d'une étude réalisée en 1985 montrent que la moitié des femmes canadiennes adoptent un régime amaigrissant à un moment ou l'autre de leur vie, cette proportion s'élevant à 72 % chez les adolescentes et chez les jeunes adultes (Ciliska, 1993). Pour beaucoup de femmes, l'adoption de régimes amaigrissants est un style de vie.

Dans une revue documentaire américaine, le National Task Force on the Prevention of Obesity distingue deux sortes de régimes amaigrissants (NIH, 1993). Le premier type, appelé régime à faibles calories (RFC), totalise au plus 5 020 kJ par jour (1 200 kcal) et permet une perte de poids hebdomadaire variant de 0,4 à 0,5 kg, soit 6 à 8 kg après 12 à 16 semaines. Le second type de régime amaigrissant est dit régime à très faibles calories (RTFC) et totalise 3 350 kJ par jour (800 kcal) ou moins. Ces régimes sont hypocaloriques mais très riches en protéines. Conçus comme des substituts de repas, ils se présentent généralement sous une forme liquide à base de poudre devant être mélangée à de l'eau. Ces régimes sont constitués de façon à se conformer aux normes de contenu en vitamines, minéraux, électrolytes et en acides gras. La perte de poids hebdomadaire qui leur est associée est estimée à 1,5 et 2,5 kg, pour une perte totale après 12 à 16 semaines égale à 20 kg, ce qui est supérieur en matière d'effets amaigrissants à ceux produits par les RFC.



Certaines études ont comparé le maintien à long terme des pertes pondérales obtenues par le recours à diverses méthodes. Wadden *et al.* (1989) ont comparé des groupes de femmes soumises pendant seize semaines à des RTFC, pendant huit semaines à des RFC et à des combinaisons de modification de comportements et de RFC ou RTFC. Un an après le début du traitement, la combinaison impliquant les modifications de comportements donne les meilleurs résultats en perte pondérale. Cependant, après cinq ans, l'ensemble des sujets à l'étude avaient regagné le poids perdu. Les résultats concernant le maintien à long terme de la perte pondérale obtenue par l'utilisation des RTFC sont peu probants et se différencient peu des résultats obtenus par l'emploi d'autres méthodes. Il semble donc que les programmes destinés à la perte de poids, fondés sur l'adoption de régimes amaigrissants, soient peu efficaces. D'autres auteurs appuient ces conclusions (St-Jeor, Silverstein et Shane, 1996 ; Wardle, 1995 ; Ciliska, 1993). Le National Task Force on the Prevention of Obesity conclut que, généralement, les interventions intégrant des composantes axées sur l'activité physique et les changements de comportements produisent de meilleurs résultats (NIH, 1993). Par ailleurs, les personnes qui demeurent dans les programmes visant le maintien du poids parviennent mieux que les autres à stabiliser leur poids. Ces programmes présentent toutefois de forts taux d'attrition (St-Jeor, Silverstein et Shane, 1996 ; Ciliska, 1993).

## 5.2 ACTIVITÉ PHYSIQUE ET PERTE DE POIDS

Bien que certaines études font état d'une relation claire entre l'activité physique et le maintien du poids (Basdevant *et al.*, 1998), le lien entre la pratique de l'activité physique et la perte de poids ne fait pas l'unanimité. Ainsi, une étude révèle que la pratique de l'activité physique chez les personnes obèses ne s'accompagne pas d'effets constants en matière de réduction de poids, de transformation de la composition corporelle, ou d'un effet thermogénique se prolongeant après l'activité (Ciliska, 1993). Cependant, en raison des autres bienfaits qu'elle génère, on estime que la pratique de l'activité physique devrait faire partie de toute intervention destinée aux personnes obèses (*ibid*). Par ailleurs, la pratique excessive d'activité physique n'est pas recommandée pour les personnes obèses qui ont développé d'autres problèmes de santé limitant leur mobilité (Kuss, 1996). On peut toutefois adapter la pratique de l'activité physique aux personnes très obèses de façon à diminuer la progression de leurs problèmes de santé.

## 5.3 INHIBITEURS PHARMACOLOGIQUES DE L'APPÉTIT

Des études récentes suggèrent que la médication pourrait jouer un rôle dans le traitement à long terme de l'obésité lorsque combinée à des interventions visant le changement des habitudes alimentaires et l'accroissement de l'activité physique. Or, la perte de poids attribuable aux inhibiteurs pharmacologiques de l'appétit varie de 2 à 10 kg et les effets amaigrissants de ce type de médicaments durent de 6 à 12 mois, période habituellement suivie d'un certain regain de poids (Glenny *et al.*, 1997; NIH, 1996). En effet, si à la fin du traitement pharmacologique la personne n'a pas modifié ses habitudes, l'obésité se développera à nouveau.

Les inhibiteurs pharmacologiques de l'appétit peuvent s'avérer nocifs pour la santé. Ainsi, par exemple, la majorité des études portant sur les effets secondaires de la dexfenfluramine (ex : Redux) et de la fluoxetine font état de fatigue, d'étourdissements, de sécheresse buccale, de nausée, de diarrhée, de polyurie, de symptômes gastro-intestinaux, de troubles du sommeil, de diaphorèse, d'amnésie, de soif et de constipation (*ibid*). Par ailleurs, et plus grave encore, le risque d'hypertension pulmonaire primaire, maladie rare mais létale dans 50 % des cas, augmente avec l'usage prolongé (>3 mois) de supprimeurs d'appétit (*ibid*). Devant ces faits, le National Task Force on the Prevention of Obesity des États-Unis recommande que la pharmacothérapie ne soit pas prescrite de façon routinière auprès des personnes obèses même si elle peut s'avérer utile à certains patients (NIH, 1996).

## 5.4 INTERVENTIONS CHIRURGICALES

L'obésité dite majeure ( $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ ) et très majeure ou morbide ( $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ ) peut difficilement être traitée efficacement par d'autres moyens que l'intervention chirurgicale (Glenny et al., 1997; Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec, 1998). Au Québec, la prévalence de l'obésité majeure ( $IMC \leq 35$ ) oscillerait autour de 2 % à 3 % (Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec 1998). Selon des évaluations récentes effectuées dans différents pays, on estime que l'obésité accapare de 2 % à 7 % des dépenses totales de santé, une partie significative de ces dépenses étant attribuable à l'obésité morbide (*ibid*). Par exemple, en estimant la prévalence de l'obésité majeure à 3% en 1992, les dépenses de santé consacrées au traitement de l'obésité et aux états comorbides associés s'élèveraient à 253 millions de dollars. Les frais associés au traitement chirurgical de l'obésité morbide chez les malades admissibles se situeraient entre 594 millions et 824 millions de dollars. Les données actuelles ne permettent pas de préciser l'importance des économies qui seraient réalisées en réduction des dépenses consacrées au traitement des états comorbides associés à l'obésité majeure (*ibid*).

Les interventions chirurgicales les plus connues, destinées au traitement de l'obésité, sont le pontage gastrique et la gastroplastie. Le pontage gastrique permet de rediriger la nourriture provenant de l'estomac vers la partie inférieure du petit intestin, créant ainsi une dysfonction chronique au niveau de l'absorption et de la digestion normale des aliments (Sizer 1994). La gastroplastie implique la partition de l'estomac dans le but d'en diminuer la dimension afin de restreindre le volume de nourriture pouvant être ingéré (*ibid*). Il semble que le pontage gastrique soit plus efficace que la gastroplastie (Glenny et al., 1997). Toutefois, ce type d'intervention comporte des risques importants pour la santé. En effet, la documentation rapporte un risque de mortalité attribuable à l'arythmie cardiaque, des suites d'un pontage gastrique Roux-en-Y, alors que des risques d'embolie de l'artère brachiale, d'infarctus du myocarde et de formation de bulles gastriques sont liés au pontage gastrique. Enfin, des cas de péritonite attribuables à une fuite anastomotique associés à la jéjunoiléostomie ont également été documentés (*ibid*). D'autres symptômes apparaissent à la suite de ce type d'intervention chirurgicale: sentiment d'être plein après avoir mangé, besoin de s'étendre, étourdissements, évanouissements, nausées, vomissements liés à l'absorption de glucides simples, diarrhées, syndrome de chasse gastrique, déficience vitaminique (*ibid*). De plus, dans certains cas, il arrive que la chirurgie soit un échec et doive être répétée: le taux d'échec de la gastroplastie varie de 12 % à 33 % alors que celui de la jéjunoiléostomie bout à bout est de 40 %.

Face aux incertitudes quant aux économies d'échelles véritablement réalisées à la suite de l'implantation de pareilles mesures et devant les risques que ce type de traitement pose pour la santé des personnes traitées, on peut s'interroger sur la pertinence de promouvoir de façon systématique les interventions chirurgicales même si elles s'avèrent un traitement efficace de l'obésité morbide. Toutefois, le Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (1998) appuie le recours à l'intervention chirurgicale dans la mesure où elle s'adresse à des patients présentant un IMC supérieur à 35 ou 40, dont l'état s'accompagne d'atteintes comorbides et dont le risque opératoire est acceptable. Des mécanismes devront être prévus pour s'assurer de la sélection prioritaire de patients motivés, bien informés des risques encourus, et de la nécessité d'un suivi leur vie durant. Par ailleurs, le Conseil recommande que ce type d'intervention soit réalisé par des chirurgiens expérimentés, appuyés par une équipe multidisciplinaire possédant une expertise chirurgicale, psychologique et nutritionnelle. Enfin, il recommande que les patients qui se soumettent à cette intervention soient suivis à long terme de façon à pouvoir implanter un registre des interventions.

## 5.5 MÉTHODES POPULAIRES

L'augmentation toujours importante de l'embonpoint et de l'obsession pondérale a directement mené à l'effervescence de l'industrie de l'amaigrissement. Malheureusement, les méthodes traditionnelles et équilibrées (alimentation saine et exercice) sont souvent boudées face à la conquête de la santé et de la minceur. En effet, un taux de réussite mitigé, conjugué à une difficulté généralisée de maintenir le poids perdu (3 % de réussite sur cinq ans) (Johnson et Drenicx, 1977), conduit souvent les gens à se tourner vers des cures amaigrissantes accessoires menant inévitablement à une « ronde des régimes » coûteuse, lassante et métaboliquement dommageable.

Il n'y a pas de données particulières concernant le nombre de Canadiens qui adhèrent à différents régimes. Toutefois, en 1991, aux États-Unis, une enquête portant sur le sujet a permis de dénombrier 29 millions d'Américains se disant au régime, dont 20,6 millions étaient des femmes. Mais pire, une autre enquête menée par l'industrie de l'amaigrissement indique plutôt que 50 millions d'Américains consomment des produits allégés ou amaigrissants et il est permis de croire que la proportion canadienne de personnes au régime soit assez similaire. En l'occurrence, il s'agit d'un secteur économique plutôt lucratif et les gens qui y font fortune ne sont pas toujours ceux qui ont le plus à cœur le bien-être de la population.

Les méthodes d'amaigrissement accessoires (autres que l'exercice et la gestion des calories et du gras alimentaire) vont du traitement direct par la médecine esthétique à l'adhésion à de grandes théories alimentaires publicisées par le biais des différents médias. Sont aussi incluses parmi ces méthodes l'utilisation de produits et services d'amaigrissement en vente libre et la consultation des divers centres d'amaigrissement ayant pignon sur rue un peu partout au Québec. Le malheur, c'est qu'en plus d'être souvent inefficaces à long terme et potentiellement nocives, ces méthodes ont autant la faveur des gens obsédés par leur poids que de ceux qui connaissent un réel problème.

### 5.5.1 Médecine esthétique

La médecine esthétique est généralement considérée comme une technique permettant d'améliorer la silhouette plutôt que comme une méthode de perte de poids. Même si les médecins-chirurgiens eux-mêmes s'empressent généralement de faire cette précision, un auteur indique que la chirurgie esthétique sert parfois de traitement de l'obésité à condition d'accepter une hospitalisation prolongée, des transfusions sanguines et un risque de complications accru (Ersek, Philips et Schade, 1991). Heureusement, au Québec, il n'est pas courant de traiter l'obésité par la chirurgie esthétique. De fait, ceux qui y ont recours appartiennent plutôt au groupe des « obsédés de la minceur » qu'à celui des obèses et sont plus souvent des femmes.

La lipoplastie (dont fait partie la liposuction) est la procédure la plus connue et elle est généralement pratiquée au ventre, aux hanches, aux fesses et aux cuisses. La chirurgie se fait sous anesthésie locale et comporte relativement peu de complications. En 1988, un sondage d'envergure a été réalisé auprès des membres de l'American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons, regroupant des chirurgiens du Canada et des États-Unis. Ainsi, on a pu observer que 35% des membres (935 plasticiens) ont effectué à eux seuls 112.756 procédures entre janvier 1984 et janvier 1988 (Telmourian et Rodgers, 1989). On peut donc extrapoler qu'il se réalise plus de 80 000 procédures de liposuction (67 %), dermaliepectomie (9 %) et abdominoplastie (24%) par année en Amérique. La même étude indique que des complications graves ne sont survenues que dans seulement 0,1 % des cas de liposuction, 0,9 % des dermaliepectomies et 2,0% des abdominoplasties, sans égard au degré de surpoids préalable. Les auteurs concluent donc que la lipoplastie ne constitue pas un ensemble de procédures présentant un risque élevé pour le patient. Quant à la possibilité de résultats décevants, comme pour toutes procédures médicales, le devoir de responsabilité civile prévoit que le médecin a une obligation de moyens mais pas une obligation de résultats.

La satisfaction à long terme des patients a aussi été évaluée et il a été démontré qu'après six à douze mois, 88 % des patients étaient satisfaits des résultats, alors que 3 % demeuraient insatisfaits (Dillerud, 1991). Une autre étude rapporte qu'après une moyenne de six ans, on jugeait que 55 % des patients conservaient de bons résultats (Floros et Davis, 1991). Néanmoins, la chirurgie plastique ne doit être considérée que comme une méthode accessoire et un changement de comportements s'impose au patient qui veut conserver de bons résultats et ne pas reprendre la graisse perdue. Il s'avère donc très important de considérer la médecine esthétique comme pouvant modifier de façon sensible la silhouette, sans toutefois améliorer la composition corporelle ou agir sur les causes sous-jacentes au surpoids.

### 5.5.2 Centres ou cliniques d'alimentation ou d'amaigrissement

Certains programmes d'amaigrissement sont offerts par des centres ou cliniques qui s'affichent comme des spécialistes de la perte ou du contrôle du poids et offrent des plans d'amaigrissement plus ou moins prometteurs. Généralement, les conseillers s'informent d'abord de l'état général de santé du client et des raisons qui le motivent à adhérer à un programme d'amaigrissement. Puis, pour un coût quelquefois exorbitant, on propose des méthodes d'amaigrissement variées, mais comprenant généralement un volet « alimentation » visant à modifier les habitudes alimentaires de l'individu. D'autres types de traitements secondaires accompagnent souvent ces modifications, allant de l'ingestion de suppléments alimentaires à différentes techniques vantées comme favorisant la perte de tissus adipeux (enveloppements corporels, laser, comprimés « brûle-graisses », etc.).

Les conseillers qui rencontrent la clientèle sont en général formés par l'entreprise et ne possèdent généralement pas de formation de base en nutrition/diététique. Quant aux différentes méthodes utilisées pour diminuer le taux de graisse, leur efficacité n'est souvent pas reconnue scientifiquement et leur mécanisme d'action, souvent incertain et mal connu de la personne qui administre le traitement. En ce qui concerne l'efficacité du traitement global, certaines bannières sont plus enclines à promettre des résultats visibles et rapides alors que d'autres demeurent plus conservatrices concernant la perte de poids quasimiraculeuse. Les chances de réussite et l'efficacité de la méthode sont d'ailleurs souvent démontrées par le témoignage de clients qui ont eu du succès en adhérant au programme. Il est toutefois légitime de s'interroger sur le ratio succès/échecs qui refléterait mieux les chances réelles de réussite. La question est la plupart du temps détournée par le conseiller ou la conseillère. Quant au pronostic de maintien du poids à long terme, les données sont généralement inconnues des représentants au-delà de quelques mois après la fin du programme.

Il est important de noter que la signature d'un contrat entre les deux parties n'oblige en rien la clinique ou le centre à garantir un résultat, vu la composante de liberté et de non-contrôle du client en dehors de la clinique ou du centre. Le respect du contrat, réglementé par l'Office de la protection du consommateur du Québec, ne touche donc que les aspects pécuniaires et de respect d'engagement, comme tout contrat régulier. Malheureusement, il est fort possible que certains clients aient la fausse impression que la signature d'un contrat soit un gage de promesse de succès.

### 5.5.3 Produits amaigrissants en vente libre et substituts de repas

La gamme des produits amaigrissants en vente libre est étonnamment vaste et peut comprendre les crèmes lipolytiques accompagnées ou non d'enveloppement corporel, les comprimés, capsules et ampoules de toutes sortes (souvent commercialisés sous l'appellation « suppléments alimentaires ») et, publicisée récemment, la stimulation électrique locale. Par ailleurs, les substituts de repas peuvent aussi être inclus dans cette catégorie. Les allégations prétendues par la publicité visent souvent directement la perte de poids ou l'atteinte de la minceur.

## Produits amaigrissants accessoires

Les comprimés dits « amaigrissants » ont un bien faible potentiel d'induire une perte de poids ou, plutôt, de graisse. Souvent composés d'extraits de plantes laxatives, dépuratives, purgatives ou diurétiques, ces produits contiennent aussi certaines substances étant popularisées pour leur propriété lipolytique ou coupe-faim. En fait, leur contenu est presque aussi diversifié que leur nombre est important. On trouve cependant peu d'études relativement à l'efficacité de ces substances dans les publications scientifiques. Récemment, un article a été publié sur l'efficacité de l'acide hydroxycitrique (*Garcinia Cambodgia*), substance contenue dans plusieurs produits commercialisés depuis quelques années pour la perte de poids. Les résultats de cette étude contrôlée indiquent que la perte de poids des sujets expérimentaux ne diffère pas, de façon significative, des sujets prenant le placebo (Heymsfield et al., 1998). De plus, aucune réglementation visant les prétentions et allégations n'est en vigueur au Canada, contrairement aux États-Unis où la Food and Drug Administration (FDA) considère, par exemple, que toute allégation à la propriété « brûle-graisse » d'une substance ou d'un aliment est frauduleuse.

La réglementation autour de ces produits est, en effet, à peu près inexistante, à moins qu'un produit ne porte un numéro DIN (*drug identification number*), ce qui signifie que la Direction de la protection de la santé (DPS) a vérifié l'efficacité et l'innocuité du produit. Certaines contraintes de publicité et d'étiquetage doivent alors être appliquées par le fabricant. Par exemple, le mot « obésité » qui fait directement référence à une maladie ne peut être utilisé. De plus, il doit être indiqué sur le produit que c'est le plan alimentaire inclus (accompagné ou non d'exercices) qui engendre la perte de poids et non le produit lui-même. Pour qu'un produit soit considéré comme candidat à recevoir un DIN, il doit présenter des allégations comme « guérir » ou « soulager » et contenir une concentration suffisante d'ingrédients actifs pour devenir un « médicament ».

Les produits dits amaigrissants se retrouvant sur nos tablettes sont très rarement marqués d'un DIN et n'ont donc traversé aucun contrôle. De plus, comme la concentration des ingrédients actifs est souvent absente sur l'emballage, il est difficile de juger de la possibilité réelle d'un effet favorable, même pour un expert. Parallèlement, ce manque de réglementation et d'information empêche aussi la vérification du risque d'effets secondaires et d'interaction dommageable avec d'autres médicaments. Même si certaines marques de produits amaigrissants émettent des contre-indications, certaines autres demeurent muettes sur les risques et les dangers de prendre leur produit, se terrant derrière le sceau « produit naturel ». Aussi, un second danger guette le consommateur de produits amaigrissants en vente libre. Il s'agit des plans alimentaires qui sont souvent inclus avec ceux-ci et qui ne représentent généralement pas un régime sain et équilibré. En effet, ces diètes fournissent souvent un trop faible apport en énergie (souvent autour de 4 185 kJ (1 000 kcal) par jour, sans égard au poids, au sexe et à l'activité physique) et en macro et micronutriments. Là encore, aucun contrôle n'est effectué. À la DPS, on nous assure que plusieurs inspecteurs auscultent les rayons des pharmacies et des grands magasins afin de vérifier la présence de produits non réglementés qu'on dissimule sous l'appellation « suppléments alimentaires ». Cependant, à voir la quantité importante de ces produits sur les tablettes, il est clair que la plupart échappent à l'inspection.

Quant aux autres types de produits, la preuve de leur efficacité demeure introuvable dans la documentation scientifique. En ce qui a trait aux crèmes lipolytiques, la plupart sont marquées d'un DIN, indiquant l'absence de risque et l'efficacité du produit, évaluée par la DPS, bien que l'enveloppement d'une pellicule plastique après l'application du produit ne soit probablement d'aucune utilité. Cependant, même si le traitement entraîne une diminution du taux de graisse locale, cette diminution demeure faible et l'utilisation de la méthode n'est certes pas pertinente dans le cadre d'une démarche de contrôle du poids.

L'électrostimulation, largement annoncée actuellement, n'a démontré aucun potentiel d'augmentation de la dépense d'énergie (Magazine *Protégez-vous*, janvier 1998) et n'est donc pas très utile à la perte de poids. Même si la théorie qui explique la technique est scientifiquement valable, le type et la fréquence des ondes produites par les appareils populaires ne sont généralement pas adéquats et la technique n'offre rien de très utile.

La loi interdit évidemment la publicité frauduleuse. Un fabricant de produits ou d'appareils ne peut donc alléguer des bienfaits qui ne sont pas véridiques. Cependant, la qualité d'un appareil peut laisser à désirer et ne pas correspondre aux appareils utilisés en laboratoire. De plus, pour être en mesure de juger de l'efficacité d'un produit, il faut voir si le bienfait est cliniquement significatif, ce qui veut dire que, même si le produit contient un ingrédient actif, son effet est peu important. Pour un consommateur sans expertise, il devient donc difficile de faire la part des choses devant une panoplie de produits qui, pour plusieurs, promettent une perte de poids rapide, facile et de longue durée. Malheureusement, parce que ces produits sont en vente libre et que personne ne peut avoir de contrôle sur le respect de la posologie et des contre-indications, aucun recours n'est possible pour le consommateur qui connaît des problèmes ou qui est insatisfait après leur ingestion.

### Substituts de repas

Les substituts de repas sont offerts sous forme de tablettes, de biscuits ou de lait fouetté et renferment en moyenne 1 050 kJ (250 kcal) par portion. Il est généralement conseillé de remplacer, par ces substituts, un ou deux repas par jour et de manger « raisonnablement » aux autres repas. Même si le produit comme tel n'est pas dangereux, son utilisation est certainement déconseillée. D'abord, la teneur en énergie, vitamines et minéraux se rapproche dangereusement de la limite inférieure d'une saine alimentation, en plus de ne contenir que très peu de fibres. Ensuite, ce type de régime est très peu varié et peut devenir difficile à maintenir sur une certaine période. Finalement, ce genre de programme ne favorise d'aucune façon l'acquisition d'habitudes alimentaires saines (Duchesne, 1991).

Les substituts de repas que l'on retrouve sur les tablettes sont, pour la plupart, approuvés par la DPS et ne constituent donc pas de danger direct (toxicité ou innocuité). Il n'en demeure pas moins que l'abus ou la mauvaise utilisation de ces produits peut être la source de certains problèmes de santé découlant de déficits énergétique et nutritionnel importants.

#### 5.5.4 Grandes théories

Le nombre de régimes et de diètes offerts à la population par l'entremise des médias écrits et électroniques est incalculable et certaines de ces « théories » ont parfois connu un véritable engouement. Ces régimes, qui sont aussi populaires auprès des gens obsédés par leur poids que de ceux qui ont un réel problème d'obésité, vont de la diminution extrême du nombre de calories dans la diète à la combinaison alimentaire, en passant par l'exclusion ou l'accent sur certains aliments ou groupes d'aliments. Ici encore, on évalue la plupart du temps leur efficacité en fonction de la réussite chez un certain nombre d'adhérents, ceux pour qui le programme n'a eu aucun résultat positif étant en quelque sorte exclus des statistiques.

Toute personne croyant détenir la clé du succès en matière de contrôle du poids peut publier sa méthode et ce, sans contrôle de la part des autorités médicales. D'ailleurs, aux États-Unis depuis 1994, les opinions et allégations qui apparaissent dans les livres et les articles concernant la perte de poids sont protégées par le Premier amendement de la Constitution. Cela signifie que quiconque, même sans aucune expertise médicale ou autres connaissances en nutrition, peut exprimer son opinion en matière de perte de poids dans un livre ou un article, sans aucune obligation de l'étouffer. En bout de ligne, la promotion de ces théories n'est donc pas contrôlée et ces dernières ne sont pas

répertoriées auprès des autorités gouvernementales, si bien qu'il est impossible d'obtenir des données quant aux résultats ainsi qu'aux risques encourus par les adhérents. Le citoyen peut donc être facilement trompé ou lésé.

Les connaissances actuelles en nutrition/diététique permettent cependant de croire que certains régimes sont dangereux vu leur trop faible apport en énergie. On peut noter l'exemple des RTFC (régimes à très faibles calories) qui ont entraîné plusieurs décès dans le monde dans les années 1970 (Sours et al., 1981) mais qui suscitent encore un certain attrait auprès des plus extrémistes. De plus, dans le cas de plusieurs régimes, certains autres problèmes éventuels sont suspectés, par exemple à la suite d'un déséquilibre protéique (Mangella, 1989) ou d'un trop faible apport en vitamines et en minéraux. Toutefois, à cause du caractère libre et volontaire de l'adhésion à un régime populaire, aucune surveillance médicale n'est possible (sauf dans la cas d'une démarche du patient dans ce sens) et il est donc éventuellement difficile d'établir une association directe entre un problème quelconque et l'adhésion au régime.

En définitive, à la lumière des informations contenues dans cette section, il appert que l'industrie de l'amaigrissement lance des promesses qu'elle ne peut pas toujours tenir. La plupart des produits ou services ont un très faible potentiel d'efficacité malgré les allégations, peuvent être nocifs dans certains cas et sont souvent coûteux. Pire encore, la publicité faite autour de ces types de programmes ne sensibilise que rarement l'adhérent à une rééducation de ses habitudes alimentaires et d'activités physiques. L'utilisation de ces méthodes n'est donc pas vraiment pertinente dans le cadre d'une démarche sérieuse de perte de poids, d'autant plus qu'il est souvent suggéré de limiter leur utilisation à une courte période.

Les risques encourus par les personnes qui utilisent ce type de produits et services est bien réel même si, pour bien des raisons, il est difficile de cerner les conséquences possibles du traitement. Complications chirurgicales, toxicité, effets secondaires divers et déficits nutritionnels comptent tous, selon le cas, parmi les problèmes possibles inhérents à l'utilisation de méthodes d'amaigrissement. Il faut aussi ajouter à cette énumération le risque de désillusion, à la suite d'un échec ou d'un regain du poids perdu.

Il est clair que le manque de réglementation concernant l'industrie de l'amaigrissement entraîne la disponibilité de produits et services non efficaces et potentiellement dangereux. Aux États-Unis, il se dépense entre 40 et 50 milliards par année en produits et services amaigrissants. La population est donc dépouillée d'une somme qui devrait être dépensée ailleurs qu'à l'achat d'illusion (*News from General Attony... 1996*). C'est pour ces raisons qu'en octobre 1996, le Connecticut est devenu le premier État américain à voter une loi visant l'industrie de l'amaigrissement (Berzins, 1999). Essentiellement, la loi indique :

- qu'il est interdit de prétendre qu'un plan d'amaigrissement de moins de 1 000 kilocalories par jour est sans danger ;
- qu'il est défendu de faire de la mauvaise représentation concernant la possibilité pour le consommateur de reprendre le poids ;
- qu'il est prohibé de publiciser le succès de certains utilisateurs à moins de posséder des données scientifiques obtenues chez un échantillon représentatif de tous les consommateurs ;
- que toute affirmation alléguant que les consommateurs ne reprennent pas le poids perdu soit accompagnée, entre autres, du pourcentage de poids perdu, de la durée du maintien et de la mention « Pour plusieurs, la perte de poids est temporaire ».

Ce type de réglementation permettra au consommateur de prendre une décision éclairée quant à l'adhésion à un programme amaigrissant ainsi qu'aux choix de produits et de services qui accompagneront sa démarche. Toutefois, il serait impératif d'exercer également un contrôle sur le

contenu des suppléments alimentaires et des substituts de repas. Chacune des substances composant un produit devrait être quantifiée et son action décrite. De plus, les fausses allégations ou les prétentions exagérées devraient faire l'objet de sanctions puisqu'il s'agit d'un abus de la crédulité du public. Par ailleurs, l'efficacité clinique d'un produit devrait être testée de façon sérieuse et présentée au consommateur afin d'éviter la propagande de substances qui offrent un effet favorable lorsque testées *in vitro* mais qui, en réalité, ne sont pas efficaces parce qu'elles ne sont pas biodisponibles ou que leur effet est trop faible pour donner de vrais résultats de perte de poids. En bref, lorsqu'une étiquette affiche « testé scientifiquement », il n'y a rien qui assure que des tests cliniques ont été effectués et même que les résultats étaient favorables !

Une réglementation devrait donc être établie et un contrôle serré devrait être exercé sur les produits et les services d'amaigrissement offerts au grand public afin de cesser de léser et de tromper des gens mais surtout de s'assurer que les démarches entreprises par ceux-ci seront bénéfiques, éducatives et durables. Après tout, l'industrie de l'amaigrissement n'est-elle pas la seule industrie encore en « santé » malgré un taux d'échec de près de 100 % !

## 5.6 TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ CHEZ LES ENFANTS

Le recours à la thérapie familiale et aux modifications du style de vie semble le moyen le plus efficace pour prévenir et traiter l'obésité chez les enfants. Dans leur revue documentaire, Glenny *et al.* (1997) font état d'une étude comparant la thérapie familiale au traitement classique qui inclut une visite chez le professionnel de la nutrition et chez le pédiatre. Les familles engagées dans la thérapie ont reçu un suivi identique, en plus des six séances de thérapie familiale étalées sur un an. Si des différences significatives concernant l'augmentation de l'IMC étaient présentes à la fin du traitement entre les groupes de comparaison, ces différences disparaissent après un an. Toutefois, après cette période, le pourcentage d'enfants présentant un problème d'obésité majeure ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) était moins important chez les familles exposées à la thérapie familiale (5 %) comparativement au groupe témoin (29 %).

Lorsque les enfants et les parents font l'objet d'un même programme de traitement, les résultats obtenus après un suivi de cinq ans montrent une réduction de 15 % du pourcentage d'excès de poids chez les enfants et les parents, alors que les sujets du groupe témoin enregistrent une augmentation de même pourcentage.

L'évaluation des programmes d'intervention regroupant parents et enfants dans un processus d'autorenforcement réciproque visant l'adoption de nouveaux comportements indique qu'après un suivi de dix ans, les enfants engagés dans des modifications du comportement alimentaire ou des pratiques aérobiques présentaient moins de sujets ayant un excès de poids comparativement au groupe témoin. Les résultats des études évaluatives portant sur ce type d'interventions doivent être confirmés par d'autres essais.

L'effet de l'implication parentale semble varier selon l'âge des enfants et serait plus important chez les enfants âgés entre 5 et 8 ans. Ainsi, Brownell *et al.* (1983, cité dans Glenny *et al.*, 1997) émettent une mise en garde en écrivant que le traitement de l'obésité chez les adolescents, basé sur les changements de comportements, donne de meilleurs résultats lorsque parents et enfants assistent séparément aux séances (Glenny *et al.*, 1997). Les programmes axés sur les changements de style de vie visant à contrer la sédentarité semblent les plus efficaces pour traiter l'obésité chez les enfants. Par ailleurs, les régimes à faibles calories et le traitement pharmacologique de l'obésité ne sont pas recommandés pour les enfants. Les résultats de quelques-unes des études évaluatives recensées par Glenny *et al.* (1997) sont présentés au tableau 5.



**Tableau 5**  
**PRINCIPAUX RÉSULTATS DE QUELQUES ÉTUDES ÉVALUATIVES CONCERNANT DES INTERVENTIONS DESTINÉES À LA PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS, SELON GLENNY ET AL. (1997)**

AUTEURS, PAYS D'ORIGINE ET TYPE DE DEVIS	PARTICIPANTS, INTERVENTIONS, TAILLE DE L'ÉCHANTILLON	EFFETS À LONG TERME
<p>Epstein <i>et al.</i> (1985) Etats-Unis Étude n° 1 Essai contrôlé randomisé Rencontres hebdomadaires pendant 8 à 12 semaines - Rencontres mensuelles après 6 à 12 mois Suivi de 10 ans</p>	<p>Enfants de 6-12 ans, excès de poids 20-100 % Tous les groupes exposés au Traffic Light Diet Gr. 1 : parent-enfant Gr. 2 : enfants seulement Gr. 3 : sans but spécifique</p>	<p>Enfants du gr. 1 présentent une réduction de 15,3 % du pourcentage d'excès de poids alors que les enfants des autres groupes enregistrent des gains de poids variant de 1,0 % à 7,6 %. Ensuite, stabilisation du poids chez les enfants du gr. 1.</p>
<p>Epstein <i>et al.</i> (1994) Etats-Unis Étude n° 4 Essai contrôlé randomisé Rencontres hebdomadaires pendant 8 à 12 semaines Rencontres mensuelles après 6 à 12 mois Suivi de 10 ans</p>	<p>Enfants de 6-12 ans, excès de poids 20-100 % Tous les groupes exposés au Traffic Light Diet Renforcement parent-enfant Gr. 1 : exercices aérobiques Gr. 2 : exercices axés sur les changements de comportements Gr. 3 : groupe témoin, activités non aérobiques</p>	<p>Suivi de 10 ans : Enfants des gr. 1 et 2 présentent de meilleurs résultats que les enfants du gr. 3 en pourcentage d'excès de poids perdu, respectivement -19,7 %, -10,9 % et +12,2 %</p>
<p>Epstein <i>et al.</i> (1994) Etats-Unis Essai contrôlé randomisé Durée de l'intervention : 6 mois Durée du suivi : 18 mois</p>	<p>Familles recrutées en cabinet médical et par de la publicité Enfants de 8-12 ans, excès de poids 20-100 % Parents et enfants exposés à documentation écrite et conférences concernant la gestion de l'obésité, le Traffic Light Diet et un programme d'exercice. Gr. 1 : parents et enfants doivent maîtriser les habiletés dans le comportement Gr. 2 : pas nécessaire de maîtriser les habiletés dans le comportement</p>	<p>Changement % IMC excès de poids observés en post intervention 6 mois Gr. 1 : -26,5 % Gr. 2 : -16,7 % Changement du pourcentage d'excès de poids observés en post intervention à 18 mois Gr. 1 : -15,4 % Gr. 2 : -10,6 % Différences non significatives sur le plan statistique L'analyse des données concernant les parents suit la même tendance</p>
<p>Brownell <i>et al.</i> (1983) Etats-Unis Essai contrôlé randomisé Stratification des enfants en fonction de leur % d'excès de poids avant randomisation Durée de l'intervention : 16 semaines Durée du suivi : 1 an</p>	<p>Enfants de 12-16 ans, recrutés par publicité, professionnels de la santé ou de l'enseignement. Tous les sujets exposés aux mêmes interventions axées sur les modifications du comportement, éducation en nutrition, activité physique et support social. Gr. 1 : Mère et enfant assistent séparément à des sessions hebdomadaires Gr. 2 : Mère et enfant assistent ensemble sessions hebdomadaires Gr. 3 : Mère ne participe pas aux sessions Groupes comparables en matière de poids et de IMC</p>	<p>Variation de poids moyenne auprès un an de suivi Gr. 1 : -7,7±4,1 kg Gr. 2 : +2,9±2,1 kg Gr. 3 : +3,2±1,7 kg</p>

## 5.7 CARACTÉRISTIQUES DE CEUX QUI RÉUSSISSENT À MAINTENIR LE POIDS

Malgré que peu de gens connaissent un succès durable après une perte de poids, certaines personnes arrivent à maintenir leur nouveau poids. C'est ce qu'ont cherché à documenter les auteurs du National Weight Control Registry (NWCR), fichier américain de personnes qui avaient perdu un minimum de 13,6 kg maintenu au moins un an. Peu de travaux ont examiné ce que font les personnes qui réussissent à perdre du poids de façon permanente ou du moins sur de longues périodes. Ce registre constitue donc une amorce afin de connaître quelles sont les caractéristiques personnelles de ces personnes ainsi que les stratégies de perte et de maintien du poids qu'elles ont employées (Klem *et al.*, 1997).

Le registre comporte des informations relativement à 629 femmes et 155 hommes qui ont perdu une moyenne de 30 kg. Un peu plus de la moitié des personnes suivies ont perdu du poids à l'aide d'un programme formel et l'autre partie, par leurs propres moyens. Les deux groupes rapportent avoir utilisé à la fois la diète et l'activité comme stratégies de perte de poids. Plus des trois quarts des personnes indiquent qu'un événement déclenchant a précédé leur démarche. Ces déclencheurs sont d'ordre médical chez 32 % des personnes et d'ordre émotif chez un autre 32 %. Le maintien du poids se réalise au moyen d'un apport énergétique plutôt faible, soit  $5\,778 \pm 2\,200$  kJ ( $1\,380 \pm 526$  kcal) par jour,  $5\,426 \pm 1\,900$  kJ ( $1\,296 \pm 454$  kcal) pour les femmes et  $7\,218 \pm 2\,706$  kJ ( $1\,724 \pm 646$  kcal) pour les hommes. La proportion de l'énergie sous forme de lipides était faible, soit 24 % et un tiers du groupe consommait moins de 20 % des calories sous forme de gras. En guise de comparaison, rappelons que l'apport recommandé pour les lipides par les guides alimentaires canadien et américain est de 30 % de l'énergie sous forme de lipides. Les personnes étaient aussi extrêmement actives, dépensant une moyenne de  $11\,830$  kJ ( $2\,830$  kcal) par semaine sous forme d'activité physique (ce qui correspond à 45 km de marche). En guise de point de repère, disons que l'American College of Sports Medicine recommande une dépense hebdomadaire de  $8\,370$  kJ ( $2\,000$  kcal) comme niveau optimal d'activité physique. Plus de la moitié du groupe atteignait ce niveau. Comme autre comportement adopté par ces personnes, on peut dire que les trois quarts se pesaient au moins une fois par semaine.

Contrairement à la croyance populaire, la majorité considérait qu'il était plus facile de maintenir que de perdre du poids. Malgré les exigences requises par le maintien du poids, la grande majorité des personnes (plus de 85 % pour chacun des points suivants) disaient avoir expérimenté plusieurs aspects positifs après la perte de poids, notamment une amélioration de leur qualité de vie, une augmentation de leur niveau d'énergie, de leur mobilité, de leur confiance en soi et de leur santé physique. Plus de la moitié des personnes du registre indiquent que la qualité de leurs relations interpersonnelles et conjugales s'est améliorée. Toutefois, parmi les inconvénients, 20 % et 14 % indiquent respectivement passer davantage de temps à penser à leur poids et à la nourriture et 6 % disent que leur relation conjugale s'est détériorée.

Malgré les différentes limites de cette étude (échantillon volontaire, groupe très scolarisé, données recueillies par questionnaire seulement), il semble possible pour une petite proportion de personnes de maintenir avec succès un poids moindre. Toutefois, les efforts à consentir sont importants, tant pour l'aspect alimentaire que pour l'activité physique.

## 5.8 RISQUES ASSOCIÉS À LA PERTE DE POIDS

### 5.8.1 L'effet « Yo-Yo »

La majorité (75 %) des personnes qui entreprennent un régime amaigrissant connaissent une variation du poids, appelée effet « Yo-Yo ». Or, plusieurs études considèrent la variation du poids

comme une autre conséquence négative des tentatives d'amaigrissement. Ainsi, la variation du poids pourrait être aussi nocive pour la santé que l'obésité elle-même (Polivy et Herman, 1986). En effet, chaque fois qu'une personne se remet à s'alimenter normalement ou qu'elle est sous l'effet de la compulsion alimentaire à la suite de restrictions alimentaires, elle reprend le poids perdu en raison de la réduction de son métabolisme basal. Or, plus le niveau du métabolisme au repos est bas, plus il sera difficile pour la personne de perdre du poids lors de l'adoption de son prochain régime amaigrissant (*ibid*). Cependant, plusieurs études en sont arrivées à conclure que cette réduction du métabolisme basal n'est pas permanente (McCargar, Sole et Crawford, 1996).

D'autres études semblent remettre en question les risques pour la santé associés à la variation du poids. Une revue de la documentation concernant la variation pondérale, réalisée à partir d'un corpus d'études parues entre 1966 et 1994, présente des résultats peu concluants quant au danger qu'elle présente pour la santé (NIH, 1994). Par ailleurs, il est fait mention de l'absence de définition clinique relative à la variation pondérale. Même si cette définition existait, serait-elle en mesure de préciser combien de cycles sont nécessaires pour que la variation du poids soit nocive pour la santé ? L'effet d'une perte de poids suivie d'un gain de poids est-il le même que l'effet d'un gain de poids suivi d'une perte de poids ? Plusieurs épisodes de pertes pondérales minimales sont-ils aussi nocifs que deux épisodes de pertes de poids importantes ? Telles sont les questions posées par les auteurs de cette recension.

De même, la majorité des études recensées n'ont pas permis de conclure à un effet négatif de la variation pondérale sur le métabolisme. Bien que plusieurs études aient fait mention d'une association entre la variation du poids et l'augmentation de la mortalité et de la morbidité, la plupart n'indiquaient pas si cette variation était le fait de pertes de poids intentionnelles ou non. On mentionne également que ces études n'étaient pas conçues de façon à comparer l'effet de la variation pondérale chez les personnes obèses et chez celles de poids normal. Cette recension doit donc être considérée avec réserve. Bien que ses auteurs mettent en garde les personnes de poids normal quant aux effets nocifs des régimes amaigrissants, ils évitent de signaler à nouveau cette mise en garde dans leur revue sur la variation pondérale.

Par ailleurs, les études postérieures à cette revue documentaire appuient les observations habituellement décrites. Ainsi, la variation de poids (augmentation ou perte de poids) à long terme peut augmenter le risque de mortalité pour toute cause et par maladie cardiovasculaire (Troiano et al., 1996). Les résultats d'une étude prospective réalisée auprès d'une cohorte de 33 760 femmes de l'Iowa, âgées entre 55 et 69 ans, sans histoire de cancer ou de maladies cardiovasculaires, montrent qu'une importante variation pondérale s'accompagne d'une augmentation de la mortalité souvent attribuable à une maladie coronarienne. Toutefois, cette association semble être liée à d'autres caractéristiques et à des conditions pathologiques préexistantes chez les personnes présentant une forte variation pondérale. Une variation pondérale reflète donc davantage un état pathogène préexistant qu'elle n'en est la cause (Folsom et al., 1996). À noter que l'association entre la variation pondérale et la mortalité est plus forte chez les femmes minces, comparativement aux femmes plus fortes. Par ailleurs, les personnes vivant une importante variation du poids connaissent un état de bien-être général moindre et un niveau plus élevé de stress que les personnes ne connaissant pas de variation de poids (Polivy, 1996).

Certains auteurs suggèrent que l'augmentation de l'obésité depuis les années 1970, au moment où les régimes amaigrissants sont devenus un mode de vie, indique que ceux-ci, en plus d'être inefficaces, auraient possiblement contribué à aggraver le problème d'excès de poids dans la population, en raison de leurs effets négatifs tant au plan physiologique que psychologique (*ibid*).

### 5.8.2 Risques toxicologiques associés à la perte de poids

Une des conséquences de la pollution industrielle est l'accumulation dans la chaîne alimentaire de composés chimiques solubles dans les graisses, appelés organochlorés. Les plus connus de ces produits sont les BPC et le DDT. Des études réalisées sur des animaux ont montré que ces produits présentent des propriétés cancérigènes. Or, ces produits se retrouvent dans la viande, le poisson et le lait. Une fois absorbés par l'organisme par le biais de la nourriture, les organochlorés s'accumulent dans les tissus adipeux et peuvent y demeurer pendant une période variant de deux à dix ans. Bien que l'étude de Bigsby (1997) démontre l'effet cancérigène de l'amaigrissement sur des souris auxquelles des organochlorés avaient été injectés, on ne pouvait conclure aux mêmes effets sur les être humains car aucune étude n'avait été effectuée. Or, l'étude de Chevrier, réalisée auprès d'un groupe de 41 personnes soumises à un régime hypocalorique, indique une variation de la concentration d'organochlorés plasmatiques en fonction de la perte de poids. Ainsi, plus une personne perd du poids, plus elle remet en circulation une quantité importante d'organochlorés dans son système sanguin, ce qui pourrait occasionner le développement de problèmes de santé (Chevrier, 1998).

### 5.8.3 Autres effets des régimes amaigrissants

Le recours chronique aux régimes amaigrissants peut avoir des conséquences psychologiques et physiques extrêmement négatives. Keys *et al.* (1950) ont réalisé une étude visant à observer les effets de la privation auprès d'un groupe d'objecteurs de conscience opposés à la Seconde Guerre mondiale. Des restrictions alimentaires ont été imposées à ces hommes de poids normal sur une période de six mois afin qu'ils perdent 25 % de leur poids initial. Les hommes ont reçu 75 % de leur apport nutritionnel habituel et, lorsqu'ils ont cessé de perdre du poids, de nouvelles restrictions alimentaires se sont ajoutées, jusqu'à ce qu'ils aient atteint la perte de poids visée (Polivy, 1996 ; Bourque, 1994). Les notes d'observations indiquent que les sujets ont développé une obsession pour la nourriture, qu'ils sont devenus irritables, agressifs, apathiques et léthargiques et qu'ils ont perdu de l'intérêt pour les activités sexuelles. Au cours de la dernière phase de l'étude, les hommes reçurent la permission de manger sans restriction. Ces personnes qui avaient autrefois des comportements alimentaires normaux sont alors devenus des mangeurs compulsifs. Or, les effets observés dans les études concernant les restrictions alimentaires sont les mêmes que ceux notés chez les personnes qui adoptent des régimes amaigrissants. D'après Herman et Polivy (1984), qui ont élaboré le concept de « *restraint eating* », le fait de se soumettre à un régime amaigrissant amène la personne à ignorer les signaux internes de faim et de satiété et à manger moins que ce qui devrait normalement être mangé, afin de perdre du poids ou de maintenir la perte de poids. Selon la théorie du poids d'équilibre, la stabilité du poids est maintenue par des mécanismes d'autorégulation. Lorsque le poids descend sous le poids d'équilibre, cela déclenche des mécanismes de rééquilibration, dont l'obsession pour la nourriture (Bourque, 1994). À force de moins manger et d'éprouver la faim, les personnes au régime agissent comme s'il y avait un écart plus grand entre les limites définies par la faim et la satiété. Si, en temps normal, les personnes au régime mangent moins que les personnes qui ne sont pas au régime, dans certaines circonstances, elles mangeront considérablement plus. Ainsi, lorsque les personnes au régime ont le sentiment d'avoir transgressé leur régime, elles tendent alors à consommer des quantités d'aliments qui dépassent largement ce que les personnes qui ne sont pas au régime seraient capables de manger (Herman et Polivy, 1984). L'adoption d'un régime amaigrissant est donc un facteur de prédiction des désordres alimentaires.

Chez les jeunes femmes, les effets physiologiques des régimes amaigrissants semblent fonction de l'âge, du niveau et de la durée de la restriction calorique. Parmi les effets physiologiques les plus courants, on mentionne la détérioration de la qualité de l'alimentation, des retards de croissance, l'augmentation de l'efficacité métabolique, des risques liés à la reproduction et la réduction de la

minéralisation osseuse (Kirkley et Burge, 1989). Les adolescentes seraient les membres de la société les moins bien nourris si l'on en juge par les apports nutritionnels requis, suivies des jeunes femmes en âge de procréer (*ibid*).

L'adolescence est une période de croissance et de développement rapide et de préparation au stress lié à la reproduction. Ainsi, les niveaux recommandés de la plupart des nutriments augmentent à l'adolescence. Des apports de calcium et de fer adéquats sont d'importance capitale. Or, selon Kirkley et Burge (1989), certaines adolescentes souffrent d'anémie liée à une déficience en fer et d'apports en calcium insuffisants. Ces déficiences en calcium et autres éléments nutritifs seraient liées à l'adoption de régimes hypocaloriques. Même si la majorité des adolescentes connaissent une croissance adéquate sans offrir de signes de déficiences en éléments nutritifs, celles qui présentent des déficiences risquent de ne pas pouvoir optimiser leur développement physique et d'être mal préparées à faire face à divers stressseurs physiologiques et psychologiques (*ibid*).

L'adolescence est une période intense au plan du développement hormonal, avec d'importantes augmentations de la taille, du poids, de la masse maigre et de transformation quant à la quantité et à la distribution de tissus adipeux. Or, les restrictions caloriques importantes au début de l'adolescence semblent interférer avec cette période de croissance, ce qui peut donner lieu à des retards de croissance. Toutefois, lorsqu'il y a rétablissement d'une diète normale, la croissance se rétablit et l'individu peut développer une stature adulte normale. Les conséquences de la restriction calorique même modérée chez la jeune adolescente, si elle est maintenue suffisamment longtemps, suffisent à retarder la croissance, à inhiber la puberté et la maturation osseuse, ce qui aura des conséquences sur la physiologie à l'âge adulte.

#### EN RÉSUMÉ

L'ensemble des méthodes envisagées pour maigrir ainsi que leur efficacité ont été documentées. Les restrictions alimentaires s'avèrent peu efficaces puisque le poids perdu est repris dans les cinq ans qui suivent. L'effet de la pratique de l'activité physique sur la réduction du poids reste à préciser, bien que son effet sur le maintien du poids soit bien documentée. De façon générale, il semble que les interventions axées sur la modification de l'alimentation, l'activité physique et les changements de comportements soient les plus prometteuses, quoique d'autres études devront en démontrer l'efficacité à long terme. Les inhibiteurs pharmacologiques semblent efficaces à court terme mais, à long terme, ceux qui les utilisent n'arrivent pas à maintenir la perte de poids. De plus, leur usage présente des risques pour la santé. Dans le cas d'obésité morbide, le recours à l'intervention chirurgicale semble l'ultime moyen d'améliorer l'état de santé des personnes atteintes, surtout lorsque l'obésité s'accompagne de facteurs de comorbidité. Il va de soi que ces interventions s'adressent à des patients motivés qui devront être suivis le reste de leur vie.

On peut conclure que l'efficacité des méthodes traditionnellement utilisées pour perdre du poids reste, dans plusieurs cas, à être démontrée. De plus, ces méthodes comportent souvent des risques particuliers pour la santé, auxquels s'ajoutent des risques liés au fait de perdre du poids.

Chapitre 6  
**ÉMERGENCE D'UN NOUVEAU PARADIGME  
EN MATIÈRE DE GESTION DU POIDS**

Plusieurs études démontrent que la façon dont l'obésité et l'excès de poids sont considérés socialement a évolué dans le temps, est associée à une certaine idéologie et peut avoir des conséquences négatives sur la santé physique et mentale des personnes visées. En effet, la façon dont une maladie est socialement perçue peut générer de nouvelles incapacités qui aggravent celles déjà présentes et influencer le type d'approche en matière de traitement (Herzlich et Pierret, 1984).

Fischler (1990), dans son analyse sociohistorique de l'évolution de la représentation sociale de l'obésité, montre que celle-ci s'est transformée sous l'effet de forces culturelles, économiques et politiques. L'actuelle représentation sociale de l'obésité s'est imposée avec la même vigueur à toutes les couches socioprofessionnelles. Elle tire ses lointaines racines du partage communautaire de la nourriture, alors que celle-ci constituait un bien rare. Selon lui, puisque les personnes obèses présentent des réserves excédentaires de tissus adipeux, on a pu longtemps attribuer leur état au fait qu'elles avaient outrepassé leurs privilèges de consommation par la glotonnerie ou le vol, mettant ainsi en péril la survie du groupe. Dans ce contexte, celui ou celle qui contrôlait la nourriture contrôlait également le pouvoir et la richesse, attributs desquels l'obésité ou l'excès de poids étaient tout naturellement synonymes. Toutefois, au fur et à mesure que le gras perd son importance sociale en tant qu'élément assurant la survie du groupe, l'adiposité est de plus en plus perçue comme le fait d'une rétention de graisse parasitaire et inutile. Étant donné le nombre de pathologies associées à l'obésité, ces conceptions tendent à être appuyées par les professionnels de la santé.

L'évolution des critères esthétiques a grandement contribué à l'établissement des préjugés contemporains envers l'obésité. La disparition progressive des carcans vestimentaires, tels que le corset, a permis la libération du corps mais, en même temps, son dénuement. Toujours selon Fischler (1990), puisqu'on ne peut plus recourir à aucun artifice extérieur pour camoufler les imperfections, le corps doit donc être parfait.

Robinson, Bacon et O'Reilly (1993) ont signé une étude en deux phases, qui documente ce qu'ils appellent la phobie actuelle de l'obésité. Par phobie de l'obésité, ils entendent la peur pathologique de grossir, qui se manifeste souvent par des attitudes négatives et des stéréotypes adressés aux grosses personnes. La phase I de l'étude a permis la conception d'une échelle sémantique validée de 50 éléments, en 5 points, mesurant la peur des grosses personnes et 6 sous-échelles de facteurs explicatifs de cette peur (les grosses personnes sont indisciplinées, inactives, peu attirantes, peu amicales, passives, stupides, peu créatives...). Cette échelle a été remplie par 974 femmes et 117 hommes. L'analyse subséquente indique que les personnes de poids moyen, de sexe féminin, plus jeunes, disposant d'une scolarité de niveau postsecondaire et de profession non médicale, étaient plus sujettes à présenter des attitudes de phobie envers l'obésité. Selon les auteurs, les femmes tendent à avoir plus souvent peur des grosses personnes que les hommes, parce que la stigmatisation liée à l'excès de poids est souvent pire pour les femmes que les hommes.

Les stéréotypes les plus fréquemment énoncés par cette étude sont que les grosses personnes sont indisciplinées, inactives et peu attirantes. On estime également très souvent que les grosses personnes présentent des problèmes émotionnels et psychologiques. Le stéréotype positif le plus souvent énoncé dans cette étude fait des personnes obèses des gens plutôt joviaux et amicaux. La phase II de l'étude visait à accroître le niveau d'estime de soi d'un groupe de 40 femmes ayant rempli

l'échelle de mesure de la phobie de l'obésité. Plus de la moitié des participantes (60 %) ont réduit leur niveau de phobie de l'obésité à l'aide du programme.

L'étude de Crandall et Biernat (1990), quant à elle, montre quel type d'idéologie est sous-jacente aux préjugés sur l'obésité. Cette étude repose sur une collecte de données concernant un échantillon d'étudiants (478 hommes et 594 femmes) âgés en moyenne de 18 ans. Les données ont été obtenues à l'aide d'un questionnaire distribué en classe, mesurant les attitudes négatives envers les grosses personnes, le conservatisme politique, les attitudes sexuelles, sociales, la religiosité chrétienne et l'estime de soi. Les résultats démontrent que les personnes ayant une attitude hostile à l'endroit des grosses personnes manifestaient également une vision conservatrice de l'existence. Ces personnes étaient politiquement à droite, souvent racistes, en faveur de la peine capitale et peu soutenaient des mariages non traditionnels. Ainsi, les attitudes négatives envers les grosses personnes semblaient s'appuyer sur une idéologie et non sur la situation personnelle en regard du poids. La croyance centrale de cette idéologie veut que l'on « a ce que l'on mérite », c'est-à-dire que le devenir d'une personne, qu'il s'agisse de sa santé, de son statut social ou de son apparence physique, constitue la somme de ses choix et actions antérieurs. Or, selon les auteurs, cette croyance offre une base tout à fait rationnelle au dénigrement des moins bien nantis. Dans le même ordre d'idées, Allon (1982) suggère que l'obésité est perçue comme un péché, transgressant l'éthique protestante d'abnégation et de contrôle de soi. Selon cette conception, les personnes obèses sont punies parce qu'elles ne font pas assez d'exercice ou parce qu'elles mangent trop (Crandall et Biernat, 1990).

Les travaux de Crandall et Biernat (1990) démontrent aussi que l'association entre l'idéologie individualiste conservatrice et les attitudes négatives envers les grosses personnes était plus forte chez les hommes que chez les femmes. Les femmes soutenant ce type d'idéologie, étant elles-mêmes des grosses personnes, avaient une faible estime de soi. Cette relation ne s'appliquait pas aux hommes de l'échantillon, ce qui démontre que le lien entre l'idéologie conservatrice individualiste et l'autodénigrement s'appuie sur l'importance plus grande que les femmes accordent à leur poids.

## 6.1 REPRÉSENTATIONS SOCIALES ET PROFESSIONNELLES DE LA SANTÉ

Les professionnels et professionnelles de la santé ne sont pas à l'abri des attitudes négatives envers les personnes obèses. Beaucoup parmi eux ou elles associent maigreur et santé (Bourque, 1994). Qu'ils soient médecins, infirmières, nutritionnistes, psychologues ou autres, les professionnels de la santé sont influencés, comme tout le monde, par les attitudes et les représentations sociales négatives concernant l'obésité et l'excès de poids (Fischler, 1990 ; Czajka-Narins et Parham, 1990 ; Hoppé et Ogden, 1997). Or, depuis une dizaine d'années, les éditoriaux de revues spécialisées concernant l'obésité exhortent les médecins à adopter des attitudes plus tolérantes envers leurs patients obèses (Czajka-Narins et Parham, 1990). Selon Lazare (1987, cité dans Czajka-Narins et Parham, 1990), si les médecins adoptent des attitudes négatives envers les patients obèses, c'est parce qu'ils se sentent honteux et humiliés par l'échec des traitements de l'obésité. Pour le corps médical, les bons patients sont ceux qui font ce qu'on leur demande et dont l'état de santé s'améliore, ce qui est peu souvent le cas des patients obèses (Czajka-Narins et Parham, 1990). Une étude réalisée auprès de 318 médecins en pratique familiale révèle qu'un grand nombre d'entre eux considèrent les personnes obèses comme des êtres tristes et paresseux, qui présentent peu de contrôle de soi (Price et al., 1987).

Certaines études indiquent que la perception des professionnels de la santé à l'endroit de l'obésité et de ses traitements varie en fonction de leur propre excès de masse corporelle. L'étude de Hoppé et Ogden (1997) consistait à examiner les croyances des infirmières concernant l'obésité et l'influence de leur contexte de pratique en matière de gestion du poids, de même que l'influence de leur propre IMC sur ces facteurs. Un questionnaire sur l'obésité et les pratiques actuelles a donc été rempli par

585 infirmières. Les dimensions traitées étaient leurs caractéristiques personnelles (âge, sexe, IMC, etc.), les croyances face aux causes et aux conséquences de l'obésité, les moyens à prendre pour la contrer, les causes expliquant l'échec des tentatives de perdre du poids ainsi que les croyances concernant les résultats d'un processus de *counselling* axé sur la perte de poids. Les infirmières interrogées ont indiqué que le style de vie était la principale cause de l'obésité et que sa principale conséquence était le développement de maladies cardiovasculaires. En ce qui concerne les interventions, elles considéraient leur habileté à donner des conseils de façon indépendante des résultats attendus. L'échec des tentatives pour perdre du poids s'explique, selon elles, par des facteurs associés aux patients et non aux interventions. Toutefois, leurs croyances variaient selon leur propre IMC et leur environnement professionnel. Ainsi, les infirmières présentant un IMC plus élevé avaient tendance à percevoir l'obésité comme plus difficile à prévenir, comparativement à celles ayant un IMC plus faible. Par ailleurs, les infirmières présentant un IMC élevé suggéraient plus souvent des régimes contrôlant le nombre de calories, et celles ayant un IMC moins élevé suggéraient plutôt de moins manger.

Les résultats d'une autre étude destinée à décrire et à comparer les attitudes envers l'obésité d'étudiants en nutrition (n=64) avec celles de nutritionnistes professionnels (n=234) ne montrent aucune différence significative entre les deux groupes (Oberrieder et al., 1995). Chaque groupe exprimait des attitudes négatives envers l'obésité, les individus de poids santé faisant toutefois légèrement plus souvent preuve d'attitudes négatives que ceux présentant un excès de poids.

Une étude réalisée auprès d'un échantillon de 282 psychologues cherchait à établir si ces derniers avaient recours à des stéréotypes négatifs pour catégoriser leurs clients selon qu'ils étaient ou non obèses. Les résultats de cette étude démontrent que les psychologues tendent à considérer leurs patients obèses comme étant peu attirants physiquement, plus doux, plus gentils et plus gênés lors des consultations que leur patients de poids normal (Agell et Rothblum, 1991).

D'autres études, telles celles de Maddox et Liederman (1969) et de Maiman et al. (1979), indiquent que les attitudes des professionnels de la santé à l'endroit de l'obésité sont davantage le reflet des attitudes sociales que le fruit de connaissances et d'habiletés acquises par la formation professionnelle. Certaines publications indiquent que les préjugés envers les personnes obèses sont d'autant plus persistants et répandus auprès des professionnels de la santé lorsque ceux-ci sont de sexe féminin, et ce, indépendamment du poids ou de la profession exercée (Robinson, Bacon et O'Reilly, 1993).

L'étude de McArthur (1995) est l'exception confirmant la règle en ce qui a trait aux préjugés envers l'obésité. Un questionnaire a été distribué auprès d'étudiants en nutrition pour examiner leurs attitudes envers les personnes obèses. Les deux échantillons de l'étude ont indiqué que les personnes présentant un excès de poids étaient dignes de confiance, de bonne compagnie, aussi intelligentes que les personnes de poids normal, qu'elles n'avaient pas à avoir honte de leur état, qu'elles ne prenaient pas plaisir à être grosses, qu'on ne devrait pas les culpabiliser pour leur excès de poids, ni les priver de leur nourriture préférée.

Quoi qu'il en soit, cette recension des écrits sur l'attitude des professionnels de la santé à l'endroit des patients obèses montre qu'un effort de sensibilisation quant aux préjugés relatifs à l'obésité et à l'excès de masse corporelle s'impose. Dans le cas contraire, les professionnels de la santé continueront d'entretenir un problème dont les répercussions sont extrêmement négatives pour la santé des personnes obèses (Bourque, 1994).



## 6.2 CONSÉQUENCES DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES ENTOURANT L'OBÉSITÉ ET L'EXCÈS DE POIDS

Les attitudes sociales négatives entourant l'obésité ont un effet désastreux sur l'estime de soi et l'image corporelle des personnes obèses ou présentant un excès de poids. À l'inverse, les personnes qui arrivent à se conformer au modèle esthétique possèdent souvent une meilleure estime de soi que celles qui ne s'y conforment pas (Friedman et Brownell, 1995). En effet, la perception que l'on a de soi et de son image corporelle est influencée par les relations sociales et par ce que l'on croit que les autres pensent de nous. De plus, l'identité est fortement tributaire d'images intégrées et valorisées socialement (Nichter et Nichter, 1991). Ainsi, bien qu'une dépendance extrême face au monde extérieur soit le signe d'une piètre estime de soi, on peut se demander comment il est possible de développer une forte estime de soi en présence de multiples agressions quotidiennes rappelant sans cesse l'insoutenable imperfectibilité de l'être.

Les représentations sociales de l'obésité et de l'excès d'adiposité, en plus d'avoir des conséquences négatives sur l'image corporelle et l'estime de soi des personnes qui sont ou qui se croient atteintes par le problème, produisent généralement deux effets dont l'importance varie selon les individus. D'une part, elles contribuent à perpétuer les préjugés à l'endroit des personnes obèses et, d'autre part, elles favorisent la préoccupation excessive par rapport au poids.

## 6.3 OBÉSITÉ ET SANTÉ MENTALE

Selon Czajka-Narins et Parham (1990), la discrimination et les préjugés subis par les personnes obèses occasionnent des troubles psychologiques qui sont parfois plus importants que les complications d'ordre physique causées par l'obésité. Toutefois, les résultats d'une méta-analyse des études portant sur ce sujet concluent à l'absence de différences claires et consistantes concernant l'état de la santé mentale entre personnes obèses et non obèses dans la population en général (Friedman et Brownell, 1995). Cela indique que toutes les personnes obèses ne souffrent pas de détresse psychologique en raison de leur état. Cependant, certains facteurs contribueraient à rendre certains individus plus vulnérables que d'autres. Ainsi, pour les raisons précédemment invoquées, les femmes souffrent davantage des conséquences psychologiques négatives et de la stigmatisation occasionnée par le fait d'être obèses. La méta-analyse de deux générations d'études réalisée par Friedman et Brownell (1995) amène les auteurs à conclure que les femmes sont plus sujettes à développer un syndrome de souffrance lié à la distorsion de l'image corporelle et à une faible estime de soi. Le degré d'obésité et l'âge sont d'autres facteurs qui, selon eux, accroissent la vulnérabilité au développement de psychopathologies chez les personnes obèses. Puisque l'obésité se remarque davantage chez les personnes souffrant d'obésité majeure, on peut penser que la souffrance psychologique associée en sera d'autant plus importante. Les auteurs rapportent aussi que les personnes obèses qui cherchent à obtenir un traitement de l'obésité présentent une prévalence plus importante de psychopathologies. Ces personnes tendent à montrer un niveau plus élevé de dépression, d'anxiété, de somatisation, de déviations psychopathes et de symptômes hystériques. Pour sa part, l'analyse des résultats de la seconde génération d'études révèle que l'adoption de régimes amaigrissants, les comportements de frénésie alimentaire, la variation du poids et l'effet négatif des moqueries sur l'estime de soi et l'image corporelle seraient des facteurs dont l'interaction pourrait entraîner le développement de psychopathologies (Friedman et Brownell, 1995 ; Grilo et al., 1994).

## 6.4 PRÉOCCUPATION EXCESSIVE À L'ÉGARD DU POIDS

Étant donné l'importance et les conséquences des préjugés sociaux entourant l'obésité, la phobie de l'obésité est donc fortement répandue chez la majorité des femmes occidentales, et ce, qu'elles

présentent ou non un excès de poids (Robinson; Bacon et O'Reilly, 1993 ; Cash et Hiecks, 1990). En effet, la plupart des femmes ont une fausse perception de leur corps constamment comparé au modèle de la minceur et ce, même si elles ont un poids santé (IMC variant de 20 à 25 kg/m<sup>2</sup>) ou insuffisant (IMC < 20 kg/m<sup>2</sup>) (Wardle, 1995; Kirkley et Burge, 1989). Dans le présent document, on parlera de préoccupation excessive à l'égard du poids lorsque des personnes ayant ou non un excès de poids sont à ce point préoccupées par leur poids que cela porte atteinte à leur santé physique ou mentale.

Selon le Health Promotion Survey, 70 % des femmes adultes canadiennes souhaitaient en 1985, perdre du poids, incluant le quart (23 %) des femmes dont l'IMC est inférieur à 20 kg/m<sup>2</sup> (Ciliska, 1993). La compilation des résultats d'études canadiennes réalisées entre 1986 et 1992 auprès de 29 855 hommes et femmes âgés de 18 à 74 ans indique que les femmes étaient toujours plus enclines que les hommes à désirer perdre du poids et ce, sans égard à leur IMC. Selon Green et al. (1997), entre 1986 et 1992, le tiers (32 %) des femmes de poids santé (IMC=20-25 kg/m<sup>2</sup>) souhaitaient perdre du poids. De plus, si les deux tiers des femmes présentant un IMC supérieur à 27 kg/m<sup>2</sup> tentaient de maigrir, moins de la moitié des hommes en faisaient autant.

Les données de Santé Québec 1992-1993 indiquent que près du tiers (30 %) des femmes de 20 à 24 ans présentaient un poids insuffisant (Therrien, 1995). Plus d'hommes que de femmes se situaient dans la catégorie de l'excès de poids (hommes : 29 %, femmes : 21 %), laquelle catégorie représente un risque pour la santé. À l'inverse, la même enquête révèle que plus de femmes que d'hommes sont potentiellement à risque de développer un problème de santé en raison d'une insuffisance pondérale (16 % c. 6 %). Malgré cela, la majorité des femmes de poids santé (IMC=20-25 kg/m<sup>2</sup>: 81 %) et le quart des femmes de poids insuffisant (IMC < 20 kg/m<sup>2</sup>: 23 %) souhaitaient maigrir, tout comme la quasi-totalité des personnes présentant un excès de poids (*ibid*).

L'écart croissant entre la réalité et le modèle de minceur socialement valorisé a pour conséquence de favoriser chez la plupart des jeunes femmes un taux élevé d'insatisfaction à l'endroit de leur corps (Stortz et Green, 1983). Or, la préoccupation excessive à l'égard du poids a des répercussions négatives. Les résultats d'une étude réalisée auprès d'individus de poids normal indiquent que les personnes qui se perçoivent comme présentant un excès de poids alors que leur poids est normal ont tendance à évaluer leur corps de façon plus négative que celles ayant une appréciation juste de leur poids. Cette insatisfaction a non seulement trait à leur apparence physique, mais également à leur condition physique et à leur santé. De plus, les personnes qui se perçoivent comme ayant un excès de poids alors que leur poids est normal tendent également à rapporter un niveau moindre de bien-être psychologique, un fort sentiment de solitude, de dépression, une faible acceptation de soi et se sentent peu intégrées socialement (Cash et Hiecks, 1990).

La préoccupation excessive par rapport au poids se manifeste à un très jeune âge. Les taux élevés d'insatisfaction à l'endroit du corps ont été documentés chez des fillettes de 9 ans (Kirkley et Burge, 1989). Les résultats d'une étude internationale réalisée par l'OMS indiquent que les jeunes filles sont préoccupées par leur poids dès l'âge de 11 ans et que la proportion d'adolescentes visées augmente avec l'âge (King et al., 1996). Les résultats d'études menées aux États-Unis, en Australie, en Angleterre et dans d'autres pays de l'Europe de l'ouest révèlent que la proportion de jeunes femmes qui se sentent grosses et qui voudraient perdre du poids varie entre 50 % et 80 %. Une autre étude réalisée auprès d'un échantillon important d'adolescentes américaines montre que les trois quarts d'entre elles (75 %) se perçoivent comme ayant un excès de poids, et plus de la moitié (55 %) sont terrifiées à l'idée qu'elles pourraient devenir obèses. Près de la moitié d'entre elles (47 %) sont préoccupées par leurs tissus adipeux et plus du tiers (39 %) sont au régime ; parmi celles-ci, 16 % sont de poids insuffisant (Czajka-Narins et Parham, 1990). Plus près de nous, l'étude de Bolduc, Steiger et Leung (1993), réalisée auprès de 1 162 étudiantes montréalaises âgées en moyenne de 15 ans, montre que le tiers des jeunes filles étaient insatisfaites de leur image corporelle, que 42 %

craignaient d'être trop grosses et que 40 % étaient préoccupées par le désir d'être mince. En conséquence, 70 % des jeunes filles de l'échantillon désiraient perdre du poids.

Par ailleurs, les résultats de l'évaluation du projet pilote « Bien dans sa tête, bien dans sa peau » destiné à des élèves du secondaire (I, III et V) montrent que les jeunes filles sont plus insatisfaites de leur image corporelle que les garçons et qu'elles souhaitent maigrir dans des proportions plus importantes que leurs confrères (Mongeau, Richard et Perrault, 1997). Lorsqu'exposées à une série graduée de neuf physionomies permettant d'évaluer leur satisfaction à l'endroit de leur image corporelle, seulement le quart (26 %) des filles désirent demeurer telles qu'elles sont, alors que la moitié d'entre elles désirent diminuer de une ou de deux physionomies et 11 % de plus de deux. Par comparaison, 40 % des garçons désirent rester tels qu'ils sont, 30 % souhaitent grossir et 28 % diminuer de une ou de deux physionomies. Ainsi, 50 % des filles ont dit avoir l'intention de perdre du poids, comparativement à 15 % des garçons. Plus de la moitié (57 %) des filles ont déjà essayé de maigrir contre 19 % chez les garçons. Près du tiers d'entre elles (31 %) ont essayé des régimes de 1 000 calories ou moins, comparativement à 26 % chez les garçons. De plus, 61 % des filles ont tenté de perdre du poids en sautant des repas, comparativement à 46 % chez les garçons.

Il semble que la préoccupation excessive pour le poids tende également à augmenter chez les hommes, auprès desquels elle s'exprime davantage par une préoccupation croissante pour le corps. Selon Kelly (1998), le « pin-up » masculin prend de plus en plus d'importance dans la culture féminine avec la montée du pouvoir économique des femmes, celles-ci tendant de plus en plus à remplacer leur conception de l'homme pourvoyeur par celle de l'homme objet. Il semble que ce concept soit de plus en plus utilisé dans le marketing s'adressant aux femmes.

Par ailleurs, les hommes réagissent à ce phénomène en voulant se conformer le plus possible aux critères de beauté masculine. Selon Nolen (1998), de plus en plus d'hommes et de jeunes garçons sont prêts, afin de plaire aux femmes, à faire ce qu'il faut pour obtenir le ventre plat, les pectoraux d'acier et les épaules carrées des mannequins vêtus de sous-vêtements *Calvin Klein*. Le culte de l'image et du corps parfait prend donc également de l'importance chez les hommes, où il se manifeste par les nombreuses heures passées dans les clubs de conditionnement physique, par l'adoption de régimes amaigrissants et par l'usage de stéroïdes. L'usage de stéroïdes et de suppléments alimentaires a pour but d'augmenter la masse musculaire. En 1993, une enquête pancanadienne faite à partir d'un échantillon de 16 000 garçons âgés de 11 à 18 ans indiquait que la moitié d'entre eux avaient déjà utilisé des stéroïdes pour améliorer leur apparence et qu'ils en avaient cessé l'emploi à cause des coûts. Ainsi, on estime que l'achat de stéroïdes pendant six à douze semaines coûte 600 \$. C'est sans compter les effets secondaires : acné, perte de cheveux, élargissement de la poitrine. À plus longue échéance, leur usage peut entraîner des maladies hépatiques et cardiovasculaires, de même qu'une psychose connue dans les gyms comme le « Roïd Rage » (Nolen, 1998).

Or, ces faits constituent un paradoxe quand on les oppose aux résultats d'une étude publiée dans la revue *Nature* par des chercheurs écossais (Shulte, 1998 ; Abraham, 1998). Selon le psychologue David Perrett, de l'Université St-Andrews, les hommes et les femmes trouvent que les visages masculins les plus séduisants sont ceux qui démontrent le plus de caractéristiques féminines. Tel est, par exemple, le cas des Johnny Depp, Brad Pitt et Leonardo di Caprio, par opposition à Arnold Schwarzenegger, George Clooney ou Harrison Ford. Cela n'indique pas pour autant que les femmes désirent des partenaires présentant des caractéristiques corporelles identiques aux leurs. Toutefois, elles associent les visages masculins aux allures féminines à des partenaires aimants, chaleureux, à qui on peut faire confiance et qui sauront les soutenir. Les visages virils sont, à l'inverse, associés à la froideur, à la malhonnêteté et à la domination. On peut en conclure que ces changements de valeurs auront des répercussions qui risquent de s'exprimer par une préoccupation croissante des hommes pour leur apparence, avec les effets pervers et les contradictions que cela comporte.

## 6.5 TABAGISME ET PRÉOCCUPATION EXCESSIVE À L'ÉGARD DU POIDS

Bien que cette croyance n'est pas à l'origine du tabagisme chez les femmes, beaucoup d'entre elles considèrent qu'un des effets « bénéfiques » de la cigarette est de rester mince, tant donné que la nicotine a pour effet d'augmenter l'activité du métabolisme (Caan et al., 1996). Selon Charlton (1984, cité dans Department of physical education and sport studies, 1996), près de la moitié (42 %) des adolescentes qui fument croient que le tabagisme les aide à contrôler leur poids. Le tabagisme chez les femmes peut donc être considéré comme un effet pervers de la préoccupation excessive à l'égard du poids. On peut en effet penser que l'augmentation du tabagisme chez les femmes découle en partie de la progression du désir de la minceur (Nichter et Nichter, 1991). Cependant, cette progression du tabagisme s'est également accompagnée par l'accroissement de l'incidence du cancer du poumon qui a quintuplé en vingt ans. Depuis 1993, le cancer du poumon devance le cancer du sein comme principale cause de mortalité par cancer chez les femmes (Department of Physical Education and Sport Studies, 1996).

Le fait qu'un gain de poids accompagne la cessation du tabagisme est bien documenté et constitue chez beaucoup de femmes un argument pour ne pas cesser de fumer (Department of Physical Education and Sport Studies, 1996 ; Killen, Fortman et Newman, 1990 ; Caan et al., 1996 ; Kawashi et al., 1996). On a observé chez les femmes, 12 à 24 mois après avoir cessé de fumer, un gain de poids moyen variant entre 1 et 4,5 kg et ce, en fonction de leur niveau de tabagisme et de pratique de l'activité physique. Toutefois, ce gain de poids est plus important chez les femmes plus âgées ainsi que chez celles détenant le poids le plus élevé et le plus faible au début de l'étude, comparativement aux femmes plus jeunes et de poids intermédiaire. Parmi les raisons invoquées, on estime que les personnes de faible poids profiteraient le plus de l'effet anorexiant de la nicotine et seraient plus vulnérables au gain de poids lorsqu'elles mettent un terme au tabagisme. De leur côté, les personnes de poids plus lourd éprouvent déjà des problèmes à contrôler leur poids et sont sujettes au gain de poids en réaction à des événements stressants tels que l'arrêt du tabagisme (Kawashi et al., 1996). Le gain de poids qui accompagne la cessation du tabagisme peut être résorbé par une augmentation modérée du niveau d'activité physique (*ibid*).

## 6.6 LE NOUVEAU PARADIGME

Au nombre des facteurs favorisant le développement de l'obésité se trouve une culture faisant la promotion d'un mode de vie sédentaire, de la restauration rapide, de la consommation de gras, etc. Parallèlement, cette même culture exerce des pressions importantes pour que les individus se conforment à des critères corporels irréalistes (Robinson, 1997). Or, l'évolution du rôle des femmes dans la société a eu une incidence importante sur l'imposition du modèle de la minceur. Ainsi, selon Orbach (1976, cité dans Polivy et Herman, 1986), puisque les hommes détiennent en très grande partie les rennes du pouvoir socio-économique, l'idéalisation de la minceur par les femmes reflète, d'une part, leur identification à une image plus masculine, liée au pouvoir et au statut social, et d'autre part, leur rejet des symboles traditionnels de la féminité. Selon Danielle Bourque (1994), être belle en cette fin de millénaire, c'est posséder les attributs d'un homme très mince ou d'une jeune fille prépubère, bref c'est ne pas avoir un corps de femme. Le modèle idéal nous renvoie vers le mannequin type qui mesure 1,80 m, pèse 55 kg, ce qui correspond à un IMC de 17 kg/m<sup>2</sup>, alors que la valeur minimale de l'IMC nécessaire chez la femme pour la reproduction est justement de 17 kg/m<sup>2</sup> (Bourque, 1994 ; Norgan, 1997). Conséquemment, la majorité des femmes ne peuvent espérer se conformer à ce standard corporel sans mettre en péril leur capacité de reproduction (Bourque, 1994). Par ailleurs, une pareille silhouette suppose des épaules plus larges que le bassin, ce qui est contraire à la physiologie humaine, laquelle nécessite que les femmes aient des hanches plus larges que le bassin afin de pouvoir accoucher d'un bébé dont la tête est assez grosse pour contenir un cerveau (*ibid*).

Il a été démontré qu'on ne peut recourir aux moyens traditionnels de gestion du poids sans crainte de mettre en péril sa santé physique et mentale et que l'efficacité à long terme de ces méthodes reste à démontrer. L'analyse féministe des éléments ayant contribué à l'imposition du modèle dominant de la minceur, de même que les constats d'échec concernant l'efficacité des méthodes habituelles destinées à l'amaigrissement et leurs effets négatifs sur la santé physique et mentale des individus ont donné lieu à une nouvelle façon d'aborder la problématique de gestion du poids, mieux connue sous le vocable de nouveau paradigme. La comparaison du paradigme traditionnel et du nouveau paradigme est présenté au tableau 6. Étant donné qu'il s'agit d'un concept récent et en évolution, le vocabulaire utilisé n'est pas encore bien circonscrit.

Tableau 6  
**COMPARAISON DU PARADIGME TRADITIONNEL ET DU NOUVEAU PARADIGME**

	<b>PARADIGME TRADITIONNEL</b>	<b>NOUVEAU PARADIGME</b>
Conception de l'excès de poids	L'excès de poids est mauvais.	L'excès de poids n'est qu'une autre façon d'être.
Limites des changements	Les niveaux d'excès de poids peuvent être modifiés de façon permanente par la plupart des gens.	Plusieurs facteurs qui influencent à la fois les dépenses d'énergie et l'apport nutritionnel ont également pour effet d'inhiber les efforts possibles de gestion du poids.
Causes de l'excès de poids	La glotonnerie et la paresse causent et maintiennent l'obésité.  La reconnaissance des facteurs génétiques dans le développement de l'obésité atténue la responsabilisation des individus.	Les habitudes alimentaires et de pratique de l'activité physique des personnes obèses sont très souvent semblables à celles des personnes plus minces. Des transformations extraordinaires sont nécessaires pour produire et maintenir une perte de poids.  La reconnaissance des facteurs génétiques dans le développement de l'obésité permet une meilleure compréhension et acceptation de soi.
Valeur de la minceur	L'excès de poids est un danger.  L'excès de poids est traumatisant.  La perte de poids permet de vivre vraiment  L'excès de poids est peu attirant	L'état de santé est un facteur variable d'un individu à un autre et qui peut être amélioré sans égard au seul critère d'adiposité.  Le traumatisme causé par l'obésité est principalement le fruit de notre culture.  On peut vivre vraiment à n'importe quel poids  Notre conception de la beauté est le fruit d'un apprentissage. On peut développer une conception de la beauté permettant une diversité de formes et de volumes
Interventions appropriées	Les personnes obèses doivent faire tous les efforts possibles pour maigrir.  Une intervention efficace donne lieu à une perte de poids substantielle.  Les professionnels de la santé doivent avoir une attitude de fermeté auprès des patients obèses.  Une personne ne devrait pas accepter ce qui n'est pas bon pour elle. L'insatisfaction est une motivation de changement.	Les gens doivent considérer leurs valeurs et leurs priorités. La décision de se préoccuper ou non de leur poids appartient à eux seuls.  Le succès d'une intervention est définie par les buts fixés par la personne concernée. Les objectifs relatifs à l'estime de soi, au style de vie, à l'amélioration de l'état de santé sont aussi importants que ceux définis en termes de perte de poids.  Les professionnels de la santé doivent agir de façon concertée avec leurs patients et les aider à atteindre leurs objectifs.  L'estime de soi permet de changer ce qui peut être changé et d'accepter ce qui ne peut être changé.

Source : Tiré de Parham, 1996.

Le nouveau paradigme considère que chaque personne a un potentiel de santé à maintenir ou à développer peu importe son poids et sa physiologie. L'excès de poids est une autre façon d'être. Les tenants du nouveau paradigme sont conscients des difficultés posées par les méthodes traditionnellement employées pour perdre du poids et de leurs conséquences négatives sur la santé physique et mentale, de même que de leur faible efficacité. Dans la perspective du nouveau paradigme, les éléments qui contribuent au développement de l'excès de poids sont souvent très difficiles, parfois même impossibles à contrôler. Bien qu'admettant un lien entre l'excès de poids et le développement de maladies, le nouveau paradigme insiste sur le fait que l'état de santé des individus peut être influencé par des éléments autres que le poids. Le nouveau paradigme reconnaît que l'excès de poids cause des traumatismes d'origine sociale aux individus qui en sont atteints, tout en ajoutant que le bonheur, la beauté, la prospérité, l'identité même ne se définissent pas en fonction du tour de taille. Dans cette perspective, il revient aux personnes de faire des choix en fonction de leurs besoins et priorités, et non en réponse à des pressions sociales.

Le nouveau paradigme constitue une solution de rechange à la notion des régimes amaigrissants en proposant une nouvelle attitude devant divers paramètres traditionnellement liés à la gestion du poids (tableau 7).

Tableau 7  
COMPARAISON ENTRE UNE APPROCHE AXÉE SUR LA PERTE DE POIDS  
ET UNE APPROCHE VISANT LA PROMOTION DE LA SANTÉ

PARAMÈTRES	APPROCHE AXÉE SUR LA PERTE DE POIDS PAR L'ADOPTION D'UN RÉGIME AMAIGRISSANT	APPROCHE AXÉE SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ
But	Perte de poids	Augmenter la confiance en ses habiletés à faire des choix qui favorisent la santé
Progrès	Perte de poids	Modification graduelle du style de vie
Acceptation de soi	Suit la perte de poids	À l'origine d'un processus d'attention envers soi-même
Succès	Atteinte de la perte de poids visée	Vivre intensément le quotidien, accroissement de l'estime de soi
Activité	Sans efforts, pas de résultats	Adopter un mode de vie actif, physique, amusant et énergique
Nourriture	La nourriture est un facteur nocif ; privation, volonté et contrôle requis	La nourriture est une amie, célébration, plaisir, savourer
Langage	Il le faut !	Est-ce que je le veux ?
Mentalité	Tout ou rien	Je peux l'avoir si je le veux vraiment
Attitude	Perfectionniste, rigide	Flexible, suit le courant
Choix	Réglé par le régime	C'est la personne qui décide quand elle mangera et ce qu'elle mangera.
Faim	N'est pas déterminée par les signaux physiologiques de la faim mais par des quantités préalablement établies	Fondé sur la reconnaissance des signaux physiologiques de la faim. Non utilisation de la nourriture à des fins de gestion du stress

Source : Adapté de Omichinski, 1993.

Les interventions inspirées du nouveau paradigme sont centrées sur les concepts d'acceptation et d'estime de soi. Une approche basée sur l'acceptation de soi ne consiste toutefois pas à nier les risques potentiels pour la santé posés par l'excès de poids. Il s'agit plutôt d'affirmer que, tout comme la valeur d'un individu n'est pas dictée par son origine ethnique ou sa couleur, elle n'est pas non plus

rattachée au poids ou à la forme corporelle. Les participants à des programmes de gestion du poids reposant sur le nouveau paradigme sont amenés à :

- renoncer à l'adoption de régimes amaigrissants ;
- ne pas sélectionner les aliments en fonction de ce qui fait maigrir ou pas ;
- porter une attention particulière à la reconnaissance des signaux de faim et de satiété et à répondre à ces signaux avec constance ;
- apprendre à déterminer les comportements alimentaires qui sont une réponse à un stress émotif ou environnemental et à développer d'autres façons de répondre à leurs besoins émotifs ou de gérer leur stress par d'autres moyens que la consommation de nourriture ;
- pratiquer l'activité physique, non comme un moyen de perdre du poids, mais plutôt comme un élément contribuant à l'amélioration de la santé physique et mentale.

Le tableau 8 présente les principaux résultats d'études évaluatives concernant des programmes d'intervention s'inspirant du nouveau paradigme (Mongeau, Deddobeeler et Rivard, 1998 ; Omichinski et Harrison, 1995 ; Carrier, Steinhardt et Bowman, 1994 ; Ciliska, 1993 ; Polivy et Herman, 1992 ; Roughan, Seddon et Vernon-Roberts, 1990). La plupart d'entre eux encouragent les participants à abandonner les régimes alimentaires, en adoptant des habitudes alimentaires fondées sur la reconnaissance des signaux de faim et de satiété. Le développement d'une image corporelle et d'une estime de soi positives, la compréhension des facteurs associés au développement de l'obésité et des risques pour la santé posés par l'adoption des régimes amaigrissants sont également des buts poursuivis par ce type de programme. Bien qu'ayant peu d'effets significatifs sur la perte de poids, ces programmes donnent des résultats probants pour ce qui est de la reconnaissance des signaux de faim et de satiété, de la réduction des comportements de restriction alimentaire et d'obsession par rapport à la nourriture, et de l'augmentation de l'acceptation et de l'estime de soi. De façon ultime, des changements de normes culturelles seront nécessaires pour résorber le recours chronique aux régimes amaigrissants, de même que pour contrer la faible estime de soi si fréquemment observée chez les personnes obèses et chez les femmes en particulier.

Tableau 8  
ÉVALUATION DE QUELQUES PROGRAMMES D'INTERVENTION  
AXÉS SUR LE NOUVEAU PARADIGME EN MATIÈRE DE GESTION DU POIDS

AUTEURS ET TITRES	OBJECTIFS ET DESCRIPTION DU PROGRAMME	DURÉE, DEVIS ET ÉCHANTILLON	MESURES	RÉSULTATS
Mongeau, Deddobeeler et Rivard (1998) Choisir de maigrir	Favoriser une saine prise en charge des problèmes de poids chez les femmes obèses ou préoccupées par leur poids  Mieux comprendre les facteurs contribuant au problème de poids Reconnaître les signaux de faim et de satiété  Améliorer ses attitudes et ses comportements envers la nourriture et son corps  Augmenter l'estime de soi  Diminuer le sentiment de détresse	Treize rencontres de groupe de 3 heures / semaine plus une journée intensive de 7 heures  Devis quasi expérimental avec mesures pré, post et post 1 an N pré = 349 N post 1 an = 180	Échelles : Préoccupation pour le poids et la nourriture (EAT et échelle validée)  Image corporelle (adaptation du <i>Body Image Scale</i> ) Estime de soi (Rosenberg) Efficacité personnelle (échelle validée) Dépression (Beck) Contrôle de sa vie (Rosebaum) Habitudes alimentaires (Block) Activité physique (Godin)	Amélioration significative dans le groupe expérimental de tous les paramètres mesurés  Amélioration minime dans le groupe témoin Poids moyen inchangé

AUTEURS ET TITRES	OBJECTIFS ET DESCRIPTION DU PROGRAMME	DURÉE, DEVIS ET ÉCHANTILLON	MESURES	RÉSULTATS
<b>Omichinski et Harrison (1995)</b> HUGS, a non-diet lifestyle program	Développer une alternative aux diètes amaigrissantes  Promouvoir un style de vie basé sur l'acceptation de soi et des comportements alimentaires normaux	Dix rencontres de groupe de 1½-2 heures / semaine  Devis pré et post N pré = 253 N post = 208	Échelle maison de 16 items avec 2 sous-échelles : acceptation de soi et comportements alimentaires	Différence significative pour chaque item de l'échelle dans le sens attendu
<b>Carrier, Steinhardt et Bowman (1994)</b> Eat for L.I.F.E (Long term change, Image of self, Fun, Enjoyment of eating)	Réduire les comportements de restriction alimentaire  Améliorer l'acceptation et l'estime de soi  Contrôler la compulsion alimentaire  Identifier les causes de la compulsion alimentaire  Abandonner les régimes et apprendre à s'alimenter en fonction des signaux internes	Vingt rencontres de groupe de 45 minutes / semaine durant 6 mois, suivi de 2 types durant 2½ ans : groupe de soutien et conférences mensuelles  Devis pré, post, post 6 mois et post 3 ans N ayant fourni des données pré et post 3 ans = 79	Échelles maison :  Comportements alimentaires  Acceptation de soi  Activité physique  Estime de soi (Rosenberg)  Entrevues pré et post	Les participants ont été en mesure de réduire de façon significative leurs comportements de restriction alimentaire, d'accroître leur acceptation et leur estime de soi ainsi que leur niveau d'activité physique. Ils ont aussi été en mesure d'adopter plusieurs aspects d'un comportement alimentaire non restrictif, axé sur le respect des signaux internes.
<b>Ciliska (1993)</b> Beyond dieting	Décourager l'adoption de régimes amaigrissants Perdre la notion d'aliments défendus Encourager une alimentation normale Adopter un mode alimentaire de 3 repas par jour pour reconnaître signaux de faim Définir des quantités d'aliments suffisantes en réponse aux signaux de satiété et mettre l'accent sur la qualité de l'alimentation	Intervention psychoéducatrice de groupe de 12 sessions de 2 heures / semaine  Essai randomisé chez 142 femmes obèses  Gr. Expérimental Gr. Avec intervention placebo Gr en attente (témoin)	Échelles :  Comportements de restriction alimentaire et associés aux désordres alimentaires (3 échelles) Image corporelle Estime de soi (2 échelles) Paramètres physiologiques (poids, tension artérielle, cholestérol, triglycérides et glycémie)	Aucun changement observé chez les sujets du groupe témoin  Chez les sujets exposés à l'intervention : accroissement de l'estime de soi, réduction des comportements de restriction alimentaire, réduction des comportements associés aux désordres alimentaires, pas de changement significatifs des paramètres physiologiques
<b>Polivy et Herman (1992)</b> Breaking the diet habit	Prise de conscience des comportements liés à l'adoption de régimes amaigrissants et de leurs effets sur la santé  Décourager l'adoption de régimes amaigrissants  Adopter des comportements alimentaires normaux  Changer le rapport à soi et à son corps	Dix rencontres de groupe de 2 heures / semaine  Devis pré et post et post 6 mois  N pré = 19 N post = 18  N 6 mois = 8	Échelles :  Inventaire des désordres alimentaires (EDI -Garner) Dépression (Beck) Restriction alimentaire (Herman et Polivy)  Estime de soi (2 échelles)	Amélioration de l'ensemble des paramètres sauf pour ce qui est de l'insatisfaction par rapport à son image corporelle



AUTEURS ET TITRES	OBJECTIFS ET DESCRIPTION DU PROGRAMME	DURÉE, DEVIS ET ÉCHANTILLON	MESURES	RÉSULTATS
<b>Roughan, Seddon et Vernon-Roberts (1990)</b>  Psychologically based group programme for women preoccupied with body weight and eating behaviour	Décourager l'adoption de régimes amaigrissants  Diminuer la préoccupation pour le poids, la nourriture et l'alimentation  Augmenter l'attention portée aux signaux de faim et de satiété  Abandonner les comportements de restriction alimentaire  Reconnaître et modifier les comportements alimentaires associés à une émotion inconfortable ou à l'habitude  Augmenter l'acceptation de son image corporelle afin de poursuivre d'autres objectifs de vie que l'atteinte du format corporel idéal	Dix rencontres de groupe de 2 heures / semaine  Devis pré, post, post 6 mois, post 1 an et post 2 ans  N pré = 87 N post 2 ans = 56	Échelles :  Comportements alimentaires (EAT)  Image corporelle (Body and Self Cathexis Scale)  Dépression (Beck)  Estime de soi (Rosenberg)  Contrôle sur sa vie (Pearlin)  Affirmation de soi (Rathus)  Poids	À la fin du programme et deux ans après avoir complété le programme : améliorations significatives des indicateurs psychosociaux (estime de soi, dépression, image corporelle, acceptation de soi, attitude face à la nourriture)  Diminution de 3,1 kg du poids comparativement au données de base

## RÉSUMÉ

Contrairement à plusieurs autres problématiques, avoir un corps hors normes, outre les conséquences sur la santé, entraîne une série de conséquences psychosociales. Les préjugés sociaux ont été documentés dans toutes les sphères de la société, de la population en général jusqu'aux professionnels de la santé, tant chez les hommes que chez les femmes ainsi que chez les enfants. Ils ne diffèrent à peine qu'en fonction de l'ethnie. Cet opprobre social amène les personnes aux prises avec un problème de poids à interioriser la responsabilité de leur état, indépendamment des causes véritables de leur excès de poids. De plus, voguant d'échec en échec après de multiples tentatives pour maigrir, le résultat ultime est le développement d'un profond sentiment d'échec et un affaiblissement de l'estime de soi. En outre, il est documenté que les personnes obèses ne souffrent pas d'obésité à cause de problèmes psychologiques, mais qu'ils développent notamment des symptômes de dépression à cause du fardeau du jugement d'autrui.

L'influence hégémonique du culte du corps dans notre société entraîne aussi une hypervigilance envers le corps et l'alimentation de la part de nombreuses personnes, des femmes en particulier. Certaines en viennent à orienter une grande partie de leur vie autour de cet enjeu, certains auteurs ayant nommé ce phénomène « le projet corporel ». Cette obsession atteint de plus en plus d'adolescentes qui ont pourtant un poids adéquat. Les conséquences sont encore peu documentées, mais on peut soupçonner l'effet des privations alimentaires sur un corps en pleine croissance.

Face à cette vision beaucoup plus large de la problématique, un nouveau paradigme s'est développé depuis vingt ans. Il met l'accent sur la recherche d'un poids santé résultant de comportements alimentaires et d'activité physique soutenus ainsi que d'une image de soi positive. Certains programmes d'intervention de groupe basé sur cette vision des choses ont été évalués et les résultats indiquent qu'il est possible de favoriser une meilleure santé globale chez les personnes aux prises avec un problème de poids.

## Chapitre 7

### LA GESTION DU POIDS : RÉFLEXIONS POUR L'ACTION

Après avoir circonscrit l'ampleur et les conséquences des problèmes liés au poids, il apparaît important d'orienter le lecteur vers des pistes de réflexion. Rappelons cependant que le présent document ne constitue pas un plan d'action structuré fixant les cibles et les stratégies prioritaires. Un tel exercice devra toutefois être réalisé au Québec par un ensemble d'acteurs venant de différents secteurs. Ce plan répondrait d'ailleurs à l'appel du groupe d'experts de l'OMS en vue de développer un plan d'action national pour contrer l'épidémie d'obésité (WHO, 1998).

Depuis quelques années, différentes lignes directrices ou divers documents d'orientations ont été élaborés dans plusieurs pays et dans différents contextes. Cependant, peu d'écrits ont abordé la question du poids dans une véritable perspective écologique et donné une place prépondérante à la prévention. Le groupe d'experts de l'OMS a probablement fourni la réflexion la plus articulée sur la question. Ce dernier chapitre présente brièvement les recommandations, lignes directrices ou positions émises par les groupes qui ont écrit sur le sujet. Cette présentation donne un aperçu de la vision de la problématique et de l'orientation donnée à l'action dans d'autres pays. Finalement, les justifications d'un plan action de santé publique en regard de la gestion du poids seront énoncées de même que les orientations qu'un tel plan d'action pourrait prendre.

#### 7.1 REVUE DES DOCUMENTS D'ORIENTATIONS

##### 7.1.1 Le Canada

Grâce à l'initiative de Santé Canada, le travail réalisé au Canada durant les dix dernières années en matière de poids fait figure de pionnier. Ce travail s'est concrétisé par deux documents et un programme. Le premier document, « *Le poids et la santé* » (Santé et Bien-être social Canada, 1988), invitait les Canadiens à collaborer à une stratégie nationale pour promouvoir des poids sains et prévenir les problèmes de poids. Le second, « *Rapport du groupe de travail sur le traitement de l'obésité* » (Santé et Bien-être social Canada, 1991), proposait des lignes directrices pour la mise en place de programmes qui sont sans risque et qui n'exploitent pas la crédulité des gens. L'élaboration de ces documents a mené au lancement du programme « Vitalité » qui propose une approche intégrée mettant l'accent sur le plaisir de manger, d'être actif et de se sentir bien dans sa peau.

Le premier des trois rapports, « *Le poids et la santé* » a été « rédigé par et pour ceux qui veulent faire avancer les choses dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé » (p. iv). Il passe en revue les données sur les attitudes actuelles à l'égard du poids, sur la prévalence des problèmes de poids et les effets des différents niveaux de poids sur la santé. En regard de ce dernier aspect, c'est à la suite de la parution de ce document que les Canadiens ont délaissé les tables de poids idéal afin d'adopter l'IMC comme indicateur privilégié de l'obésité. Le document visait aussi à cerner et à élucider les questions qui entourent la prévention des problèmes de poids et jetait les bases d'un consensus autour des questions controversées. Finalement, il présentait cinq grands défis à relever et proposait des solutions en élaborant une stratégie globale de promotion de la santé.

Le deuxième document, « *Rapport du groupe de travail sur le traitement de l'obésité* » (1991) écrit dans le but de protéger le public, visait à ce que soient intensifiées les mesures de protection existantes et à « mettre au point des mécanismes efficaces pour qu'à l'avenir, les Canadiens puissent adhérer à un programme d'amaigrissement sans compromettre leur vie, leur santé ou leur situation financière » (p.

37). Après avoir fait l'historique de la situation et l'analyse détaillée des problèmes, le groupe de travail proposait des solutions sous la forme de 84 recommandations et lignes directrices visant les programmes d'amaigrissement relativement aux critères d'admissibilité des clients, aux méthodes utilisées, à la surveillance et au suivi des clients, à la formation du personnel dans ces programmes, ainsi qu'en rapport avec la publicité, la promotion, l'octroi de permis, l'agrément et l'homologation, etc.

Le troisième élément, qui constitue en fait l'aboutissement des deux précédents, est un programme national de promotion de la santé qui vise à promouvoir le poids santé, « Vitalité » (Santé Canada, non daté). Ce programme encourage les gens à faire des choix sains en créant un cadre propice à ce type de choix. La stratégie met l'accent sur les comportements sains qui permettent d'atteindre et de maintenir un poids santé, plutôt que de s'intéresser uniquement au poids lui-même. Le programme « Vitalité » souhaite aider les professionnels et les animateurs à voir au-delà de la régulation du poids, des régimes pauvres en calories et des programmes d'exercices obligatoires. La stratégie suppose qu'on évite les activités qui incitent les gens à trop se préoccuper des réactions de la société face au poids et à la silhouette. Le programme propose de mettre en place des activités dans les écoles, les milieux de travail ou au sein de la collectivité. Une trousse a été préparée à l'intention des animateurs, décrivant les orientations stratégiques du programme et donnant des exemples concrets de programmes ou d'activités.

Le programme « Vitalité » et ses préalables, les niveaux de poids associés à la santé et les normes en matière de traitement de l'obésité, constituent des initiatives exemplaires qui ont été soulignées ailleurs dans le monde. Toutefois, outre les niveaux de poids associés à la santé, qui ont été adoptés assez largement par le public et les professionnels, les normes en matière de traitement n'ont pas été mises en place. Dix ans après l'élaboration de cette stratégie nationale, force est de constater que les énergies requises pour faire lever le programme « Vitalité » n'ont pas été investies.

Plus récemment, un groupe d'experts médicaux canadiens, qui mettent à jour régulièrement des lignes pour orienter la conduite médicale en différentes matières, se sont intéressés à l'examen médical périodique canadien portant sur la détection, la prévention et le traitement de l'obésité (Douketis, 1999). Voici les recommandations faites par ce groupe d'experts :

- 1) Prévention - Il n'y a pas suffisamment de données probantes pour formuler des recommandations en faveur ou à l'encontre de programmes communautaires de prévention de l'obésité, mais à cause des risques considérables pour la santé associés à l'obésité et de l'efficacité à long terme limitée des méthodes de réduction du poids, la prévention de l'obésité devrait constituer une grande priorité pour les fournisseurs de soins.
- 2) Traitement - a) Dans le cas des adultes obèses qui n'ont pas d'affection liée à l'obésité, il n'y a pas suffisamment de données probantes pour recommander ou décourager un traitement axé sur la réduction du poids, parce qu'il n'y a pas de données à l'appui de l'efficacité à long terme des méthodes de réduction du poids.  
b) Dans le cas des adultes obèses qui ont une affection liée à l'obésité (par ex., diabète, hypertension), on recommande une réduction du poids pour atténuer les symptômes et réduire les besoins en médicaments, du moins à court terme.
- 3) Calcul de l'IMC - a) Chez les personnes qui n'ont pas d'affection liée à l'obésité, il n'y a pas suffisamment de données probantes pour recommander l'inclusion ou l'exclusion de la mesure de l'IMC dans le cadre de l'examen médical périodique et c'est pourquoi la mesure de l'IMC est laissée à la discrétion de chaque fournisseur de soins de santé.  
b) Dans le cas des personnes qui ont une affection liée à l'obésité, on recommande de mesurer l'IMC parce qu'il faudrait envisager une réduction du poids si l'IMC dépasse 27.

Dans le même dossier que la mise à jour de l'examen médical périodique canadien se trouvait un texte intitulé « Call for action » (Lau, 1999). Après avoir présenté la problématique, l'auteur indique que la prévention et le traitement devraient être dirigés principalement vers les facteurs socioculturels et les comportements en tant que principaux déterminants de l'obésité. Il propose ensuite quelques avenues d'intervention : favoriser une perte de poids modérée, soit 10 %, par une diète comportant une restriction de 2 100 à 4 185 kJ par jour (500 à 1 000 kcal), un apport en lipides représentant moins de 30 % de l'énergie totale, un programme d'activité physique et un renforcement par des techniques behaviorales. Il propose aussi quelques compléments au traitement tels que la médication ou la chirurgie selon certaines indications. Il termine en revenant sur la prévention, invitant les partenaires de différents secteurs à considérer la problématique sous l'angle des problèmes de santé et non pas des considérations cosmétiques. L'auteur sollicite les différents secteurs, le gouvernement, le secteur privé, les médias et par-dessus tout, les consommateurs à promouvoir des modes de vie sains. Finalement, il appelle à l'action les acteurs dans le but de constituer un réseau en obésité afin de définir et d'implanter des politiques et des programmes efficaces.

### 7.1.2 Les États-Unis

En ce qui a trait à l'expérience américaine, différentes initiatives doivent être relatées. D'abord, l'État du Michigan a élaboré, il y a une dizaine d'années, des normes portant sur les traitements de l'obésité (Michigan Health Council, 1990). Ces normes sont semblables à celles rédigées par le comité d'experts canadiens. Elles semblent toutefois avoir été mises en application. Le Connecticut, tel que discuté précédemment, est le seul État américain à avoir mis en place des lois pour réglementer l'industrie de l'amaigrissement (Berzins, 1999).

À trois reprises dans les années 1990, le National Institute of Health (NIH), par la voie d'un comité d'experts, a publié des prises de position. La première en 1993 portait sur les diètes très faibles en calories, la seconde, en 1994 visait le syndrome du « Yo-Yo » et la troisième, publiée en 1996, faisait le point sur la pharmacothérapie dans le traitement de l'obésité<sup>2</sup>.

Le NIH (1999) a publié récemment des lignes directrices générales pour la détermination, l'évaluation et le traitement de l'excès de poids et de l'obésité (NHLBI, 1999). Voici les principales recommandations qui en émanent.

Qui est à risque ? Tous les adultes qui présentent un excès de poids ou de l'obésité sont considérés à risque ( $IMC \geq 25$ ). Toutefois, il est recommandé de traiter les personnes qui ont un excès de poids ainsi que deux facteurs de risque et plus ou encore, un tour de taille élevé. Les objectifs du traitement sont de : prévenir d'autres gains de poids, de réduire le poids et de maintenir le poids atteint à long terme.

De façon plus particulière, le degré de risque doit être évalué à l'aide de deux indicateurs, l'IMC et le tour de taille. Les auteurs recommandent de viser une réduction initiale de 10 % durant les premiers six mois. Cette réduction serait atteinte chez des personnes ayant un IMC entre 27 et 35 avec une réduction énergétique de 1 250 à 2 100 kJ par jour (300 à 500 kcal) qui permettrait de perdre 0,5 kg à 1 kg par semaine. Pour les personnes ayant un IMC supérieur à 35, les auteurs proposent une réduction énergétique de 2 100 à 4 185 kJ par jour (500 à 1 000 kcal) afin d'atteindre le même objectif de perte pondérale. Si cette réduction est atteinte, une perte de poids plus importante peut être envisagée lorsque nécessaire. Après la perte de poids, une période de maintien doit être entreprise. Tant pour la période de perte de poids que la période de maintien, les auteurs recommandent une approche combinée : diète, activité physique et modification du comportement.

<sup>2</sup> Les contenus de ces prises de position ont été relatés précédemment dans les chapitres appropriés.

Chez des patients bien sélectionnés, un complément de pharmacothérapie peut compléter l'approche combinée. Dans le même sens, la chirurgie est recommandée mais uniquement pour des patients très obèses et bien sélectionnés.

Finalement, les auteurs recommandent de préparer un plan individualisé de traitement propre à chaque patient. Puisque de grandes variations individuelles existent entre les patients, et ceci à plusieurs égards, il faut éviter les « recettes toutes faites ». La motivation du patient doit être évaluée avant d'entreprendre le traitement<sup>3</sup>.

Il y a eu certaines réactions en regard de ces lignes directrices. Alors que certains les accueillent avec célérité (Kolosa, 1999), d'autres ont formulé des reproches. Herrin *et al.*, (1999) dénoncent le fait que ces lignes directrices soient basées sur des approches thérapeutiques dont l'efficacité n'a pas été démontrée et, conséquemment, ils craignent qu'elles puissent engendrer plus de tort que de bien. Strawbridge, Walhagen et Sherma (2000), pour leur part, considèrent que, sur la base de la mortalité, il n'y a aucune justification à diminuer le seuil de détermination de l'excès de poids à un IMC de 25 et, conséquemment, à intervenir. Ils considèrent que les justifications fournies par le document du NIH et d'autres auteurs reposent sur des résultats inconsistants et que les conséquences probables de telles recommandations seraient une accentuation de l'opprobre envers les personnes qui présentent un surplus de poids.

Par ailleurs, la North American Association for the Study of Obesity (NAASO) a présenté en septembre 1999, un plan d'action pour lutter contre l'épidémie d'obésité. Le caractère de ce plan d'action se distingue radicalement de ce qui a été présenté jusqu'ici. Voici les grandes lignes :

- Mettre en place un comité gouvernemental sur le sujet qui aurait comme mandat de mesurer l'effet des politiques agricoles, de transport, d'énergie, etc. sur la prévalence de l'obésité, et de coordonner les efforts de recherche et de traitement.
- Le Congrès devrait appliquer la proposition S.1159 de pourvoir les écoles des crédits nécessaires (30 à 100 millions de dollars) afin d'augmenter l'intensité des cours d'activité physique de la maternelle jusqu'à la 12<sup>e</sup> année.
- Énoncer et mettre en œuvre des lignes directrices de dépistage du diabète et de l'hypertension pour les enfants d'âge scolaire.
- Le budget du NIH en regard de l'obésité devrait être augmenté de cinq fois vu l'importance de l'obésité comme priorité de recherche.
- Le ministère du Revenu doit permettre aux citoyens de déduire de leurs impôts les coûts du traitement de l'obésité, comme c'est la pratique pour la cessation du tabac.
- L'obésité doit être considérée au même titre que toutes les autres conditions dans les programmes Medicare et Medicaid.
- L'obésité doit être remise dans la liste des conditions d'admissibilité à l'assistance sociale pour causes de handicap.
- Les médicaments pour l'obésité doivent faire partie de la liste des médicaments admis.

<sup>3</sup> Comparativement aux lignes directrices canadiennes, trois grandes différences ressortent : Contrairement aux experts canadiens, le groupe américain recommande un dépistage systématique à l'aide de l'IMC chez les adultes. Ensuite, il recommande de mesurer le tour de taille comme indicateur de risque et, finalement, il recommande un traitement pour les personnes qui présentent un excès de poids et deux complications ou deux facteurs de risque (Lau, 1999).

### 7.1.3 La France

En France, trois associations se sont regroupées afin de rédiger des recommandations en regard du diagnostic, de la prévention et du traitement des obésités : l'Association française d'études et de recherches sur l'obésité (AFERO), l'Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques (ALFEDIAM) et la Société de nutrition et de diététique de langue française (SNDLF) (Basdevant et *al.*, 1998). Les recommandations, appuyées par une volumineuse recension des écrits, précisent des cibles d'interventions et de recherche dans différents champs tels que le diagnostic, la prévention dans la population en général, la prévention chez les sujets à risque d'obésité, les objectifs du traitement, les moyens médicaux, la chirurgie, obésités de l'enfant et le système de soins.

En regard de la prévention dans la population en général, les auteurs précisent :

- les actions préventives doivent être centrées sur la promotion de l'activité physique dans la vie quotidienne et les loisirs, ainsi que sur l'information nutritionnelle visant ainsi à réduire les excès d'apports caloriques qui dépendent dans une large part de la densité calorique de l'alimentation (matières grasses) et des boissons (alcool) ainsi que des prises alimentaires en dehors des repas ;
- les messages de prévention doivent aller à l'encontre de la promotion d'un « idéal minceur », source de désordres du comportement alimentaire, de déséquilibre nutritionnel et de troubles psychologiques. Ils devraient donc être orientés vers l'équilibre alimentaire et l'activité physique et exclure toute référence à la notion de « poids idéal » ;
- les actions doivent s'appuyer sur l'éducation nutritionnelle à l'école et au collège. Elles doivent être relayées par les organismes chargés de l'éducation pour la santé. Les auteurs recommandent de viser les secteurs de la population particulièrement touchés par l'augmentation de la fréquence des obésités (sujets jeunes et milieux défavorisés) ;
- il est important de lutter contre la publicité et les allégations nutritionnelles trompeuses dans le domaine du contrôle du poids. Il est aussi recommandé d'établir avec l'industrie agro-alimentaire et la grande distribution un code de bonne pratique dans le domaine de la communication nutritionnelle, en particulier celle destinée aux enfants et aux adolescents, et d'améliorer l'étiquetage des produits alimentaires pour le rendre lisible et compréhensible pour les consommateurs.

En regard de la prévention chez les sujets à risque d'obésité, les auteurs recommandent d'être attentifs aux :

- personnes qui présentent un risque élevé de prendre du poids soit celles ayant des parents du premier degré atteints d'obésité et les enfants présentant un rebond d'adiposité précoce avant l'âge de 6 ans ;
- circonstances favorisant la prise de poids comme l'arrêt du tabac, l'arrêt de l'activité physique et sportive, certains traitements médicamenteux, certaines maladies endocriniennes, le changement des habitudes de vie, les périodes de transition hormonale (grossesse, ménopause) et les périodes de vulnérabilité psychologique ou sociale ;
- personnes présentant une prise de poids rapide, supérieure à 5 % du poids habituel ;
- personnes présentant ou étant prédisposées à une maladie susceptible d'être aggravée par une prise de poids (diabète).

En regard du traitement, les auteurs recommandent :

- que la prise en charge soit globale ;
- que le traitement des complications (hypertension, diabète, dyslipidémies, complications respiratoires) passent avant l'évolution pondérale et les difficultés de contrôle du poids ;
- que le projet thérapeutique prenne en compte les objectifs psychologiques et sociaux ;

- que chez les personnes pour qui l'obésité ne constitue pas un risque vital, la priorité soit donnée à la restauration de l'estime de soi et de l'image du corps ainsi qu'à la lutte contre le rejet social ;
- que les objectifs pondéraux soient réalistes et individualisés afin de respecter les limites physiques et psychologiques de la tolérance à la restriction alimentaire ;
- que dans la majorité des cas, une perte de poids de 5 % à 15 % du poids maximal soit envisagée comme un objectif réaliste ; une perte de poids supérieure à 20 % ne soit envisagée que si les moyens nécessaires pour perdre cette quantité de poids ne mettent pas en péril l'équilibre nutritionnel, somatique, psychologique et social de l'individu ; dans certains cas, considérer que d'éviter l'aggravation de l'obésité soit le seul objectif raisonnable.

Et finalement, une série de recommandations plus particulières encadrent les diverses approches de traitement. En regard du système de soins, les auteurs recommandent :

- de lutter contre les attitudes négatives du public et du personnel de la santé vis-à-vis des personnes obèses ;
- de considérer l'obésité comme un problème de santé publique en raison de l'importance de ses complications ;
- de développer des consultations pour la prévention et le traitement des obésités dans des conditions accessibles aux personnes en difficulté sur le plan économique et social ;
- de rendre plus cohérent le système de prise en charge et de mieux définir le rôle des différents intervenants ;
- de veiller à ce que les actions respectives des différents intervenants s'inscrivent dans un projet défini, coordonné et explicite pour le patient ;
- de faire participer les différents intervenants dans les actions de prévention nutritionnelle ;
- de développer l'enseignement en nutrition au cours des études médicales et paramédicales et dans le cadre de la formation continue ;
- d'améliorer la détermination de l'obésité par les systèmes d'information médicale.

#### 7.1.4 Les associations de diététique

On recense dans la documentation des textes de trois associations de diététique : américaine, canadienne et britannique. Devant l'échec des méthodes traditionnelles destinées à l'amaigrissement et considérant leurs conséquences négatives tant pour la santé physique que psychologique des personnes qui y ont recours, ces trois associations soumettent des recommandations qui s'inscrivent dans l'esprit du nouveau paradigme. D'abord, dans une prise de position sur la santé des femmes et la nutrition, les associations de diététique américaine et canadienne ont fait des recommandations touchant les anormalités liées au poids chez les femmes (ADA, 1999). Ainsi, pour des raisons d'ordre biologique, social et politique, elles préconisent de nouvelles avenues en matière de nutrition et de gestion du poids, notamment pour les femmes présentant un risque important de développer des pathologies liées à la nutrition et au poids, telles que les maladies cardiovasculaires, certains cancers, l'ostéoporose et le diabète non insulino-dépendant. Plutôt qu'une orientation traditionnelle de traitement axé sur la perte de poids, on encourage fortement la promotion de la santé qui permettra aux femmes d'adopter des modes nutritionnels favorisant la santé.

En 1997, l'Association de diététique américaine recommandait que la gestion du poids soit centrée sur un concept autre que la perte de poids (ADA, 1997). Dans cette perspective, la gestion du poids est définie comme l'adoption d'une saine alimentation et la pratique d'activités physiques permettant la réduction des risques liés à la maladie et l'accroissement du sentiment de bien-être. L'objet principal de la gestion du poids consiste donc à favoriser et à maintenir une bonne santé par la stabilisation de la masse corporelle (*ibid*). L'accent sur les régimes amaigrissants devrait être remplacé

par des encouragements visant l'adoption de comportements alimentaires normaux, basés sur une saine alimentation, ainsi que l'augmentation de la pratique d'activités physiques et le développement d'une estime de soi positive. De plus, des efforts doivent également être fournis pour éduquer l'ensemble de la société au sujet du poids santé et des images corporelles réalistes. Le rôle des professionnels et professionnelles de la nutrition consisterait à aider les jeunes femmes à résister aux pressions les entraînant à se conformer à un modèle non réaliste et inaccessible, à leur apprendre à s'alimenter de façon plus saine et à développer une estime de soi et une valeur personnelle basée sur d'autres facteurs que le volume et la forme corporelle. Dans une perspective sociale, les professionnels et professionnelles de la nutrition doivent contribuer à accroître les connaissances du grand public sur la santé des femmes, par l'entremise de campagnes de promotion et la défense de stratégies d'interventions innovatrices.

Quant à l'Association de diététique britannique, elle constate que la gestion actuelle du poids effectuée par les professionnels est loin de l'idéal (Kirk, 1999). Les professionnels ne pratiqueraient pas de la meilleure façon, sans compter qu'ils démontrent souvent des attitudes négatives envers l'obésité. L'Association recommande une révision systématique des pratiques des professionnels et une meilleure organisation des traitements. Il faut cesser de considérer l'obésité uniquement comme un désordre personnel et prendre en compte l'influence qu'ont les facteurs environnementaux sur les individus. Il faut mettre en place des stratégies de prévention.

### 7.1.5 Lignes directrices pour l'obésité chez l'enfant

Les recommandations ou lignes directrices à l'intention des enfants obèses ou présentant un excès de poids sont plus rares. Comme pour les adultes, les recommandations canadiennes pour l'examen médical périodique balisent la conduite proposée aux médecins en regard de l'obésité chez l'enfant (Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, 1994). La dernière émission de ces recommandations pour l'obésité chez l'enfant date toutefois de 1994. Les principales recommandations émises par le groupe d'experts se résument ainsi :

- il est évident que le poids et la taille des enfants doivent continuer d'être mesurés durant l'examen périodique, principalement pour déterminer les problèmes de croissance. Il n'y a cependant pas d'évidences suffisantes indiquant que le dépistage de l'obésité chez l'enfant est valable ; il n'y a pas plus d'évidences qu'il est nuisible ;
- il n'y a pas suffisamment d'évidences pour recommander d'inclure ou d'exclure un *counselling* sur la nutrition et sur l'activité physique dans un traitement de routine de l'enfant très obèse. La pratique régulière de l'activité physique est toutefois recommandée pour tous les Canadiens. Il y a des évidences acceptables pour exclure les diètes faibles en calories du traitement de routine des préadolescents obèses. Les évidences sont contradictoires quant à l'inclusion ou l'exclusion de l'activité physique dans le traitement de routine de l'enfant obèse.

Du côté américain, de nouvelles recommandations viennent d'être publiées (Barlow et Dietz, 1998). Il est clairement mentionné d'entrée de jeu que ces recommandations ne sont pas basées sur des évidences scientifiques parce qu'il y a peu de publications sur le sujet. Il s'agit du consensus d'un groupe de professionnels qui traitent les enfants et les adolescents obèses.

D'abord, par crainte des effets négatifs, on recommande aux praticiens qui n'ont pas le temps ou qui trouvent frustrant de travailler avec ce type de patients de les diriger vers d'autres services. Les enfants qui ont un IMC  $\geq 85^{\circ}$  percentile et présentent des complications ou un IMC  $\geq 95^{\circ}$  percentile avec ou sans complications devraient avoir une évaluation en profondeur et possiblement être mis sous traitement. Le but du traitement pourrait être le maintien du poids ou la perte de poids selon les cas, en considérant l'IMC, l'âge de l'enfant et la présence de complications. Le comité recommande que le traitement commence tôt, engage la famille et institue des changements



permanents de façon graduelle. Les compétences parentales constituent la pierre angulaire du succès de l'intervention. Comme pour l'adulte, la motivation de l'enfant et de la famille doit être évaluée avant de commencer l'intervention. L'approche adoptée par le praticien apparaît très importante, par exemple travailler avec des familles motivées et éduquer la famille sur les complications de l'obésité. Le traitement ne doit pas viser une perte de poids à court terme, mais plutôt entraîner de petits changements graduels et le praticien ne doit pas critiquer mais encourager et être empathique.

Du côté de la France (Basdevant *et al.*, 1998), le rapport des experts français recommande, pour l'obésité chez les enfants, d'utiliser des indicateurs qui tiennent compte de l'âge, de tenir compte du rebond d'adiposité avant 6 ans et des déplacements rapides sur les courbes de percentile, de ne traiter l'excès de poids avant 3 ans que si les parents sont obèses ou si l'excès de poids est extrême, d'agir sur un ensemble de comportements conduisant à la sédentarité et à des prises alimentaires en dehors des repas, de ne réduire que modérément les apports énergétiques pour respecter les besoins de croissance et éviter les effets secondaires, de combattre la mise à l'écart de l'enfant obèse; d'associer la famille au projet thérapeutique et de confier la prise en charge des obésités massives à des pédiatres spécialisés dans la prise en charge des obésités.

### 7.1.6 L'OMS

En juin 1997, l'OMS organisait une vaste consultation d'experts internationaux sur l'obésité. À partir d'un document de consultation élaboré pour l'occasion, les experts devaient revoir la prévalence et la tendance de l'obésité chez les enfants et les adultes, les facteurs qui contribuent à son développement ainsi que ses conséquences économiques et pour la santé. Ils devaient ensuite soumettre des recommandations qui permettraient aux différents pays d'élaborer des politiques publiques et des stratégies pour améliorer la prévention et la gestion de l'obésité. Un volumineux rapport a suivi la consultation tenue en 1998 (WHO, 1998).

Comparativement à tous les autres documents discutés jusqu'ici, celui de l'OMS est celui qui adopte le plus résolument une approche globale et une perspective de santé publique. Il distingue les principes de la prévention universelle et de l'intervention auprès des personnes à risque ou déjà obèses. Un solide argumentaire justifiant la prévention est développé, suivi de stratégies pour chaque niveau d'intervention, c'est-à-dire la population, les individus à risque et ceux aux prises avec le problème. En fait, le document traite de la question de façon exhaustive, en s'appuyant sur une large documentation et innove par sa vision élargie. Ces caractéristiques en font un document de référence précieux qui a fortement inspiré la section qui suit.

## 7.2 RÉFLEXIONS EN VUE DE L'ACTION

### 7.2.1 Pourquoi militer en faveur de la prévention ?

Selon les experts de l'OMS, les projections pour les prochaines décennies font de l'obésité un problème si sérieux et si coûteux qu'une action de santé publique est requise d'urgence. En effet, les analyses démontrent que, si l'action est essentiellement concentrée auprès des enfants et des adultes ayant un IMC élevé et présentant des complications, l'escalade de la population vers le seuil de l'obésité pathologique sera très peu touchée. Sans des changements sociaux, une proportion substantielle et croissante de la population souffrira des complications de l'obésité. Selon cette logique, il faut définir des actions de santé publique qui viseront toute la population (ce sujet est repris plus loin).

Il est important de prévenir l'obésité plutôt que de seulement la traiter puisque, une fois installé, l'excès de poids est difficile à perdre. La difficulté à perdre du poids et à maintenir le nouveau poids

est notoire. Au demeurant, une légère perte de poids que l'on peut maintenir peut être envisagée de façon réaliste, à la condition qu'on intervienne tôt.

Les conséquences de l'obésité pour la santé sont le fruit d'un stress métabolique et physique cumulatif s'étalant sur une longue période. Ces conséquences ne seraient possiblement pas totalement réversibles même avec une perte de poids.

Ces conséquences pour la santé vont, à leur tour, occasionner un fardeau financier supplémentaire à un système de santé déjà vulnérable. Si les coûts directs sont déjà estimés à 2,4 % des dépenses de santé, qu'en sera-t-il si la prévalence de l'obésité et de ses complications augmente ? Par exemple, l'accroissement de la prévalence du diabète de type 2 semble directement associé à l'augmentation de la prévalence de l'excès de poids et d'un mode de vie sédentaire et constitue une pathologie chronique débiliteuse et coûteuse.

Par ailleurs, les conséquences psychosociales de l'obésité sont incommensurables. À décrire l'obésité comme un fléau social, ce sont les personnes qui en souffrent qui portent le poids de la responsabilité. Il ne faut pas oublier que l'univers est composé d'une diversité de formats corporels et qu'une certaine prévalence de l'obésité sera toujours présente au sein de toutes les populations. Ceci est le résultat d'année d'évolution et demeure peu modifiable. Le problème de santé publique est l'accroissement de la prévalence de l'excès de poids qui, elle, est attribuable au mode de vie. Il est donc crucial d'attaquer la bonne cible, soit le mode de vie en dégradation et les forces qui le génèrent et l'entretiennent. Pointer du doigt les individus ayant un surpoids ne ferait qu'accroître la stigmatisation.

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

### 7.2.2 Des actions à différents niveaux

Selon Gill (1997), afin de contrôler efficacement le poids d'une population, il est important de prévenir :

- le développement de l'excès de poids chez les personnes au poids santé ;
- la progression de l'excès de poids chez les personnes déjà au-dessus de leur poids ;
- la reprise de poids chez les personnes ayant un excès de poids qui ont maigri ;
- la détérioration de la condition des personnes au-dessus de leur poids santé.

Si l'on veut atteindre les cibles mentionnées ci-dessus, plusieurs niveaux de prévention doivent être visés. Cependant, selon Gill, la terminologie traditionnelle de la prévention primaire, secondaire et tertiaire entraîne beaucoup de confusion lorsque appliquée à l'obésité. Pour illustrer le piège, on peut soulever la question suivante : prévenir l'augmentation du poids chez les personnes qui présentent un excès de poids, est-ce de la prévention primaire ou secondaire ? Pour éviter cette confusion, Gill recommande plutôt la terminologie proposée par l'Institut américain de médecine.

Celle-ci comporte aussi trois niveaux :

- la prévention universelle (s'adressant à tous les individus d'une communauté) ;
- la prévention sélective (dirigée vers les individus qui présentent un risque élevé) ;
- la prévention ciblée (s'adressant aux personnes ayant un problème de poids et à celles à risque de complications associées à l'excès de poids).

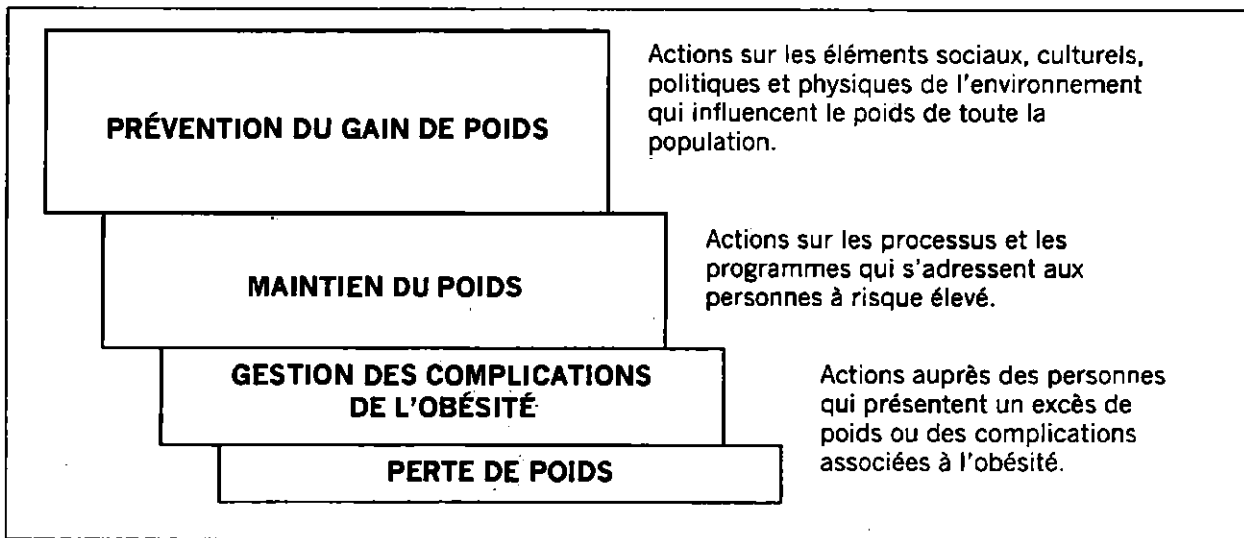
Les actions de prévention relevant de ces trois niveaux touchent les axes d'interventions suivants :

1. celui des éléments sociaux, culturels, politiques et physiques de l'environnement, qui influencent le poids de la population en général ;
2. celui des processus et des programmes qui interviennent auprès des individus ou groupes qui sont à risque d'obésité ou de comorbidité associée à l'obésité ;
3. celui des protocoles visant les personnes déjà obèses.

La combinaison des axes et des niveaux de prévention peut être présentée dans un diagramme qui illustre le recouplement des activités (figure 2). La grosseur des boîtes indique la contribution relative de chaque niveau de prévention à la gestion efficace de l'obésité. On note que la prévention universelle devrait fournir la contribution la plus importante (WHO, 1998). Néanmoins, les auteurs (Gill, 1997 repris WHO, 1998) proposent que des actions soient menées, de façon complémentaire, auprès de groupes à haut risque d'obésité (tableau 9) ainsi qu'en ciblant les périodes de la vie accroissant la vulnérabilité au développement de l'excès de poids et de l'obésité (tableau 10).

Figure 2

**SPECTRE DE LA GESTION DE L'OBÉSITÉ SELON L'OMS**



Source: Adapté de l'OMS, 1998

Tableau 9

**PÉRIODE DE LA VIE ACCROISSANT LA VULNÉRABILITÉ AU DÉVELOPPEMENT DE L'OBÉSITÉ**

PÉRIODE DE VULNÉRABILITÉ	RAISON DE L'ACCROISSEMENT DU RISQUE
Pré-natale	La nutrition fœtale et le développement intra-utérin produisent des effets permanents sur la croissance, la forme du corps, le niveau d'adiposité et l'équilibre énergétique.
Rebond d'adiposité (5-7 ans)	La masse corporelle s'accroît rapidement après une période d'adiposité réduite au cours de l'âge pré-scolaire. Les habitudes liées à l'alimentation et à la pratique de l'activité physique se modifient souvent sous l'effet de l'exposition à un nouvel environnement et donnent lieu à des comportements qui peuvent favoriser le développement de l'obésité.
Adolescence	Période d'autonomie accrue associée à des repas irréguliers, des changements d'habitudes alimentaires, des périodes d'inactivité, combinées à des transformations physiologiques qui favorisent les dépôts de tissus adipeux, en particulier chez les adolescentes.

PÉRIODE DE VULNÉRABILITÉ	RAISON DE L'ACCROISSEMENT DU RISQUE
Jeunes adultes	Le début de la vie adulte est associé à une période de réduction de l'activité physique au cours des loisirs. Chez les femmes, ce phénomène est observé chez les 15-19 ans alors que chez les hommes, il s'observe davantage au début de la trentaine.
Grossesse	Même si le gain de poids moyen des femmes après chaque grossesse est inférieur à un kg, un gain de poids excessif peut être attribué à une rétention de poids après l'accouchement, particulièrement après une cessation précoce de l'allaitement.
Ménopause	Dans les sociétés occidentales, le poids augmente généralement avec l'âge. Bien que la fin du cycle menstruel influence l'apport nutritionnel et réduit légèrement le niveau du métabolisme, la diminution de l'activité physique est le principal facteur associé au gain de poids à la ménopause.

Tableau 10

**IDENTIFICATION DES GROUPES PRÉSENTANT DES RISQUES IMPORTANTS DE DÉVELOPPEMENT DE L'OBÉSITÉ**

GROUPES À RISQUE	RAISONS EXPLIQUANT UN RISQUE ACCRU
Individus génétiquement prédisposés	Il n'y a plus aucun doute sur le fait que, exposé à un même environnement, certains individus sont susceptibles de développer de l'adiposité. Ces différences individuelles impliquent également des processus physiologiques associés au dépôt des tissus adipeux, à l'oxydation et au métabolisme basal.
Certains groupes ethniques	Certains groupes ethniques semblent plus prédisposés au développement de l'obésité. On croit que cela serait causé par une prédisposition génétique à l'obésité qui devient plus apparente lorsque ces groupes sont exposés à des styles de vie obésogènes.
Groupes socio-économiquement défavorisés	On observe une association inverse entre le niveau de revenu et de scolarité et l'obésité qui s'observe de façon particulière chez les femmes et les enfants. La consommation de produits peu coûteux, souvent riches en matières grasses et le fait que les personnes financièrement démunies consacrent plus de temps à des loisirs sédentaires tels que la télévision expliqueraient en partie le phénomène.
Personnes ayant déjà perdu du poids	La perte de poids est habituellement suivie par un regain de poids au cours de l'année suivante. Des processus biologiques et comportementaux contribuent au retour du poids corporel à son niveau initial.
Personnes qui ont récemment abandonné le tabagisme.	Les fumeurs sont habituellement plus minces que les non fumeurs en raison de l'effet anorexiant de la cigarette et de son effet sur le métabolisme. Le gain de poids moyen suite à la cessation du tabagisme est de 2,8 kg chez les hommes et de 3,8 kg chez les femmes. Toutefois, le gain de poids est plus important chez les gros fumeurs (>15 cigarettes/jour) et chez les jeunes fumeurs. Les effets bénéfiques de la cessation du tabagisme sont plus importants que le risque posé par le gain de poids associé.
Personnes à qui l'on a prescrit certains médicaments	Certains médicaments favorisent le gain de poids et la consommation excessive d'aliments en période de sédentarité.

### 7.2.3 La justification pour la prévention universelle

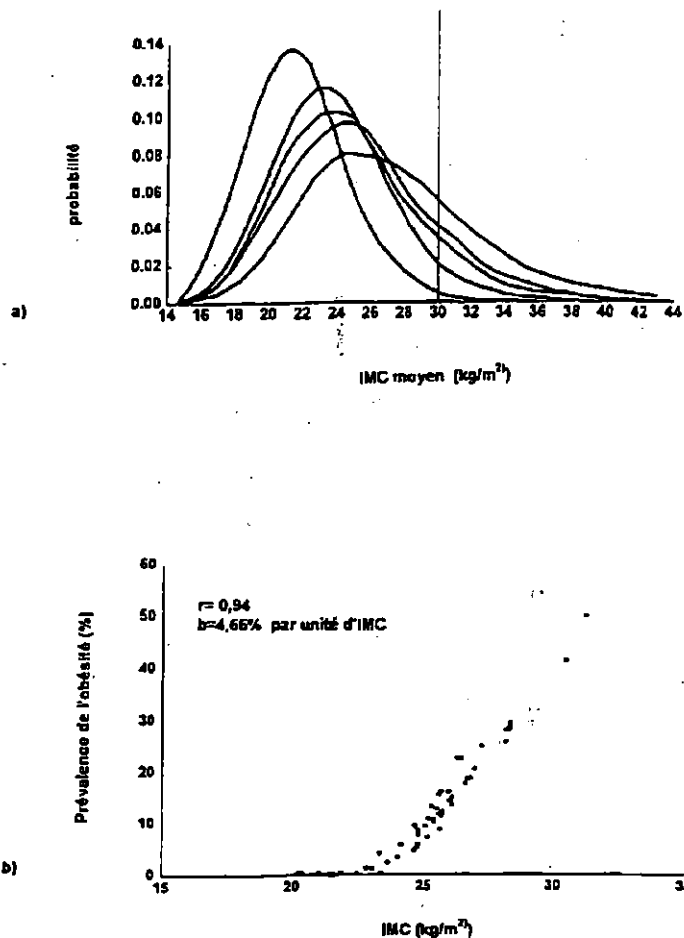
Pour la majorité des professionnels de la santé, les avantages d'intervenir auprès de l'ensemble de la population n'apparaissent pas toujours au premier coup d'œil. En effet, la tradition épidémiologique a beaucoup favorisé les interventions ciblant les groupes à risque. On lui attribue d'être plus efficace, permettant d'atteindre plus directement les objectifs de réduction de l'incidence et à moindre coût, puisque moins de personnes sont ciblées. Or, s'il y a souvent lieu d'intervenir auprès de groupes à risque, ce choix ne devrait pas être fait ni de façon automatique ni de façon exclusive. Sans pour autant rejeter l'approche des groupes à risque, il y a lieu de voir la complémentarité des approches universelle et groupes à risque. Et puisque, dans nos institutions, la tendance a été pendant longtemps d'intervenir davantage avec une approche de groupes à risque, il arrive que l'on doive mettre l'accent sur une approche visant toute la population momentanément afin de contrebalancer.

Pourquoi devrait-on promouvoir une approche universelle ? Comme professionnel de la santé et comme décideur, on est généralement peu enclin à viser la modification des comportements des personnes qui ne présentent aucun facteur de risque. Or, mieux comprendre le lien entre la moyenne parmi la population et la prévalence d'un problème de santé est un concept fondamental en santé publique. Plus cette moyenne d'un paramètre ou d'un comportement est élevée, plus grande sera la proportion des personnes qui présentent un risque élevé. Ce concept est illustré à la figure 3 qui trace la relation entre la moyenne et les extrêmes de la courbe. Les graphiques présentés dans cette figure sont issus de l'étude INTERSALT menée par Rose en 1991 (cité dans Gill, 1997) dans 52 communautés issues de 32 pays. Dans le graphique a), on peut voir l'effet du déplacement de la distribution de l'IMC. La ligne vis-à-vis de l'IMC 30 permet d'apprécier l'augmentation de la proportion de personnes obèses à mesure que l'IMC moyen augmente et que la courbe s'aplatie. Le graphique b) présente différemment la même relation, soit une relation linéaire entre l'IMC moyen des populations et la prévalence d'obésité.

Dans l'étude INTERSALT, Rose a démontré que, lorsque l'IMC moyen d'une population ne dépasse pas 23, il y a très peu de personnes obèses ( $IMC \geq 30$ ). En revanche, à mesure que l'IMC moyen augmente au-dessus de 23 (la distribution se déplace vers la droite), la proportion des personnes obèses augmente. En effet, Rose a démontré qu'à chaque gain de une unité d'IMC au-dessus de 23, la prévalence de l'obésité augmente de 4,66 %. Les études épidémiologiques indiquent que l'IMC moyen optimal pour une population doit se situer entre les extrêmes. Trop bas, la proportion de personnes qui présentent une insuffisance de poids sera trop grande. Inversement, si l'IMC est trop élevé, c'est la proportion de personnes obèses qui sera trop grande. Il semble que 23 soit un bon niveau pour l'IMC moyen (WHO, 1998). Or, l'étude canadienne sur la santé du cœur indique que l'IMC moyen des adultes canadiens est de 25,4 (25,8 chez les hommes et 24,9 chez les femmes) (MacDonald *et al.*, 1997).

Puisque les complications associées à l'excès de poids ne surviennent pas de façon brutale lorsqu'un poids précis est atteint, mais deviennent plutôt de plus en plus probables avec l'augmentation du poids, la réduction de l'IMC moyen d'une population influencera positivement des personnes qui n'auraient pas été atteintes par une intervention essentiellement orientée vers des groupes à risque. Et puisqu'il y a bien davantage d'individus dans la moyenne qu'aux extrêmes, l'effet, quoique minime pour chaque individu, est immense au niveau d'une population. C'est ce qu'on appelle le « paradoxe de la prévention » ou encore le « théorème de Rose » (Rose, 1992) : une mesure préventive qui offre beaucoup de bénéfices à une communauté profite peu à chacun des individus qui y participent. D'ailleurs, cette perception de l'effet minime au plan individuel explique en partie pourquoi bien des professionnels s'intéressent peu à faire de la prévention auprès des individus sains (*ibid*).

Figure 3.  
**ILLUSTRATION DU LIEN ENTRE LA MOYENNE PARMI LA POPULATION  
 ET LA PRÉVALENCE DU RISQUE DANS LA POPULATION**



Source : Étude INTERSALT, Rose, 1991

Cette démonstration aide à comprendre pourquoi il est important d'intervenir au niveau de la population en général. Il y a aussi d'autres arguments à considérer. En effet, l'intervention auprès de groupes à risque, généralement de nature à modifier les comportements d'un groupe d'individus considérés déviants, est plus stigmatisante. Berwick (1992, cité dans Cohen, 2000) parle de la « théorie des pommes gâtées ». Au contraire, intervenir auprès de l'ensemble de la population, tout en évitant la stigmatisation, repousse la probabilité que de nombreuses personnes deviennent à risque, ce qui rejoint le premier niveau de prévention recommandé par Gill (1997).

#### 7.2.4 Un modèle structurel pour intervenir sur les comportements

Dans un article récent, Cohen, Scribner et Farley (2000) soumettent une approche pragmatique pour expliquer et influencer les comportements au niveau populationnel. La science behaviorale moderne considère le comportement humain comme une interaction réciproque entre les individus et leur environnement. Malgré que les politiques et les interventions environnementales soient plus courantes en santé publique qu'auparavant, le cap est encore souvent placé principalement sur les

comportements individuels. En accord avec le modèle écologique qui nous invite à intervenir sur les facteurs structureaux, Cohen, Scribner et Farley (2000) proposent une caractérisation du modèle en quatre catégories de facteurs structureaux à cibler, soit :

- l'accessibilité et la disponibilité des produits de consommation ;
- les structures physiques (ou les caractéristiques physiques des produits) ;
- les structures sociales et les politiques ;
- les médias et la culture.

La santé publique a pour mission, entre autres, d'agir sur les conditions de vie qui influencent la santé des populations. Ces conditions visent à la fois la santé des individus de façon directe (ex. la qualité de l'air et la santé respiratoire) et, indirectement, via les comportements (ex. l'influence des politiques de transport qui amènent les gens à utiliser davantage leur automobile). Les interventions structurelles cherchent à renverser ces effets en altérant directement les conditions de vie ou encore en favorisant indirectement l'adoption ou la cessation de certains comportements. Une intervention structurelle modifiera les comportements sans nécessairement faire intervenir l'éducation. Par exemple, la taxation du tabac ou des produits alcoolisés en réduit la consommation même en l'absence d'éducation. Par définition, les interventions structurelles touchent un grand nombre de personnes et, puisque les personnes sont exposées passivement, elles ne peuvent se mettre à l'abri des interventions préventives (*ibid*). Présenté autrement, on pourrait dire que ceci correspond à « rendre les choix santé faciles et les choix moins santé plus difficiles » (Milio, 1981).

Des interventions peuvent donc être planifiées pour chaque catégorie de facteurs. Par exemple, pour la première catégorie, soit l'accessibilité et la disponibilité des produits, il est largement démontré, notamment en ce qui a trait à la consommation d'alcool, que plus les boissons alcooliques sont disponibles et accessibles, plus grande est la consommation parmi une population (Edwards et al., 1994). De plus, l'abondance et un accès facile normalisent la consommation ou l'utilisation d'un produit et, par le fait même, envoient un message tacite que le produit est acceptable, sécuritaire et intégré au mode de vie (Cohen, Scribner et Farley, 2000). La deuxième catégorie, les structures physiques, fait référence à des éléments comme la ceinture de sécurité dans les automobiles et la planification urbaine qui facilitera ou non la marche et les déplacements en vélo. La troisième catégorie, les structures sociales et les politiques, agit directement sur les comportements sans obligatoirement changer les croyances et les attitudes, ou encore agit indirectement en modifiant la norme sociale. Finalement, la quatrième catégorie concerne les messages entendus fréquemment. Il est possible d'élaborer un inventaire d'actions propres à la problématique du poids selon ces quatre catégories.

Une autre manière de concevoir l'action pourrait être de s'inspirer du cadre fourni par la Charte d'Ottawa (OMS, 1986). Sans être un modèle, elle permet d'énumérer des actions possibles selon cinq axes, lesquels recourent les quatre catégories de facteurs structureaux de Cohen, Scribner et Farley (2000):

- créer des milieux favorables à la santé ;
- renforcer l'action communautaire ;
- acquérir des aptitudes individuelles ;
- élaborer des politiques publiques saines ;
- réorienter les services de santé.

Avec un tel cadre, des actions touchant une multitude d'aspects, rejoignant les besoins de différents groupes et interpellant les différents acteurs visés, peuvent être envisagées. En voici différents exemples.

- Création de milieux favorables à la santé
  - Sensibiliser et encourager la concertation dans les milieux afin que la population et les groupes se donnent les moyens de manger mieux, de bouger davantage et d'être plus tolérants face aux critiques sur le corps.
  - Rendre certains milieux de vie plus sécuritaires afin que, dans les quartiers, l'insécurité ne constitue pas une barrière à l'activité physique.
  - Favoriser la mise en place de services alimentaires offrant des aliments nutritifs et savoureux à des prix compétitifs. Subventionner de tels services alimentaires pourrait constituer un investissement social.
  
- Renforcement de l'action communautaire
  - Favoriser la mise en place de groupes ou de coalitions qui participeront à l'élaboration d'actions et de programmes au regard du poids, de la pratique de l'activité physique, des normes de beauté et d'esthétique.
  - Aider les groupes populaires à mener des actions de *lobbying* auprès des compagnies alimentaires, les centres d'activité physique ou les municipalités.
  - Favoriser la création et le maintien de groupes d'entraide.
  
- Acquisition d'aptitudes individuelles
  - Améliorer les connaissances de la population en matière d'alimentation, d'activité physique et de produits et services d'amaigrissement.
  - Favoriser le développement d'attitudes positives à l'égard du corps, de la nourriture et de la pratique d'activités physiques.
  - Soutenir les parents afin qu'ils parviennent à limiter le nombre d'heures d'écoute de la télévision par leurs enfants.
  - Éduquer la population à écouter des signaux corporels de faim et de satiété offre le potentiel de limiter l'augmentation du poids moyen d'une population.
  
- Élaboration de politiques publiques saines
  - Définir des politiques qui vont exercer un effet positif sur le poids des populations : politique alimentaire en milieu de travail, en milieu scolaire ; politique de transport ; politique en matière de production et de distributions d'aliments.
  - Réglementer l'industrie des produits et services d'amaigrissement et renforcer la réglementation sur la publicité.
  - Instaurer un code de déontologie dans les revues et journaux.
  
- Réorientation des services de santé
  - Agir davantage en promotion de la santé et en prévention, ce qui constitue la recommandation dominante des différents experts cités précédemment.
  - Améliorer la formation des professionnels de la santé, tant au plan des connaissances que des habiletés d'intervention.
  - Développer des ressources dans les CLSC pour soutenir une action précoce envers les personnes en phase de gain de poids ou déjà en excès de poids.
  - Favoriser le dépistage d'un excès pondéral préjudiciable chez certains groupes à risque.

### 7.2.5 L'efficacité des interventions préventives universelles

Il y a peu de vastes programmes visant à prévenir l'obésité dans une population qui ont fait l'objet de procédures évaluatives rigoureuses. Quelque cinq pays sont à implanter de tels programmes mais il va sans dire, les résultats ne sont pas disponibles. Il apparaît que Singapour est le seul gouvernement à avoir obtenu des résultats satisfaisants avec une vaste opération constituée de programmes dirigés vers les différents stades de la vie : période préscolaire, scolaire et projets communautaires à



l'intention des adultes. À ce jour, les résultats du programme *Trim and Fit* lancé en 1992 indiquent une baisse des taux d'obésité chez les étudiants du primaire, du secondaire et du niveau collégial (WHO, 1998).

Pour le moment, afin de se faire une meilleure idée des effets potentiels d'un programme de prévention des problèmes de poids, il faut plutôt se référer aux leçons apprises à partir des grands programmes communautaires réalisés depuis les vingt dernières années en santé du cœur pour avoir un aperçu du potentiel de succès. Ainsi, les résultats de ces programmes indiquent peu de succès en regard du poids. L'obésité pourrait être un facteur de risque plus difficile à infléchir que d'autres (*ibid*). Il est toutefois suggéré d'examiner les limites de ces programmes (Jeffery 1995, cité dans WHO, 1998): le point central de ces programmes n'était pas l'obésité, la tendance séculaire d'augmentation du poids a pu masquer un effet minimal des programmes, les programmes visaient peu les forces sociales qui favorisent l'augmentation du poids, les interventions peuvent avoir rejoint une proportion insuffisante de la population pour avoir un effet sur l'IMC moyen, les programmes pourraient avoir été trop ambitieux en espérant modifier trop de comportements à la fois. Il serait donc prudent de ne pas se servir des résultats d'évaluation de façon trop étroite et renoncer à intervenir. Il faut plutôt entreprendre un programme basé sur les facteurs de succès connus en s'inspirant d'autres programmes ayant eu du succès, notamment dans le domaine de la prévention des traumatismes. Il faut aussi de façon impérative évaluer. À l'intérieur d'un tel programme, des projets-pilotes peuvent permettre le développement des connaissances et l'amélioration des interventions.

#### 7.2.6 Pour un plan d'action québécois en matière de poids

Il semble qu'aucun état de la situation générale n'ait été réalisé au Québec quant aux interventions relatives à la problématique du poids. Selon des rapports anecdotiques, il y aurait à ce jour peu d'interventions issues du réseau de la santé. Il y a toutefois, comme partout ailleurs, un grand déploiement de ressources du domaine privé, de qualité et d'efficacité douteuses comme il a été dit au chapitre 5. Puisque le terrain semble relativement vierge du côté du réseau de la santé, il est important d'amorcer sans plus attendre une démarche de planification de l'action visant la problématique du poids. Il est plus facile de convier d'emblée les acteurs à une démarche de planification et d'action plutôt que de devoir réaligner tout un tas d'actions et d'acteurs ayant déjà considérablement investi. De fait, on peut éviter le dédoublement des interventions ou encore l'étalement de messages contradictoires qui plongent la population dans la plus grande confusion.

Une démarche de planification de cette envergure devrait suivre les étapes du cycle de planification en santé publique et reposer sur un modèle théorique. Dans les différents rapports discutés précédemment, les actions sont présentées selon une logique de prévention primaire et secondaire, selon les niveaux d'action ou selon une certaine catégorisation. Certains rapports ne couvrent qu'une partie du problème, par exemple le traitement. Aucun ne repose sur un véritable modèle théorique et nous croyons qu'un plan d'action gagnerait à être articulé à partir d'un tel modèle.

Le choix d'un modèle théorique sous-tendant l'élaboration d'un plan d'action dépasse ici notre propos. Néanmoins, plusieurs choix s'offriront à ceux qui auront pour mandat de dresser ce plan d'action. Certains modèles, tel le modèle écologique (McLeroy et al., 1988), facilite l'organisation des actions en fonction des différents déterminants de la santé. Le modèle PRECEDE-PROCEED de Green (1991) est particulièrement utile pour arriver à cibler certaines actions en tenant compte de plusieurs facteurs tels ceux qui les prédisposent, les facilitent et les renforcent. La grille de Haddon (rapportée dans Brown et Massé, 1991) propose une analyse dans une perspective temporelle en considérant les trois temps d'un événement : les antécédents, le pendant et la suite. Le modèle MATCH (Simons-Morton et al., 1989), pour sa part, facilite l'organisation de l'action par niveaux par

exemple, local, régional et national. Certes, chacun de ces modèles présente ses forces et ses faiblesses, mais la contribution d'un modèle est d'améliorer la qualité du produit final.

En plus de la planification d'interventions, la recherche doit être ciblée pour soutenir et évaluer les actions. Il faut accélérer le développement des connaissances dans divers champs liés au sujet, notamment les pratiques actuelles des professionnels de la santé en matière de poids, le marché des produits et services et les conséquences encourues par les consommateurs, les coûts des problèmes liés au poids, l'alimentation en milieu scolaire, etc. Il est également important de poursuivre les efforts de monitoring du poids de la population, notamment à partir du jeune âge. Ces données sont à la base de l'action. De plus, la recherche doit s'intensifier quant à l'évaluation de l'efficacité tant des stratégies de promotion de la santé que des programmes de première ligne ou des traitements.

Afin d'éviter l'écueil qu'a connu le programme « Vitalité » de Santé Canada, il est nécessaire qu'on fasse de cette problématique une priorité et qu'en conséquence, on y accorde des ressources humaines et financières requises pour mener l'entreprise à bon port. Il s'agit bien entendu d'un plan d'action à moyen et long terme puisqu'il faut développer l'expertise, changer des normes, agir au niveau des macrosystèmes ainsi qu'auprès des individus.

Conséquemment, nous recommandons la mise en place d'un groupe de travail intersectoriel ayant comme mandat de définir un plan d'action national qui vise à contrer l'augmentation de la prévalence des troubles liés au poids. Le MSSS pourrait assumer le leadership d'une telle démarche.



## CONCLUSION

L'obésité est un facteur de risque associé au développement de nombreuses pathologies. Plusieurs éléments de nature physiologique, psychologique, environnementale et socio-économique contribuent au développement de l'obésité. Bien que sa prévalence tend à demeurer stable au Canada, l'obésité a pris l'ampleur d'une véritable épidémie dans les pays industrialisés et tant l'excès de poids que l'obésité s'accroissent au Québec. En raison des représentations sociales qui lui sont rattachées, l'obésité peut causer des préjugés importants à la santé physique et mentale des personnes atteintes ou qui se croient atteintes par ce problème. La « peur de l'obésité » engendre des préjugés fortement enracinés et présents dans tous les groupes sociaux, y compris chez les professionnels de la santé. De plus, le modèle dominant de la minceur imposé par l'industrie de la beauté a pour effet d'accentuer les effets de la phobie sociale de l'obésité, tout en faisant pression sur les femmes pour qu'elles se conforment à un modèle physiologiquement irréaliste.

Les personnes obèses, mais aussi celles qui se perçoivent comme trop grosse, adoptent divers moyens destinés à l'amaigrissement, faisant ainsi vivre une florissante industrie de la minceur. En plus d'être peu efficaces à long terme, certaines de ces méthodes entraînent des conséquences négatives pour la santé physique et mentale des personnes qui s'y soumettent. À tout le moins, les nombreux essais entrepris pour maigrir finissent par engendrer un sentiment d'impuissance et de profonde défaite. Devant ces faits, une nouvelle approche tend à s'imposer en matière de gestion du poids. Le nouveau paradigme préconise l'adoption de modes de vie favorisant la santé, en particulier une alimentation saine et agréable ainsi que la pratique d'activité physique motivée par le plaisir et le bien-être. Cette approche tient compte de la contribution des déterminants biologiques du poids et, conséquemment, des formats corporels variés. Ainsi, le nouveau paradigme intègre l'acceptation de soi et le changement des valeurs sociales à l'endroit des grosses personnes, en reconnaissant la diversité corporelle et en rejetant la ségrégation des personnes pour cause d'excès de poids.

Cette approche pourrait constituer la base idéologique d'un plan d'action visant l'ensemble de la société. Toutefois, le succès de toute campagne de prévention de l'obésité suppose des efforts collectifs : allocations de ressources, volonté politique, changement de normes, modification de l'offre de services de santé, formation des professionnels de la santé. Des interventions préventives devraient également viser les groupes les plus vulnérables ou déjà atteints par un problème d'obésité ou de préoccupation excessive à l'égard du poids. Enfin, des changements structurels modifiant l'environnement doivent également être envisagés, de façon à produire des conditions stimulant des modes de vie plus actifs et agréables.



## LEXIQUE

**Adiposité** : mesure de la quantité de tissus adipeux, exprimée en masse absolue de gras (kg) ou en fonction du total de la masse corporelle (Power, Lake et Cole, 1997).

**Anorexie** : refus de s'alimenter lié à un état mental particulier.

- Propositions de critères pour le diagnostic de l'anorexie mentale selon l'Association américaine de psychiatrie (DMS IV, 1994 ; Devaud, Michaud et Narring, 1995).

A. Refus de maintenir une masse corporelle au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille. La perte de poids est d'au moins 15 % du poids pré-morbide. Pour les personnes en période de croissance, le poids est de 15 % inférieur au poids anticipé.

B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros alors que le poids est inférieur à la normale.

C. Perturbations de l'estimation de sa masse corporelle ou de ses formes, influence excessive du poids ou de l'aspect corporel sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de l'amaigrissement.

D. Chez les femmes post-pubères, aménorrhée d'au moins trois cycles menstruels consécutifs ; une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après l'administration d'hormones.

Type restrictif : la personne ne s'engage pas dans des épisodes de frénésie alimentaire et n'a pas recours aux purges (vomissements provoqués, laxatifs, lavements, diurétiques).

Type boulimique : la personne s'engage dans des épisodes de frénésie alimentaire ou de purges.

**Appétit** : désir psychologique de manger, intégré de façon cognitive et qui se manifeste à partir de la vue, de l'odeur ou de la pensée de nourriture (Sizer, 1994).

**Boulimie** : faim vorace (Polivy, 1996).

- Propositions de critères pour le diagnostic de la boulimie nerveuse selon l'Association américaine de psychiatrie (DMS IV, 1994 ; Devaud, Michaud et Narring, 1995).

A. Épisodes récurrents de frénésie alimentaire.

B. Comportements compensatoires récurrents inappropriés dans le but de perdre du poids tels que vomissements provoqués, utilisation de laxatifs, diurétiques ou autre médication: jeûne ou exercice excessif.

C. Les crises de frénésie alimentaire et les comportements compensatoires inappropriés surviennent ensemble au moins deux fois par semaine pendant trois mois.

D. L'estime de soi est dûment influencée par l'image corporelle et le poids.

E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant les périodes d'anorexie mentale.

Type avec purge : si la personne se fait vomir ou fait usage de laxatifs ou de diurétiques.

Type sans purge : utilisation de régime strict, de jeûne, ou d'exercice physique important, mais aucune des conduites précédentes (vomir ou utilisation de laxatifs ou diurétiques).

**Circonférence abdominale** : la plus récente des mesures proposées pour estimer l'excès de poids, la distribution abdominale des tissus adipeux (par son inclusion au ratio abdomen/hanche) et pour déterminer les sujets présentant des facteurs de risque cardiovasculaires (Reeder et al., 1997). Il semble que les adipocytes de la région intra-abdominale libèrent des acides gras qui influencent le métabolisme hépatique, modifiant les niveaux de lipides plasmatiques et générant de l'hyperinsulinémie (Ledoux et al., 1997). La mesure de la circonférence abdominale constitue donc un

meilleur indicateur de maladies cardiovasculaires que le ratio de la circonférence abdomen/hanche (*ibid*). De plus, la circonférence abdominale est plus fortement corrélée à l'obésité viscérale chez les hommes ( $r^2=0,75$ ) que chez les femmes ( $r^2=0,39-0,59$ ) (*ibid*). Selon Han *et al.* (1997), la zone d'alerte en matière de risques cardiovasculaires se situe entre 94 et 102 cm chez les hommes et entre 80 et 88 cm chez les femmes. Lorsque la circonférence abdominale dépasse ces limites, les risques cardiovasculaires sont triplés.

**Estime de soi :** phénomène cognitif impliquant un processus qui se maintient la vie durant (Coopersmith, 1967; Crouch et Straub, 1983; Stanwyck, 1983 cité dans Muhlenkamp et Sayles, 1986). Ce processus cognitif est le produit des interactions des individus avec leur environnement social, lequel renvoie à la famille d'origine et les personnes significatives qui s'ajoutent au cours de la vie. Crouch et Straub distinguent deux types d'estime de soi, soit 1) l'estime de base et persistante, c'est-à-dire celle qui émerge des premières expériences de vie et 2) l'estime fonctionnelle, celle qui se développe plus tard dans la vie par l'évaluation des interactions avec autrui. L'estime de soi à l'âge adulte est essentiellement le reflet des relations sociales et du développement professionnel (*ibid*).

**Faim :** signal physiologique indiquant un besoin de manger donnant lieu à une forte pulsion pour obtenir de la nourriture en réponse à une sensation déplaisante que l'on doit soulager (Sizer, 1994).

### Frénésie alimentaire

- Propositions de critères pour le diagnostic de la boulimie nerveuse selon l'Association américaine de psychiatrie (Bruce et Wilfrey, 1996).

A) Épisodes récurrents de frénésie alimentaire. Un épisode se définit par :

- le fait de manger pendant un intervalle de temps précis (en dedans d'une période de deux heures) une quantité de nourriture qui dépasse largement ce qu'une personne normale est capable de consommer au cours d'une même période et dans des circonstances semblables.
- un sentiment de perte de contrôle concernant le fait de manger au cours de cette période (le sentiment de ne pas pouvoir arrêter de manger ou de contrôler la quantité de nourriture ingérée).

B) Un épisode de frénésie alimentaire se caractérise par au moins trois des points suivants :

- manger plus rapidement que d'habitude ;
- manger jusqu'à ce que l'on se sente inconfortable ;
- manger une grande quantité de nourriture sans sentir une faim réelle ;
- manger seul pour ne pas se sentir gêné par la quantité de nourriture ingérée ;
- se sentir dégoûté de soi, déprimé ou très coupable après avoir trop mangé.

C) Sentiment de détresse profonde concernant les comportements de frénésie alimentaire.

D) Les épisodes de frénésie alimentaire ont lieu en moyenne deux jours par semaine pendant six mois.

E) Les comportements de frénésie alimentaire ne sont pas associés à l'usage régulier de mesures compensatoires inappropriées (purgation, jeûne, exercice excessif) et ne se font pas en conséquence de la présence d'un état clinique tel que l'anorexie ou la boulimie nerveuse.

**Gène :** séquence d'ADN qui code pour une protéine (Pérusse, 1998).

**Indice de masse corporelle (IMC) :** estimation du poids corporel à partir du ratio poids/taille ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) (aussi appelé indice de Quetelet). L'IMC permet d'estimer l'insuffisance ou l'excès de poids, en évaluant l'ensemble de la masse corporelle, incluant les tissus adipeux, sans déterminer de façon précise la quantité de tissus adipeux et sa répartition. Cette mesure est surtout employée chez les adultes (20-65 ans), étant donné que la relation entre l'excès d'adiposité, la mortalité et la morbidité reste à être démontrée chez les enfants et les adolescents (Therrien, 1995).

L'enquête de santé du cœur au Canada, dont Rabkin et al. (1997) ont étudié les données, indique une association directement proportionnelle entre la tension artérielle et l'IMC. De plus, selon les résultats de cette étude, la prévalence de diabète autodéclarée est plus élevée pour tous les groupes d'âge présentant un IMC élevé, tant chez les hommes que chez les femmes, sauf chez les hommes plus jeunes. De la même façon, les individus présentant un IMC élevé sont plus nombreux à montrer des anomalies dans leur profil de lipides plasmatiques. L'excès de poids est plus fortement associé à un niveau élevé de tension artérielle chez les individus plus jeunes, comparativement aux individus plus âgés. Par ailleurs, les femmes semblent plus résistantes aux problèmes d'hypertension artérielle associés à l'excès de poids. Autrement dit, les femmes doivent être bien plus grosses que les hommes pour devenir vulnérables à l'hypertension artérielle. L'IMC est directement associé à la sédentarité, en particulier chez les femmes.

**Image corporelle** : perception systématique, cognitive et affective, consciente ou inconsciente, qu'un individu a de son corps, acquise au cours de son développement et à travers ses relations sociales. Dans la mesure où l'image corporelle contribue à modeler le concept de soi, une modification de cette image influencera la façon dont la personne se considère (Plath et Belzer, 1985).

**Lipases lipoprotéines (LPL)** : enzyme présente à la surface des cellules adipeuses, qui divise les tryglicérides plasmatiques en acides gras et en glycérol qui seront absorbés et emmagasinés au niveau cellulaire (Sizer, 1994).

**Mesure du pli cutané** : mesure de l'adiposité permettant d'estimer la quantité de gras sous-cutané et de prédire le volume de gras total à partir de la corrélation entre les plis cutanés à certains endroits et les tissus adipeux. La mesure du pli cutané est cependant une mesure peu fiable et difficile à réaliser chez les personnes très obèses (Wardle, 1995).

**Obésité abdominale** : synonyme d'obésité androïde ou centrale (Bouchard et Pérusse, 1993).

**Obésité androïde ou centrale** : volume excessif de gras sous-cutané localisé sur le tronc et la région abdominale du corps (Bouchard et Pérusse, 1993).

**Obésité gynoïde** : volume excessif de gras sous-cutané localisé dans la partie inférieure ou glutéo-fémorale du corps (Bouchard et Pérusse, 1993).

**Obésité hyperplasique** : obésité caractérisée par un nombre important de cellules adipeuses contenant une quantité normale de tissus adipeux (Kuss, 1996).

**Obésité hypertrophique** : obésité caractérisée par un nombre normal de cellules adipeuses contenant une quantité trop importante de gras (Kuss, 1996).

**Obésité viscérale** : volume excessif de gras sous-cutané localisé au niveau des viscères (Bouchard et Pérusse, 1993).

**Paradigme** : modèle qui donne une perspective d'interprétation d'une situation, qui précise une façon de voir les choses (Robinson, 1997 ; Parham, 1996). Les révolutions scientifiques sont le produit de changement de paradigme à partir d'expériences répétées permettant de déterminer les limites et l'échec des paradigmes existants (Kuhn, 1962 ; Robinson, 1997).

**Poids** : un indice simple et direct d'appréciation de la dimension du corps, facile d'usage, peu coûteux et reproductible. Cependant, l'utilisation du poids, sans égard à d'autres paramètres, s'est révélée être une mesure insuffisante puisqu'elle s'adresse indistinctement aux diverses composantes



du corps que sont les tissus, les os, les muscles, les tissus adipeux et l'eau. Ainsi, en se référant à la quantité de tissus adipeux comme élément clé de la définition de l'obésité, une personne peut présenter un excès de poids sans pour autant être obèse.

L'excès de tissus adipeux est souvent estimé par rapport à une quantité de référence associée à l'espérance de vie optimale et qui varie en fonction de l'âge et de la taille. Ce rapport entre la quantité de tissus adipeux et l'espérance de vie définit la notion de « poids idéal », concept développé dans les années 1920 par des compagnies d'assurances. Durant les années 1950, la Metropolitan Life, préoccupée par la corrélation entre la mortalité et l'excès de poids, a dressé un tableau de poids idéal en fonction de valeurs très inférieures aux moyennes de poids réel associées à l'augmentation de la mortalité. Dans ce contexte, la compagnie d'assurances exigeait que ses clients présentent un poids qui soit fonction de ses normes et en deçà de la moyenne de poids réel, sans quoi elle leur facturait une surprime variant selon le risque encouru (Fischler, 1990 ; Bourque, 1994). Le concept de poids idéal a par la suite évolué vers le concept de poids santé, lequel est associé au risque de développer certaines pathologies.

**Phénotype** : caractéristiques observables d'un individu (Pérusse, 1998).

**Satiété** : signal physiologique échangé entre l'estomac, le petit intestin et l'hypothalamus et indiquant au corps qu'il est temps de cesser de manger (Sizer, 1994).

**Thermogénèse** : production et libération de l'énergie à partir de la combustion des tissus adipeux (Sizer, 1994).

**Toxémie** : ensemble des accidents provoqués par les toxines véhiculées par le sang.

**Trouble de l'alimentation non spécifié** : appellation utilisée lorsqu'une personne ne rencontre pas tous les critères diagnostiques de l'anorexie mentale ou de la boulimie. Le *Binge Eating Disorder* (BED) se distingue principalement de la boulimie par l'absence de régularité des comportements compensatoires suite à un épisode de frénésie alimentaire. De plus, la personne avec un BED ne parvient pas à mettre en pratique les règles cognitives rigides associées à la restriction alimentaire. Ainsi, le BED est généralement accompagné d'un poids corporel élevé (Marcus, 1997).

## BIBLIOGRAPHIE

- Abraham C. Man of the future; tall, dark and pretty. *The Globe and Mail*. 27 août 1998.
- ADA. Position of the American Dietetic Association and the Canadian Dietetic Association: Women's health and nutrition. *Journal of the American Dietetic Association*. 1999 ; 99 : 738-751.
- ADA. Position of the American Dietetic Association : Weight Management. *Journal of the American Dietetic Association*. 1997 ; 97 : 71-74.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>e</sup> ed. 1994.
- Agell G & Rothblum ED. Effects of clients obesity and gender on the therapy judgments of psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1991 ; 3 : 223-229.
- Allon N. The stigma of overweight in everyday life, in *Psychological Aspects of Obesity : A Handbook*. Wolman B Ed. Van Nostrand Reinhold. New-York. 1982 :130-174.
- Baldo TD, Wallace SD & O'Halloran MS. Effects of intrafamilial sexual assault on eating behaviors. *Psychological Reports*. 1996 ; 79 : 531-536.
- Barlow SE & Dietz WH. Obesity Evaluation and Treatment : Expert committee recommendations. *Pediatrics*. 1998. <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/102/3/e29>. 102 :E29.
- Basdevant A, Giachetti I, Martin A, Sérog P, Dillon J-C, Huteau M-R, Rérat A & Strigier F. Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités en France. *Cahiers de nutrition et de diététique*. 1998 ; 33-S1 : 5-48.
- Berg FM. Children in weight crisis. *Healthy Weight Journal*. September/october 1996 : 86-87.
- Berg FM. Dysfunctional eating : A new concept. *Healthy Weight Journal*. September/october 1996 : 88-93.
- Berg FM. *Afraid to eat*. Healthy Weight Journal. Hettinger. 1997.
- Berzins LG. Protecting the Consumer Through Truth-in-Dieting Laws. *Journal of Social Issues*. 1999 ; 55 : 371-382.
- Bigsby RM et al. Xenobiotics released from fat during fasting produce estrogenic effects in ovariectomized mice. *Cancer Research*. 1997 ; 57 : 865-869.
- Birmingham CL, Muller JL, Palepu A et al. The costs of obesity in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. 1999 ; 160 : 483-488.
- Bolduc D, Steiger H & Leung F. Prévalence des attitudes et comportements inadaptes face à l'alimentation chez des adolescentes de la région de Montréal. *Santé mentale au Québec*. 1993 ; 18 : 183-196.

- Bouchard C & Pérusse L. Genetics of obesity. *Annual Review of Nutrition*. 1993 ; 13 : 337-354.
- Bourque D. Le corps paradoxal, dans *La santé des femmes*, Chapitre 51. Sous la direction de Huguette Bélanger et Louise Charbonneau, éd. Edisem. Montréal. 1994.
- Brindley DN. Canadian University Investigations in Obesity. *Canadian Journal of Obesity*. 1996 ; 2 : 1.
- Brown B & Massé R. Orientation privilégiée en prévention des traumatismes Dans *Les traumatismes au Québec. Comprendre pour prévenir*. Sous la direction de Ginette Beaulne. Les publications du Québec. Québec. 1991.
- Bruce B & Wilfrey D. Binge eating among the overweight population : A serious and prevalent problem. *Journal of the American Dietetic Association*. 1996 ; 96 : 58-61.
- Brunner EJ, Marmot MG, Nanchahal K, Shipley MJ, Stansfeld SA, Juneja M. & Alberti KGMM. Social Inequality in Coronary Risk: Central Obesity and the Metabolic Syndrome. Evidence from the Whitehall II Study. *Diabetologia*. 1997 ; 40 : 1341-1349.
- Caan B, Coates A, Schaefer C, Finkler L, Sternfeld B. & Corbett K. Women gain weight 1 year after smoking cessation while dietary intake temporarily increases. *Journal of the American Dietetic Association*. 1996 ; 96 : 1150-1155.
- Cairney J & Wade TJ. Correlates of body weight in the 1994 National Population Health Survey. *International Journal of Obesity*. 1998 ; 22 : 584-591.
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Periodic Health Examination, 1994 Update: I-Obesity in childhood. *Canadian Medical Association Journal*. 1994 ; 150 : 871-879.
- Cash T & Hicks KL. Being fat versus thinking fat: Relationships with body image, eating behaviors and well-being. *Cognitive Therapy and Research*. 1990 ; 14 : 327-341.
- Carnelli D, Zhang H & Swan GE. Obesity and 33-Year follow-up for coronary heart disease and cancer mortality. *Epidemiology*. 1997 ; 8 : 378-383.
- Carrier KM, Steinhardt MA & Bowman S. Rethinking traditional weight management programs: A 3-year follow-up evaluation of a new approach. *The Journal of Psychology*. 1994 ; 128: 517-535.
- Chevrier J. *Encourager la perte de poids: une suggestion santé ?* Colloque « Nutrition et obésité: en dehors des sentiers battus », organisé par le Laboratoire des sciences de l'activité physique de l'Université Laval, 1998.
- Ciliska D. Women and Obesity. Learning to live with it. *Canadian Family Physician*. 1993 ; 39 : 145-151.
- Clinton-Smith J, Sorey WH, Quebedeau D & Skelton L. Use of Body Mass Index to monitor treatment of obese adolescent. *Journal of Adolescent Health*. 1997 ; 20 : 466-469.

Cohen D, Scribner RA & Farley TA. A structural model of health behavior: A pragmatic approach to explain and influence health behaviors at the population level. *Preventive Medicine*. 2000 ; 30 :146-154.

Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec. *Le traitement chirurgical de l'obésité morbide*. CÉTS. Montréal. Mars 1998.

Cooney GJ & Storlien LH. Insulin action, thermogenesis and obesity. *Baillière's Clinical Endocrinology and Metabolism*. 1994 ; 8 : 481-507.

Crandall C & Biernat M. The ideology of anti-fat attitudes. *Journal of Applied Social Psychology*. 1990 ; 20 : 227-243.

Czajka-Narins DM & Parham ES. Fear of fat: Attitudes Toward Obesity. The Thinning of America. *Nutrition Today*. Jan/feb 1990 ; 26-42.

Davy KP, Evans SL, Stevenson ET & Seals DR. Adiposity and regional body fat distribution in physically active young and middle-aged women. *International Journal of Obesity*. 1996 ; 20 : 777-783.

Department of Physical Education and Sport Studies, University of Alberta & Santé Canada. *Fumer pour rester mince: le lien avec l'image corporelle*. Canadian Association for Health, Physical Education, Recreation and Danse. Automne 1996 : 36-37.

Devaud C, Michaud PA & Narring F. L'anorexie et la boulimie: des affections en augmentation? Une revue de littérature sur l'épidémiologie des dysfonctions alimentaires. *Revue épidémiologique et santé publique*. 1995 ; 43 : 347-360.

Dillerud E. Suction lipoplasty: A report on complications, undesired results, and patient satisfaction based on 3511 procedures. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 1991 ; 88 : 239-246.

Douketis JD, Feightner JW, Attia J & Feldman WF. Examen médical périodique, mise à jour de 1999 : I. Détection, prévention et traitement de l'obésité. *Journal de l'Association médicale canadienne*. 1999 ; 160 : 513-525.

Duchesne B. La ronde des régimes. *Québec Science*. Février 1991 : 20-26.

Edwards G et al. *A Summary of Alcohol Policy and the Public Good. A Guide for Action*. Oxford University Press. WHO Europe. Copenhagen. 1994.

Ersek RA, Phillips C & Schade K. Obesity can be treated by suction lipoplasty when combined with other procedures. *Aesthetic and Plastic Surgery*. 1991 ; 15 : 67-71.

Everill JT & Waller G. Reported sexual abuse and eating psychopathology: A review of the evidence for a causal link. *International Journal of Eating Disorders*. 1995 ; 18 : 1-11.

Fischler C. Le corps du mangeur, dans *L'Homnivore*. Éditions Odile Jacob. Paris. 1990.

Floros C & Davis PK. Complications and long-term results following abdominoplasty: A retrospective study. *British Journal of Plastic Surgery*. 1991 ; 44 : 190-194.

Folsom AR, French SA, Zheng W, Baxter JE & Jeffery RW. Weight variability and mortality: The Iowa Women's Health Study. *International Journal of Obesity*. 1996 ; 20 : 704-709.

Frelut ML, Cathelineau L, Bihain BE & Navarro J. Évolution de la prévalence de l'obésité infantile dans le monde. Quelles perspectives ? *Archives de pédiatrie*. 1995 ; 2 : 1124-1125.

Friedman MA & Brownell KD. Psychological correlates of obesity: Moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*. 1995 ; 11 : 3-20.

Gill T P. Key issues in the prevention of obesity. *British Medical Bulletin*. 1997 ; 53 : 359-388.

Glenny AM, O' Meara S, Melville A, Sheldon TA & Wilson C. The treatment and prevention of obesity: A systematic review of the literature. *International Journal of Obesity*. 1997 ; 21 : 715-737.

Gortmaker SL, Must A, Perrin JM, Sobol SM, AM & Dietz WH. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *New England Journal of Medicine*. 1993 ; 329 : 1008-1012.

Grilo CM, Wilfrey DE, Brownell KD & Rodin J. Teasing, body image, and self-esteem in a clinical sample of obese woman. *Addictive Behaviors*. 1994 ; 19 : 443-450.

Green LW & Kreuter MW. *Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach*. Mayfield Pub. Mountain View. 1991.

Green KL, Cameron R, Polivy J, Cooper K, Liu L, Leiter L & Heatherton T. Weight Dissatisfaction and weight loss attempts among Canadian adults. *Canadian Medical Association Journal*. 1997 ; 157 : s17-s25.

Han TS, Richmond P, Avenell A & Lean MEJ. Waist circumference reduction and cardiovascular benefits during weight loss in women. *International Journal of Obesity*. 1997 ; 21 : 127-134.

Herman PC & Polivy J. A boundary model for the regulation of eating, in *Eating and its disorders*. Stunkard AJ & Stellar E Ed. Raven Press. New-York. 1984 : 141-156.

Herrin M, Parham E, Ikeda J, White A & Branen L. Alternative viewpoint on National Institutes of Health Clinical Guidelines. *Journal of Nutrition Education*, 1999 ; 31 : 116-118.

Herzlich C & Pierret J. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui: de la mort collective au devoir de guérison*. Payot. Paris. 1984.

Heymsfield SB, Allison DB, Vaseeli JR, Pietrobelli A, Greenfield D & Nunez C. Garcinia Cambogia (Hydroxycitric Acid) as a potential antiobesity agent. *Journal of American Medical Association*. 1998 ; 280 : 1596-1600.

Honjo S, Kono S, Shinchu K, Wakabayashi K, Todoroki I, Sakurai Y, Imanishi K, Nishikawa H, Ogawa S & Katsurada M. The Relation of Smoking, Alcohol Use and Obesity to risk of Sigmoid Colon and Rectal Adenomas. *Japanese Journal of Cancer Research*. 1995 ; 86 : 1019-1025.

- Hoppé R & Ogden J. Practice nurses' beliefs about obesity and weight related interventions in primary care. *International Journal of Obesity*. 1997 ; 21 : 141-146.
- Huang Z, Hankinson SE, Colditz GA, Stampfer MJ, Hunter DJ, Manson JE, Hennekens CH, Rosner B, Speizer FE & Willett WC. Dual effects of weight and weight gain on breast cancer risk. *Journal of the American Medical Association*. 1997 ; 278 : 1407-1411.
- Hughes D & McGuire A. A review of the economic analysis of obesity. *British Medical Bulletin*. 1997 ; 53 : 253-263.
- James WPT. A public health approach to the problem of obesity. *International Journal of Obesity*. 1995 ; 19 : s37-s45.
- Jarvis TJ & Copeland J. Child sexual abuse as a predictor of psychiatric co-morbidity and its implications for drug and alcohol treatment. *Drug and Alcohol Dependence*. 1997 ; 49 : 61-69.
- Jebb SA. Aetiology of obesity. *British Medical Bulletin*. 1997 ; 53 : 264-285.
- Johnson D & Drenick EJ. Therapeutic fasting in morbid obesity. *Archives of Internal Medicine*. 1977 ; 137 : 1381.
- Kawashi I, Troisi RJ, Rotnitzky AG, Coakly EH & Colditz GA. Can physical activity minimize weight gain in women after smoking cessation ? *American Journal of Public Health*. 1996 ; 86 : 999-1004.
- Kelly D. « Private lives The new ideal of male Beauty ». *The Globe and Mail*. 26 novembre 1998.
- Kelsey J & Baron J. Weight and risk for breast cancer. *Journal of the American Medical Association*. 1997 ; 278 : 1448-1449.
- Keys A, Brozek J, Henschel A et al. *The Biology of Human Starvation*. University of Minnesota Press. Minneapolis. 1950.
- Killen JD, Fortmann SP & Newman B. Weight change among participants in a large sample minimal contact smoking relapse prevention trial. *Addictive Behaviors*. 1990 ; 15 : 323-332.
- King A, Wold B, Tudor-Smith C & Harel Y. *The Health of Youth. A cross-national survey. Health behaviour in school aged children*. WHO Publications, European Series, 1996; no. 69: 50-55.
- Kirk SFL. Joint symposium with British Dietetic Association on «Implementing dietary change : theory and practice» session 2 : Obesity, Treatment of obesity : Theory into practice. *Proceedings of the Nutrition Society*, 1999 ; 58 : 53-58.
- Kirkley BG & Burge JC. Dietary restriction in young women: Issues and concerns. *Annals of Behavioral Medicine*. 1989 ; 11 : 66-72.
- Kissebah AH, Vydellingum N, Murray R et al. Relation of body fat distribution to metabolic complications of obesity. *Journal Endocrinology and Metabolism*. 1982 ; 54 : 254-60.

- Klem ML, Wing RR, McGuire MT, Seagle HM & Hill JO. A descriptive study of individuals successful at long term maintenance of substantial weight loss. *American Journal of Clinical Nutrition*. 1997 ; 66 : 239-246.
- Kolasa K. Viewpoint on National Institutes of Health Clinical Guidelines. *Journal of Nutrition Education*, 1999 ; 31 : 114-115.
- Kopelman PG. Hormones and obesity. *Baillière's Clinical Endocrinology and Metabolism*. 1994 ; 8 : 549-575.
- Kuczmarski RJ, Flegal K, Campbell SM & Johnson CL. Increasing prevalence of overweight among US adults. The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1960 to 1991. *Journal of the American Medical Association*. 1994 ; 20 : 205-211.
- Kuhn TS. *The structure of scientific revolutions*. 1962.
- Kuss CL. Absolving a deadly sin: A medical and legal argument for including obesity as a disability under the americans with disabilities act. *Journal of Contemporary Health Law and Policy*. 1996 ; 12 : 563-605.
- Lau DCW. Call for action: Preventing and managing the expansive and expensive obesity epidemic. *Canadian Medical Association Journal*, 1999 ; 160 : 503-505.
- Lederman SA. The effect of pregnancy weight gain on later obesity. *Obstetrics and Gynecology*. 1993 ; 82 : 148-155.
- Ledoux M & Rivard M. *Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1998*. Poids corporel. Chapitre 3. Institut de la statistique du Québec. 2000.
- Ledoux M, Lambert J, Reeder BA & Després JP. A comparative analysis of weight to height and waist to hip circumference indices as indicators of the presence of cardiovascular disease risk factors. *Canadian Medical Association Journal*. 1997 ; 157 : s32-s38.
- Ledoux M, Lambert J, Reeder BA. & Després JP. Correlation between cardiovascular disease risk factors and simple anthropometric measures. *Canadian Medical Association Journal*. 1997 ; 157 : s46-s53.
- Lemieux S, Prud'homme D, Bouchard C et al. A single threshold value of waist girth identifies normal weight and overweight subjects with excess visceral adipose tissue. *American Journal Clinical Nutrition*. 1996; 64 :685- 693.
- Lewis GF. Obesity and dislipidemia. *Canadian Journal of Obesity*. 1996 ; 2 : 3-5.
- MacDonald SM, Reeder BA, Chen Y & Després JP. Obesity in Canada: A descriptive analysis. Canadian Health Health Surveys Research Group. *Canadian Medical Association Journal*. 1997 ; 157 : s3-s9.
- Maddox GL & Liederman V. Overweight as a social disability with medical implication. *Journal of Medical Education*. 1969 ; 44 : 214-220.

Maiman LA, Li Wang V, Becker MH, Finlay J & Simonson M. Attitudes toward obesity and the obese among professionals. *Research*. 1974 ; 74 : 331-336.

Mangella M, Bianco O, Martini C, Petrarulo M, Vitale C & Linari F. Effect of animal and vegetal protein intake on oxalate excretion in idiopathic calcium stone disease. *British Journal of Urology*. 1989 ; 63 : 348-351.

Marshall D. *Weight issues in childrens and adolescents: A focus on indicators*. Working paper submitted to Health Canada, Nutrition Program Unit. Document inédit. 1995.

Marcus MD. Adapting Treatment for Patients with Binge Eating Disorder, in *Handbook for Treatment of Eating Disorders*, 2<sup>e</sup> ed., Garner DM & Garfinkel PE Ed. Gilford Press. New York. 1997.

McCargar LJ, Sale J & Crawford SM. Chronic dieting does not result in a sustained reduction in resting metabolic rate in overweight women. *Journal of the American Dietetic Association*. 1996 ; 96 : 1175-1177.

McArthur LH. Nutrition and nonnutrition majors have more favorable attitudes toward overweight people than professional overweight. *Journal of the American Dietetic Association*. 1995 ; 95 : 593-594.

Meyer DM, DiPietro L, Berkowitz RT & Stunkard AJ. Childhood sexual abuse and precursors of binge eating in an adolescent female population. *International Journal of Eating Disorders*. 1997 ; 21 : 23-30.

Michigan Health Council. *Toward Safe Weight Loss. Recommendations for Adult Weight Loss programs in Michigan*. 1990.

Milio N. *Promoting Health Through Public Policy*. FA Davis Pub. Philadelphia. 1981.

Molarius A & Seidell JC. Selection of anthropometric indicators for classification of abdominal fatness. A critical review. *International Journal of Obesity*. 1998; 22: 719-727.

Mongeau L, Deddobleer N & Rivard M. *The effectiveness of a non-dieting approach: the program « Choisir de maigrir »*, 8<sup>e</sup> Congrès international d'obésité. Paris. 1<sup>er</sup> septembre 1998.

Mongeau L, Richard L & Perrault M-J. *A school based program on body image, food and weight*. 16th international Congress of Nutrition. Montreal. July 30th 1997.

Muhlenkamp AF & Sayles JA. Self esteem, social support and positive health practices. *Nursing Research*. 1986; 35: 334-338.

NAASO, *Action Plan on the Epidemic of Obesity*. September 16th 1999. [http://www.obesity.org/plan\\_of\\_action.htm](http://www.obesity.org/plan_of_action.htm)

*News from General Attorney Richard Blumenthal*. May 30th 1996: Hartford, Connecticut.



NHLBI. **Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. Executive Summary.** 1999. <http://www.nhlbi.nih.gov/nhlbi/>

NIH. National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. Very low calorie diets. *Journal of the American Medical Association.* 1993 ; 270 : 967-974.

NIH. National on the Prevention and Treatment of Obesity. Weight Cycling. *Journal of the American Medical Association.* 1994 ; 272 : 1196-1202.

NIH. National Task Force on the Prevention of Obesity. Long term pharmacotherapy in the management of obesity. *Journal of the American Medical Association.* 1996 ; 276 : 1907- 1915.

Nichter M & Nichter M. Hype and Weight. *Medical Anthropology.* 1991 ; 3 : 249-284.

Nolen S. « Pumping iron, popping pills ». *The Globe and Mail.* 6 novembre 1998.

Norgan NG. The beneficial effects of body fat and adipose tissue in humans. *International Journal of Obesity.* 1997 ; 21 : 738-746.

Oberrieder H, Walker R, Monroe D & Adeyanjer M. Attitude of dietetics students and registered dietitians toward obesity. *Journal of the American Dietetic Association.* 1995 ; 95 : 914-918.

Omichinski L & Harrison K. Reduction of Dieting Attitudes and Practices after Participation in a Non-Diet Lifestyle Program. *Journal of the Canadian Dietetic Association.* 1995 ; 56 : 81-85.

Omichinski L. Paradigm shift from weight loss to healthy living. *Obesity and Health.* 1993 ; 7 : 48-49.

Organisation mondiale de la santé (OMS). *Charte D'Ottawa pour la Promotion de la santé.* OMS. Santé et Bien-être social Canada. ACSP. 1986.

Organisation mondiale de la santé (OMS). Voir aussi WHO.

Parham ES. Is there a new weight paradigm ? *Nutrition Today.* 1996 ; 31 : 155-161.

Pérusse L. *Rôle des gènes et implication dans la prévention et le traitement de l'obésité.* Colloque « Nutrition et obésité: en dehors des sentiers battus », organisé par le Laboratoire des sciences de l'activité physique de l'Université Laval, 1998.

Plath S & Belzer EG. L'estime de soi et son incidence sur la santé. *Éducation Sanitaire.* Printemps 1985 ; 2-10.

Polivy J. Psychological consequences of food restriction. *Journal of American Dietetic Association.* 1996 ; 96 : 589-592.

Polivy J & Herman PC. Undieting: A program to help people stop dieting. *International Journal of Eating Disorders.* 1992, 3: 261-268.

Polivy J & Herman P. Why diet ? *Modern Medicine of Canada.* 1986 ; 41 : 573-576.

Power C, Lake JK & Cole TJ. Measurement and long term health risks of child and adolescence fatness. *International Journal of Obesity*. 1997 ; 21 : 507-526.

Price JH, Desmond SM, Krol RA, Snyder FF & O'Connell JK. Family practice physicians' beliefs, attitudes and practices regarding obesity. *American Journal of Preventive Medicine*. 1987 ; 3 : 339-345.

Rabkin SW, Chen Y, Leiter L, Liu T & Reeder BA. Risk factor correlates of body mass index. *Canadian Medical Association Journal*. 1997 ; 157 : s26-s31.

Rebuffé-Scrive M. The Origins of Abdominal Obesity: Genetic, Hormonal and Environmental Factors. *Canadian Journal of Obesity*. 1996 ; 2 : 6-7.

Reeder BA, Senthelsilvan A, Després JP, Liu L, Wang H & Rabkin SW. The association of cardiovascular disease risk factors with abdominal obesity in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. 1997 ; 157 : s39-s45.

Robinson B, Bacon JG & O'Reilly J. Fat phobia: Measuring, understanding, and changing anti-fat attitudes. *International Journal of Eating Disorders*. 1993 ; 14 : 467-480.

Robinson J. Weight management: Shifting the paradigm. *Journal of Health Education*. 1997 ; 28 : 28-34.

Rose G. *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford Medical Publications. New-York. 1992.

Roughan P, Seddon E & Vernon-Roberts J. Long term effects of a psychologically based group programme for women preoccupied with body weight and eating behavior. *International Journal of Obesity*. 1990 ; 14 : 135-147.

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

Santé et Bien-Être Social Canada. *Niveaux de poids associés à la santé: lignes directrices canadiennes. Rapport d'un groupe d'experts des normes pondérales*. Direction générale des services et de la promotion de la santé. Approvisionnement et Services Canada. Ottawa. 1988.

Santé et Bien-être social Canada. *Le poids et la santé*. Document de travail. Direction générale des services et de la promotion de la santé. Approvisionnement et Services Canada. Ottawa. 1988.

Santé Canada, *Trousse Vitalité à l'usage des animateurs*, non daté.

Schaefer C. *Évaluation de la composante d'enseignement du programme cri concernant le diabète non insulino-dépendant*. Mémoire de maîtrise. Département de médecine sociale et préventive. Université de Montréal. 1997.

Schulte B. « Pretty boys get the girl ». *The Gazette*. 5 septembre 1998.

Seidell JC & Bouchard C. Visceral fat in relation to health: Is it a major culprit or simply an innocent bystander? *International Journal of Obesity*. 1997 ; 21 : 626-631.

Sizer FS. *Hamilton/Whitney's Nutrition: Concepts and controversies*. 6e ed. West Publishing Company. 1994 : 310-355.

Sorensen TIA. Socioeconomic aspects of obesity: Causes or effects? *International Journal of Obesity*. 1995; 6: 56-58.

Sours HE, Frattali VP, Brand CD et al. Sudden death associated with very low calorie weight-reduction regimens. *American Journal of Clinical Nutrition*. 1981 ; 34 : 453-461.

St-Jeor ST, Silverstein LJ & Shane SR. Obesity, dans *Nutrition and Women's Health*. Krummel DA & Kris-Etherson PM Ed. Aspen Publication. 1996 : 353-382.

Storz NS & Green W. Body weight, body image and perception of fad diets in adolescents girls. *Journal of Nutrition Education*. 1983 ; 15 : 15-18.

Strawbridge WH, Walhagen MI & Sherma SJ. New NHLBI Clinical Guidelines for Obesity and overweight : Will they promote Health ? *American Journal of Public Health*, 2000 ; 90 : 340-343.

Telmourian B & Rodgers WB. A national survey of complications associated with suction lipectomy: a comparative study. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 1989 ; 84 : 628-631.

Therrien L. *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Volume I. Poids corporel. Chapitre 7. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1995.

Tremblay A. *Hyperinsulinémie; facteur anorexiant ou hyperphagiant ?* Colloque « Nutrition et Obésité: en dehors des sentiers battus », organisé par le Laboratoire des sciences de l'activité physique de l'Université Laval, 1998.

Troiano RP, Flegal KM, Kuczmarski RJ, Campbell SM & Johnson CL. Overweight prevalence and trends for children and adolescents. The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1963 to 1991. *Archives of Pediatric and Adolescence Medicine*. 1995 ; 149 : 1085-1091.

Troiano RP, Frongillo EA, Sobal J & Levitsky DA. The relationship between body weight and mortality : A study. *International Journal of Obesity*. 1996 ; 20 : 63-75.

Van'tallie TB. Worldwide Epidemiology of Obesity. *Pharmacoeconomics*. 1994 : S1 : 1-7.

Wadden TA, Sternberg JA, Letezia KA, Stunkard AJ, Foster GD. Treatment of obesity by very low calorie diet, behaviour therapy and their combination : A five year perspective. *International Journal of Obesity*. 1989 ; 13: 39-46.

Wardle J. The assessment of obesity: Theoretical background and practical advice. *Behavioral Research and Therapy*. 1995 ; 33 : 107-117.

WHO. *Obesity, Preventing and Managing the Global Epidemic*. Geneva. 1998.

WHO Expert Committee. *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry*. WHO Technical Report Series no. 854. Geneva. 1995.

Winick M. Editorial: Understanding and treating obesity. *American Journal of Public Health*. 1996 ; 86 : 925-926.

OBÉSITÉ ET LA PRÉOCCUPATION  
EXCESSIVE À L'ÉGARD DU POIDS :  
ÉLÉMENTS D'UNE PROBLÉMATIQUE  
ET RÉFLEXIONS POUR L'ACTION

Date de prêt	NOM	Date de retour



